



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical



Psychosocial vulnerability and substance use screening during pregnancy: Evaluation of a composite auto-questionnaire versus usual medical questioning

M.-H. Fline-Barthes^a, D. Vandendriessche^{a,*,b}, J. Gaugue^b,
L. Urso^b, D. Therby^b, D. Subtil^{a,c}

^a Maternité Jeanne-de-Flandre, hôpital Jeanne-de-Flandre, université Lille Nord de France, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

^b Service d'addictologie, maternité Paul-Gellé, centre hospitalier de Roubaix, 59100 Roubaix, France

^c EA 2694, université Lille Nord de France, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

Reçu le 3 octobre 2013 ; avis du comité de lecture le 14 mars 2014 ; définitivement accepté le 29 mars 2014
Disponible sur Internet le 29 avril 2014

MOTS CLÉS

Grossesse ;
Auto-questionnaire ;
Tabac ;
Alcool

Résumé

But. – Évaluer la performance d'un auto-questionnaire dans le dépistage des situations à risque médico-psycho-sociales (tabagisme, consommation d'alcool, de toxiques, dépression, violence, isolement social) pendant la grossesse, par rapport aux données d'un dossier médical structuré.
Matériel et méthodes. – Un auto-questionnaire a été élaboré à partir de tests validés (Fagerström/HSI, T-ACE, EPDS, SSQ6) et proposé à 1977 femmes enceintes avant leur première consultation prénatale et comparé aux données recueillies par le dossier médical classique.
Résultats. – Au total, 1676 patientes ont rempli l'auto-questionnaire proposé (89,4%). Les deux questions du HSI indiquaient que 20,7% de patientes étaient fumeuses. Le T-ACE a dépisté beaucoup plus de consommations d'alcool à risque que le seul dossier médical (4,0% vs 0,1%, < 0,05). La consommation de drogues avant la grossesse était mieux repérée par l'auto-questionnaire

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vdddv@live.fr (D. Vandendriessche).

KEYWORDS

Pregnancy;
Auto-questionnaire;
Smoking;
Alcohol

que l'interrogatoire médical (9,8% vs 4,9%, $p < 0,001$). Sept pour cent des patientes avaient au moins 3 symptômes dépressifs parmi 4 recherchés. Au total, 9,4% des patientes ont signalé des antécédents de violences physiques ou psychologiques. Ces facteurs de vulnérabilité étaient tous liés entre eux, au sein de l'auto-questionnaire ou bien avec les données du dossier obstétrical.

Conclusion. — Un auto-questionnaire réalisé à partir de tests validés pourrait permettre de mieux dépister les situations de vulnérabilité des femmes enceintes en pratique obstétricale courante.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Aim. — To evaluate auto-questionnaire use for psychosocial vulnerability and substance use (smoking, alcohol consumption, depression, intimate violence) screening during pregnancy versus usual medical report.

Material and methods. — An auto-questionnaire based on validated tests (Fagerström/HSI, T-ACE, EPDS, SSQ6) was proposed to 1977 pregnant patients at their first obstetrical consultation. We compared results of auto-questionnaire and usual medical questioning.

Results. — The auto-questionnaire was filled by 1676 pregnant patients (89.4%). The two Fagerström/HIS questions showed that 20.7% smoked during pregnancy. T-ACE score was better than usual medical questioning to detect excessive alcohol consumption (4.0% vs 0.1%, $P < 0.05$). Drug use before pregnancy was reported by 9.8% patients in auto-questionnaire, but was only found in 4.9% of medical files ($P < 0.001$). Seven percent patients reported at least 3 depressive symptoms on 4 purposed in auto-questionnaire. Intimate violence, physical or psychological, was reported in 9.4%. All of these vulnerability factors were linked together, in auto-questionnaire or in usual medical reports.

Conclusion. — Using auto-questionnaire based on standardized screening tests could help medical practioneers to detect psychosocial vulnerability and/or substance use during pregnancy.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La grossesse est une période de vulnérabilité médicale, sociale et psychologique. Son suivi mensuel représente une opportunité pour le dépistage et la prise en charge des conduites addictives ou d'autres types de fragilité psychologique ou sociale. Ceci est d'autant plus important que la consommation de tabac, d'alcool ou de substances illicites peut s'accompagner de troubles du développement fœtal à court et à long terme [1–3].

En France, un Plan Périnatalité instauré en 2005 souligne la nécessité de prendre en charge ces aspects non « strictement médicaux » de la grossesse [4]. Des recommandations de l'HAS indiquaient en 2007 comment dépister et prendre en charge de manière personnalisée les difficultés socio-environnementales et l'exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) [5].

Ce type de dépistage bute cependant sur le manque de temps et de savoir-faire des médecins pour aborder ces questions [6]. Dans les pays anglo-saxons, l'utilisation d'auto-questionnaires — remplis par les patientes elles-mêmes — est venue pallier à ces difficultés, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool [7].

Nous développons un auto-questionnaire en vue d'en faire un outil de dépistage simple des situations de vulnérabilité sociale, toxicologique et psychologique des femmes enceintes. C'est l'évaluation de cet auto-questionnaire

— par rapport aux données médicales recueillies par l'interrogatoire et consignées dans le dossier médical de la patiente — qui est présentée ici.

Méthodes

En 2006, les services d'obstétrique des maternités Jeanne-de-Flandres de Lille (niveau III) et de Roubaix (niveau IIB), prenant en charge 7300 naissances annuellement (pour un total de 17 700 naissances dans la métropole Lilloise), ont cherché à élaborer un outil commun de dépistage des situations de vulnérabilité, par auto-questionnaire. Cet auto-questionnaire devait :

- reposer sur des questions tirées de questionnaires validés antérieurement ;
- être court — tenir sur un recto de feuille A4 — ;
- être facilement compréhensible par les patientes ;
- donner satisfaction aux médecins qui suivaient la grossesse ;
- montrer son efficacité par rapport au dossier obstétrical structuré.

La constitution du questionnaire a repris des éléments de questionnaires validés et reconnus de manière internationale (Annexe 1). Pour la consommation de tabac, nous avons utilisé les deux questions de la version courte du test de Fagerström, appelée Heavy Smoking Index (questions 1 et

2). Pour la consommation d'alcool, nous avons utilisé les quatre questions du test T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut Down, Eye Opener) dans leur version francophone canadienne (questions 3 à 6). Pour la toxicomanie, nous avons créé deux questions explorant les substances illicites les plus fréquemment consommées (questions 7 et 8). Concernant la dépression, nous avons délibérément choisi de ne retenir que 4 parmi les 10 questions de l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), par consensus au sein de notre équipe (questions 9 à 12). Nous avons créé une question concernant l'existence de violences psychologiques ou physiques dans les antécédents de la patiente (question 13). La recherche d'un isolement social nous a amené à retenir seulement trois questions parmi les 12 que comporte le SSQ6 (Social Support Questionnaire). Enfin, nous avons créé une question spécifiquement destinée à savoir si la patiente bénéficiait d'une aide extérieure personnalisée (question 17).

Dans un premier temps, cet auto-questionnaire a fait l'objet d'une phase d'évaluation préliminaire. Testés chez 329 patientes pendant 10 jours de l'année 2006, les trois modes de distribution ont donné les taux de retour suivants : (a) rempli en salle d'attente : 78 %, (b) rempli à domicile et rendu à la consultation suivante : 27 %, (c) rempli avec l'aide du praticien lors de la consultation le jour même : 44 %. La différence entre les taux de retour étant hautement significative ($p < 0,001$), le mode (a) a été retenu (remplissage en salle d'attente).

Dans un deuxième temps, l'étude a été réalisée chez 1977 patientes des deux centres. Dès l'accueil au guichet administratif, les auto-questionnaires étaient confiés aux patientes se présentant pour leur première consultation prénatale, quel que soit l'âge gestationnel. Les patientes étaient invitées à remplir l'auto-questionnaire en salle d'attente et à le remettre au praticien en consultation. En cas de difficulté à remplir l'auto-questionnaire, il était suggéré au praticien de poser les questions directement à la patiente. Après l'accouchement, les dossiers obstétricaux étaient étudiés afin de colliger les données sociodémographiques, médicales et obstétricales. L'avis des praticiens a été recueilli au moyen d'un questionnaire de satisfaction auprès des praticiens ayant participé à la phase d'évaluation.

Ces auto-questionnaires ont été évalués de plusieurs manières. Les données recueillies à l'aide des auto-questionnaires et celles recueillies à l'aide des dossiers médicaux classiques ont été comparées. D'autre part, la validité externe des données de l'auto-questionnaire a été évaluée en les croisant avec les caractéristiques sociodémographiques et médicales disponibles dans leur dossier médical. Enfin, leur validité interne a été recherchée grâce au croisement des variables de l'auto-questionnaire lui-même.

Les données ont été traitées grâce au logiciel Epi info (Epi info 6.04, Atlanta, Georgia, États-Unis). Les comparaisons de pourcentages ont fait appel au test du Chi², éventuellement pour séries appariées lorsque cela était justifié (comparaisons entre l'auto-questionnaire et le dossier obstétrical). Les comparaisons entre moyennes ont fait appel au test *t* de Student. Le seuil de significativité retenu était de 5 %. Enfin, nous avons utilisé le score Kappa de Cohen pour mesurer l'accord entre les données de l'auto-questionnaire et celles du dossier obstétrical.

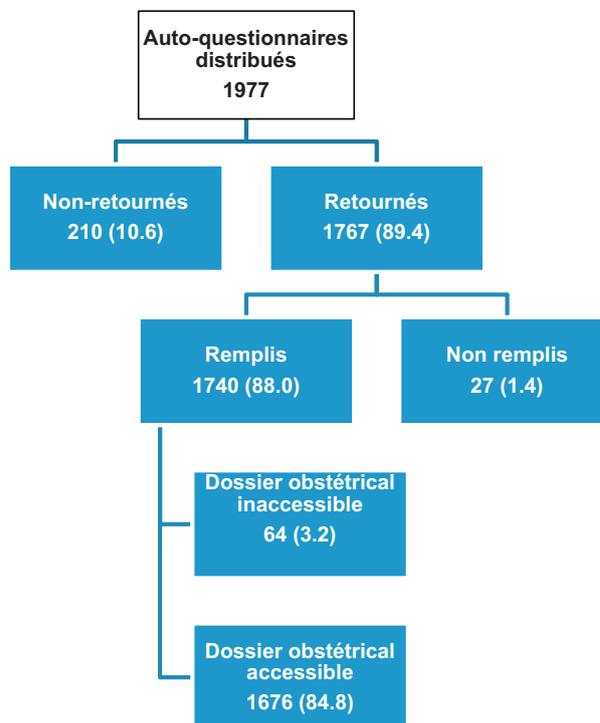


Figure 1 Diagramme de répartition des patientes dans l'enquête.

Patients flow chart.

Résultats

Entre le 5 juin 2007 et le 7 mars 2008, environ 5690 patientes ont accouché dans les deux établissements d'étude. Pendant cette période, 1977 femmes enceintes ont reçu un auto-questionnaire en salle d'attente (34,7%), lors de leur 1^e consultation prénatale (Fig. 1). Parmi ces patientes, 1767 ont rendu l'auto-questionnaire (89,4%). En éliminant les auto-questionnaires non rendus et ceux qui ont été rendus mais n'étaient pas remplis, les réponses concernaient 1740 patientes (88,0%). Parmi ces patientes, 64 dossiers obstétricaux n'étaient pas accessibles (3,2%). Ainsi, seulement 1676 dossiers ont pu faire l'objet d'une étude comparative entre auto-questionnaire et données du dossier médical (84,8%).

Les patientes non répondeuses étaient plus souvent nées à l'étranger et avaient moins souvent une activité professionnelle que les patientes répondeuses (Tableau 1). Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes concernant l'âge maternel, la situation conjugale, les antécédents d'avortement spontané, d'interruption volontaire de grossesse ou bien les antécédents de dépression. En revanche, les patientes non répondeuses présentaient plus souvent un antécédent de maladie chronique et leur grossesse était plus souvent non désirée et leur conjoint était en moyenne plus âgé.

En ce qui concerne la consommation tabagique des femmes, elle était évaluée de manière semblable par l'auto-questionnaire ou par les données colligées dans le dossier médical (Tableau 2). D'une part, la fréquence du tabagisme

Tableau 1 Caractéristiques des patientes n'ayant pas retourné ou rempli l'auto-questionnaire (« non-répondeuses »). *Characteristics of patients who did not fill auto-questionnaire.*

	Répondeuses n = 1676	Non-répondeuses n = 237	p
Âge (années)	28,9 ± 5,6	29,2 ± 5,7	NS
Née à l'étranger ^a	191 (14,8)	58 (28,2)	< 0,001
Activité professionnelle	909 (54,2)	105 (44,3)	< 0,05
Vit en couple	1476 (88,1)	198 (83,5)	NS
Âge du conjoint	31,7 ± 6,3	32,9 ± 7,0	< 0,01
Activité professionnelle du conjoint	1222 (83,1)	150 (78,1)	NS
Antécédent de maladie chronique ^b	70 (4,2)	17 (7,2)	< 0,05
Antécédent de dépression	87 (5,2)	11 (4,6)	NS
Antécédent de FCS	322 (19,0)	47 (20,2)	NS
Antécédent d'IVG	210 (12,4)	38 (16,3)	NS
Antécédent d'IMG	13 (0,8)	4 (1,7)	NS
Nullipares	775 (46,2)	98 (41,4)	NS
Grossesse non désirée	115 (6,9)	30 (12,7)	< 0,001
Âge gestationnel à la 1 ^{re} consultation (SA)	24,8 ± 6,1	24,8 ± 6,4	NS

FCS : fausse couche spontanée ; IMG : interruption médicale de grossesse.

^a 21,8 % données manquantes.

^b HTA, diabète, maladie inflammatoire de l'intestin, asthme traité.

Tableau 2 Consommation de tabac, d'alcool ou de toxiques selon l'auto-questionnaire ou le dossier obstétrical. *Smoking, alcohol and drug consumption reported in auto-questionnaire or medical file.*

Variable auto-questionnaire	n (%)	Variable dossier obstétrical	n (%)	Kappa ^a	p
Tabagisme		Tabagisme			
Non renseigné	13 (0,8)	Non renseigné	28 (1,7)	0,94	NS
Oui	347 (20,7)	Oui	339 (20,2)		
≥ 11 cigarettes par jour	87 (5,2)	≥ 11 cigarettes par jour	83 (5,0)		
Dépendance modérée	159 (9,5)		–		NS
Dépendance forte	21 (1,3)		–		
Alcool		Alcool			
Non renseigné	91 (5,4)	Non renseigné	64 (3,8)	0,08	NS
Au moins une question manquante	121 (7,2)	–	–		
T-ACE ≤ 1	1397 (83,4)	Pas d'alcool	1545 (92,2)		
T-ACE ≥ 2 (positifs)	67 (4,0)	Alcool occasionnel	66 (3,9)		
Dont ≥ 3	10 (0,6)	Alcool quotidien	1 (0,1)		
Drogues, autres toxiques		Drogues, autres toxiques			
Non renseigné	41 (2,4)	Non renseigné	146 (8,7)	0,56	< 0,001
Antécédent consommation	165 (9,8)	Antécédent consommation	82 (4,9)		
Consommation actuelle	17 (1,0)	Consommation actuelle	21 (1,3)		
Dépression		Dépression			
Non renseigné	6 (0,4)	–	–	0,27	< 0,001
Au moins une question manquante	41 (2,4)	–	–		
Score ≥ 3 sur 4	118 (7,0)	Antécédent noté dans le dossier	87 (5,2)		
Violences physiques/psychologiques					
Non renseigné	17 (1,0)				
Antécédent de violences	158 (9,4)				
Support social					
Non renseigné	2 (0,1)				
Au moins une question manquante	21 (1,3)				
Faible support social (≤ 1 sur 3)	12 (0,7)				

Les données concernent les 1676 patientes qui ont répondu à l'auto-questionnaire et dont le dossier obstétrical a pu être consulté.

^a Le test Kappa n'a été réalisé que dans les cas où il était applicable (items identiques dans l'auto-questionnaire et dans le dossier obstétrical).

y était voisine de 20%, quel que soit le mode d'évaluation. D'autre part, le test de Kappa montrait une excellente concordance entre les deux sources (Kappa = 0,94). De la même façon, le nombre de patientes consommant plus de 10 cigarettes par jour était très voisin de 5%, quelle que soit la source. Le calcul du Heavy Smoking Index (HSI) — uniquement réalisé à partir des données de l'auto-questionnaire — permettait d'estimer le pourcentage de femmes enceintes modérément dépendantes à 9,5% et celui de femmes fortement dépendantes à 1,3%.

D'après le dossier médical, les patientes ayant une dépendance modérée ou forte au tabac à l'auto-questionnaire étaient plus jeunes, plus souvent célibataires, avaient plus souvent des antécédents de dépression, avaient moins souvent une activité professionnelle et avaient une grossesse moins souvent désirée que les patientes non dépendantes (Tableau 3). D'après l'auto-questionnaire, elles avaient plus souvent un T-ACE supérieur ou égal à deux (consommation d'alcool à risque), plus souvent une consommation d'autres toxiques pendant la grossesse et plus souvent des antécédents personnels de violences.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, l'auto-questionnaire a dépisté 67 patientes pour lesquelles le T-ACE était « positif » (4,0%), c'est-à-dire supérieur ou égal à deux points et évocateur d'une consommation à risque [8] (Tableau 2). Dans le même temps, un seul dossier médical faisait état d'une consommation quotidienne d'alcool et l'existence d'une consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse concernait 66 dossiers médicaux (3,9%), sans qu'il puisse être fait mention du caractère inquiétant ou non de cette consommation occasionnelle. La concordance entre les deux estimations était très mauvaise (Kappa = 0,08). D'une part en effet, la majorité des patientes ayant déclaré une consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse avaient un T-ACE négatif à l'auto-questionnaire (56 patientes parmi 64, 88%). D'autre part et à l'inverse, les patientes ayant un T-ACE positif avaient un dossier obstétrical indiquant majoritairement une consommation d'alcool nulle pendant la grossesse (56 patientes parmi 64, 88%).

Pour ce qui concerne les patientes ayant un T-ACE positif, elles avaient plus souvent une dépendance au tabac (19,4 vs 11,1%, $p < 0,05$), consommaient plus souvent d'autres toxiques et avaient plus souvent connu des antécédents de violences que les patientes dont le T-ACE était négatif (Tableau 3).

Les antécédents de toxicomanie étaient deux fois plus souvent rapportés par l'auto-questionnaire que dans le dossier obstétrical (9,8% vs 4,9%, $p < 0,001$), mais la concordance entre auto-questionnaires et données du dossier médical était assez satisfaisante (Kappa = 0,56). En revanche, concernant les consommations actuelles de toxiques, leur nombre n'était pas très différent selon le type d'évaluation (1,0% vs 1,3%, NS) mais un score de Kappa à 0,29 indiquait une assez mauvaise concordance entre les deux types d'évaluation (Tableau 2). Les patientes qui déclaraient une consommation de toxiques actuelle avaient plus souvent une dépendance au tabac (23,5% vs 10,9%, $p < 0,05$), plus souvent un T-ACE positif (17,6% vs 3,9%, $p < 0,01$) et plus souvent des antécédents de violences (47,1% vs 8,8%, $p < 0,001$) (Tableau 3).

Cent dix-huit patientes présentaient plus de 3 symptômes dépressifs sur 4 sur l'auto-questionnaire. Ce nombre était significativement supérieur au nombre de patientes pour lesquelles un antécédent de dépression était noté dans le dossier obstétrical (7,0% vs 5,2%, $p < 0,001$) (Tableau 2). Ces patientes avaient plus souvent un T-ACE positif (8,5% vs 3,8%, $p < 0,01$) et déclaraient plus souvent des antécédents de violences à l'auto-questionnaire (28,0% vs 7,9%, $p < 0,001$) (Tableau 3).

Cent cinquante-huit patientes (9,4%) ont signalé un antécédent de violences à l'auto-questionnaire (Tableau 2). Cet événement n'était qu'occasionnellement donné dans le dossier médical. Ces patientes avaient plus souvent une dépendance modérée ou forte au tabac (20,3% vs 10,0%, $p < 0,001$), plus souvent un T-ACE positif (9,5% vs 3,5%, $p < 0,001$) et plus souvent une consommation actuelle de toxiques (5,1% vs 0,6%, $p < 0,001$) (Tableau 3).

Moins de 1% des patientes ont signalé un faible support social (score ≤ 1 sur 3). Ces patientes avaient plus souvent des antécédents de violences (25,0% vs 9,3%, $p < 0,05$).

Enfin, 24 parmi 48 professionnels de l'obstétrique ont répondu aux questions concernant leur perception de l'auto-questionnaire (50,0%). Celui-ci a été jugé « très souvent utile » (20,8%) ou « souvent utile » (50,0%), mais seulement « parfois utile » pour 29,2% d'entre eux.

Discussion

Par rapport aux données habituellement recueillies par l'interrogatoire et consignées dans le dossier médical, l'utilisation d'un auto-questionnaire permet de mieux dépister certains facteurs de vulnérabilité sociale, toxicologique et psychologique.

Le taux de participation de 89% des femmes montre que cet auto-questionnaire est compatible avec son remplissage en salle d'attente et bien accepté par les patientes. Cependant, nous regrettons que ce questionnaire n'ait été proposé qu'à 34% des femmes enceintes qui ont accouché pendant la période d'étude. Même s'il est envisageable qu'environ 25% de nos patientes ne soient pas passées par le secteur public de consultations prénatales pendant leur grossesse, environ 40% des patientes n'ont pas reçu cet auto-questionnaire. Nous n'avons pas d'information concernant ces patientes et il existe des biais potentiels dans nos mesures, ce qui constitue une limite de notre étude.

Le terme moyen de première consultation dans nos centres était élevé de 24,8 SA, lié au niveau de ces maternités (IIB et III). Le dépistage des vulnérabilités psychosociales devant être le plus précoce possible pour permettre une éventuelle intervention, il est nécessaire de proposer l'auto-questionnaire plus précocement, notamment par l'intermédiaire des réseaux de périnatalité. La performance de cet outil aux faibles âges gestationnels doit être évaluée.

Un autre biais important est l'absence d'aveugle du praticien qui récupère l'auto-questionnaire et qui est libre de modifier ensuite le dossier médical. Il paraît difficile cependant de priver le praticien des informations potentielles contenues dans l'auto-questionnaire et ayant échappé à l'interrogatoire. Par ailleurs, si le praticien qui récupère

Tableau 3 Validation de l'auto-questionnaire par croisement des variables avec celles du dossier médical (validation externe) et celles de l'auto-questionnaire lui-même (validation interne) (AQ: auto-questionnaire).

Data crossing between auto-questionnaire and medical file for external validation and inside auto-questionnaire for internal validation (AQ: auto-questionnaire).

	Dépendance modérée ou forte au tabac (AQ)	T-ACE ≥ 2 (AQ)	Consommation actuelle de toxiques (AQ)	Score de dépression ≥ 3 (AQ)	ATCD de violences (AQ)	Faible support social (AQ)
<i>Validation externe</i>						
Âge < 25 ans (dossier)						
Oui (n = 429)	67 (15,6)	16 (4,3)	7 (1,6)	29 (6,7)	50 (11,7)	2 (0,5)
Non (n = 1247)	113 (9,1) ^{***}	51 (4,7)	10 (0,8)	89 (7,1)	108 (8,7)	10 (0,8)
Vit en couple (dossier)						
Oui (n = 1476)	134 (9,1)	58 (3,9)	13 (0,9)	100 (6,8)	123 (8,3)	10 (0,7)
Non (n = 199)	46 (23,1) ^{***}	9 (4,5)	4 (2,0)	18 (9,0)	35 (17,6) ^{***}	2 (1,0)
Activité professionnelle (dossier)						
Oui (n = 907)	55 (6,1)	40 (4,4)	5 (0,6)	61 (6,7)	63 (6,9)	2 (0,2)
Non (n = 765)	125 (16,3) ^{***}	27 (3,5)	12 (1,6) [*]	56 (7,3)	95 (12,4) ^{***}	10 (1,3)
ATCD de dépression (dossier)						
Oui (n = 87)	19 (21,8)	7 (8,0)	4 (4,6)	16 (18,4)	23 (26,4)	0
Non (n = 1589)	161 (10,1) ^{***}	60 (3,8) [*]	13 (0,8) ^{***}	101 (6,4)	135 (8,5) ^{***}	12 (0,8)
Grossesse désirée (dossier)						
Oui (n = 1561)	161 (10,3)	62 (4,0)	16 (1,0)	103 (6,6)	137 (8,8)	9 (0,6)
Non (n = 115)	19 (16,5) [*]	5 (4,3)	1 (0,9)	15 (13,0)	21 (18,3) ^{***}	3 (2,6)
<i>Validation interne</i>						
Dépendance modérée ou forte au tabac (AQ)						
Oui (n = 180)	—	13 (7,2)	4 (2,2)	13 (7,2)	32 (17,8)	0
Non (n = 1461)		53 (3,6) [*]	11 (0,8) [*]	99 (6,8)	122 (8,4) ^{***}	11 (0,8)
T-ACE ≥ 2 (AQ)						
Oui (n = 67)	13 (19,4)	—	3 (4,5)	10 (14,9)	15 (22,4)	1 (1,5)
Non (n = 1397)	155 (11,1) [*]		11 (0,8) ^{**}	91 (6,5)	125 (8,9) ^{***}	9 (0,6)
Consommation actuelle de toxiques (AQ)						
Oui (n = 17)	4 (23,5)	3 (17,6)	—	3 (17,6)	8 (47,1)	0
Non (n = 1621)	176 (10,9) [*]	64 (3,9) ^{**}		111 (6,8)	143 (8,8) ^{***}	11 (0,7)
Score de dépression (AQ)						
3–4 (oui) (n = 118)	13 (11,0)	10 (8,5)	3 (2,5)	—	33 (28,0)	1 (0,8)
0–2 (non) (n = 1511)	164 (10,9)	57 (3,8) ^{**}	14 (0,9)		120 (7,9) ^{***}	9 (0,6)
ATCD de violences (AQ)						
Oui (n = 158)	32 (20,3)	15 (9,5)	8 (5,1)	33 (20,9)		3 (1,9)
Non (n = 1501)	147 (10,0) ^{***}	52 (3,5) ^{***}	9 (0,6) ^{***}	84 (5,6)	—	9 (0,6)
Faible support social (AQ)						
Oui (n = 12)	0	1 (8,3)	0	1 (8,3)	3 (25,0)	—
Non (n = 1641)	178 (10,8)	66 (4,0)	16 (1,0)	115 (7,0)	152 (9,3) [*]	

^{*} $p < 0,05$.

^{**} $p < 0,01$.

^{***} $p < 0,001$.

l'auto-questionnaire modifie par la suite le dossier médical, la différence observée diminue. Le fait d'avoir pu montrer une performance significativement plus élevée de l'auto-questionnaire malgré l'absence d'aveugle est donc plutôt en faveur de la performance de cet outil comparé à l'interrogatoire classique.

Au total, 237 patientes n'ont pas rempli l'auto-questionnaire (12%). Comme ces patientes étaient deux fois plus souvent nées à l'étranger, nous pouvons supposer que certaines patientes ont éprouvé des difficultés de compréhension. Certaines patientes ont aussi pu avoir des réticences à indiquer leurs fragilités de manière écrite. Nous envisageons la traduction de notre auto-questionnaire dans les principales langues étrangères parlées dans notre bassin de population pour améliorer le dépistage chez les patientes ne parlant pas français. L'enquête nationale de périnatalité (ENP) 2010 retrouve 2,4% de patientes dont la scolarité n'a pas excédé le niveau primaire [9]. Ces patientes sont susceptibles d'éprouver des difficultés ou impossibilité de lecture. Le praticien doit rester vigilant en renforçant son interrogatoire notamment chez les patientes d'origine étrangère (18,2% des femmes enceintes selon l'ENP 2010).

Dans notre étude, l'avantage de l'auto-questionnaire apparaît nettement pour la consommation d'alcool. En effet, seulement 0,1% des dossiers médicaux faisaient état d'une consommation d'alcool quotidienne tandis que 4,0% avaient un T-ACE positif à l'auto-questionnaire, témoignant d'une consommation à risque. D'autre part, la plupart des médecins se disent en difficulté pour dépister l'alcoolisation des femmes enceintes en cours de grossesse, qu'il s'agisse de médecins français ou étrangers [6]. Les médecins américains disent aborder le sujet chez 92% de leurs patientes à la première consultation, mais déclarent manquer de connaissances concernant les seuils et les dangers de l'alcool (83%), n'ont pas assez de temps (70%) ni d'outils de dépistage et d'accompagnement (65%) [10]. D'autre part, l'intérêt de l'auto-questionnaire a été montré face à l'entretien médical pendant la grossesse [8]. En effet, Mc Namara et al. ont comparé les données du dossier médical au T-ACE et montré que seulement 10% des femmes enceintes ayant un T-ACE positif étaient dépistées par l'interrogatoire de leur obstétricien ou leur sage-femme, alors que toutes les patientes ayant un T-ACE positif avaient consommé de l'alcool dans les 3 mois précédant l'étude [7].

Nous pensons que cette amélioration du dépistage de la consommation d'alcool par l'auto-questionnaire tient à la fois à la manière indirecte dont sont posées les questions (sur papier, indirectement vis-à-vis du médecin) et à la qualité des quatre questions du T-ACE lui-même. Cet auto-questionnaire de 4 items, couramment utilisé dans les pays anglo-saxons [6], a montré son intérêt pour repérer les consommations d'alcool à risque pendant la grossesse. Il a l'avantage d'être simple et d'aborder la consommation d'alcool de manière indirecte sans la chiffrer. Un score égal ou supérieur à 2 est considéré comme positif avec une sensibilité de 70–76% et une spécificité de 70–92% pour une consommation à risque. Depuis 1994, son utilisation est recommandée auprès de tous les acteurs de surveillance de la grossesse par l'American College of Obstetricians and Gynecologists [10] et par le Royal College of Obstetricians and Gynecologists depuis 1999 [11]. Une

étude française a utilisé ce test en langue française chez des femmes enceintes avec de bons résultats en termes d'acceptabilité et de dépistage [12]. Notre fréquence de T-ACE positifs (4,0%) se rapproche de la dernière estimation de la consommation des femmes enceintes dans notre pays, qui indiquait que 2,5% des femmes enceintes consommaient de l'alcool au moins 2 fois par mois [9]. Les deux questions du Heavy Smoking Index de notre auto-questionnaire ont permis d'estimer la fréquence du tabagisme à 20% des patientes en cours de grossesse, ce qui corrobore les données de l'ENP 2010 l'estimant à 19,7% [9]. Nous n'avons pas constaté de différence entre la fréquence estimée par l'auto-questionnaire et celle estimée par les dossiers obstétricaux. La concordance entre les deux estimations était forte, ce qui indique probablement une faible réticence à parler du tabac pendant la grossesse. Plusieurs études ont validé ce Heavy Smoking Index en langue française, que ce soit en France [13] ou en Suisse [14], et Heatherton [15] a montré qu'il est aussi sensible que le test de Fagerström pour dépister les taux élevés de CO expiré et pour la prédiction du sevrage.

L'utilisation de toxiques a des effets adverses sur le fœtus, qu'il s'agisse du cannabis, des amphétamines, de la cocaïne, de l'ecstasy, du crack ou bien de l'héroïne [1,15,16]. Les auto-questionnaires disponibles pour les consommations de toxiques sont des questionnaires d'évaluation de la dépendance et de l'importance de la consommation, et sont donc destinés à des consommateurs avérés de toxiques et au non-dépistage en population générale. Dans notre étude, l'estimation de la consommation de toxiques pendant la grossesse est semblable quelle que soit la source (1% par les auto-questionnaires et 1,3% par le dossier; NS). Cependant, la fréquence des antécédents de consommation de toxiques est plus élevée dans les auto-questionnaires que dans les dossiers (9,8% vs 4,9%; $p < 0,001$). Cette sous-déclaration dans le dossier peut s'expliquer en partie par l'ancienneté et le caractère occasionnel de certaines de ces consommations antérieures à la grossesse. Comme pour l'alcool, alors que 92% des praticiens estiment aborder systématiquement ou souvent la consommation de toxiques, nous constatons que cet item n'est pas renseigné dans 8,7% des dossiers.

L'usage de questionnaires ayant pour but de dépister les vulnérabilités toxicologiques de façon globale au cours de la grossesse est peu évalué dans la littérature. Le Prenatal Risk Overview proposé par Harrison et al. [17] consiste en un interrogatoire de 15 minutes évaluant 13 risques psychosociaux. La consommation d'alcool au cours de la grossesse est rapportée par 5,4% des patientes et 11% des patientes rapportent une consommation de drogue alors qu'elles sont enceintes. La consommation de tabac relevée par ce questionnaire atteint 23%, ce qui corrobore les données de notre étude. Le questionnaire ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment) évalué par un entretien d'une heure 15 items incluant santé psychosociale et consommation de toxiques chez des femmes enceintes. Les patientes rapportent une consommation d'alcool ou de drogues dans seulement 1% des cas [18]. Ces méthodes d'hétéro-évaluation sont plus longues que notre auto-questionnaire et imposent une relation directe avec l'interlocuteur médical possiblement gênante

pour ces patientes en situation de vulnérabilité psychosociale. L'intérêt d'un auto-questionnaire par rapport aux hétéro-évaluations est justement le gain de temps médical et l'absence de jugement ressenti par la patiente qui pourrait amener à ne pas divulguer par exemple, la consommation d'alcool de toxiques. Il serait intéressant de comparer l'efficacité de ce même outil en situation d'hétéro-questionnaire, au risque de voir diminuer son acceptabilité par le praticien. Notre phase de pré-test de l'auto-questionnaire a en effet montré un taux de remplissage de 44% en cours de consultation avec le praticien contre 78% en salle d'attente.

Les auto-questionnaires ont montré que 7,0% des patientes avaient aux moins trois symptômes dépressifs parmi quatre, ce qui est en accord avec la littérature dans laquelle la prévalence de la dépression pendant la grossesse est estimée à 10% environ [19,20]. Il n'était pas possible de comparer les résultats de l'auto-questionnaire à ceux figurant dans le dossier médical, puisque le premier s'attachait à retrouver les symptômes actuels tandis que le second relevait seulement les antécédents de dépression.

Dans notre étude, ces patientes présentant des symptômes dépressifs étaient plus souvent tabagiques et avaient plus souvent un score de T-ACE positif, ce qui va dans le sens d'une plus grande vulnérabilité des patientes dépressives aux substances psycho-actives. De même, ces patientes avaient plus souvent une grossesse non désirée, facteur de risque supplémentaire d'une dépression du post-partum.

L'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) — dont nous avons utilisé 4 questions parmi 10 pour réaliser notre auto-questionnaire — est utilisé pour dépister la dépression pendant la grossesse ou la période postnatale. Créé en 1987, il est internationalement reconnu [21] et validé en France depuis 1998 [22]. Il est constitué de 10 items liés à la santé émotionnelle, avec un choix gradué de 0 à 3. Le score total varie donc de 0 à 30. Un résultat dépassant le seuil de 11 indiquerait un test positif à une maladie dépressive de gravité variable avec une sensibilité et une spécificité évaluées de 86 et 78% [21]. Les 4 items que nous avons utilisés pour notre auto-questionnaire ont fait l'objet d'un choix arbitraire, discutable, mais guidé par la nécessité de le limiter à une page. La question « Avez-vous des problèmes pour bien dormir » nous a paru a posteriori inadaptée à notre objectif car elle ne permet pas de distinguer les troubles somatiques — habituels — de la grossesse de

ceux entrant dans le cadre d'un syndrome dépressif. Nous suggérons que notre auto-questionnaire soit amélioré pour cette partie élaborée à partir du questionnaire EPDS tronqué.

Dans notre étude, 9,4% des patientes ayant répondu à l'auto-questionnaire ont déclaré avoir déjà subi des violences physiques ou psychologiques, sans que la nature des violences soit précisée. Ce chiffre est en accord avec les conclusions de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, qui estimait la fréquence des violences conjugales à 10% en France [23], avec une fréquence de survenue de 4% dans les 12 mois qui suivent la naissance [24]. La validité interne de l'auto-questionnaire se trouve renforcée par le fait que les patientes victimes de violences dans notre étude étaient plus souvent tabagiques, avaient plus souvent un T-ACE positif et avaient plus souvent consommé des toxiques, ce qui est retrouvé dans la littérature [25].

Au total, l'utilisation d'un auto-questionnaire élaboré à partir de tests déjà utilisés et validés a permis un dépistage des vulnérabilités maternelles dont la sensibilité est supérieure ou égale à celles inscrites dans le dossier médical. Le remplissage en salle d'attente préserve le temps médical sans empêcher que des questions complémentaires soient posées ensuite.

La mise en place d'un entretien individuel du 4^e mois avec une sage-femme peut en partie combler ces lacunes. Néanmoins, peu de patientes semblent avoir accès à l'entretien du 4^e mois dans les établissements comme les nôtres (11% en 2008 dans notre établissement) et la transmission des données de cet entretien au médecin qui suit la grossesse peut poser des difficultés [9].

En définitive, l'utilisation de cet auto-questionnaire court peut permettre d'améliorer le dépistage des situations de vulnérabilités toxicologiques, psychologiques et sociales, d'une manière simple et en renfort de l'interrogatoire médical. Nous suggérons qu'il fasse l'objet d'améliorations et de nouvelles évaluations en aveugle, en vue d'une validation plus robuste.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe 1. Auto-questionnaire utilisé dans l'étude.

LOGO MATERNITE	CENTRE HOSPITALIER DE	ETIQUETTE PATIENTE
---------------------------	------------------------------	-------------------------------

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE

Madame, Mademoiselle,
 Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de repérer des difficultés que vous pourriez avoir eues récemment ou par le passé. Il est à remettre en consultation.

- 1 Si vous fumez, combien de **cigarettes** fumez-vous par jour en moyenne ? 1-10 11-20
 21-30 +30
- 2 Le matin, combien de **temps après votre réveil** fumez-vous votre **première cigarette** ? | | minutes
- 3 Devez-vous consommer **plus de 2 verres d'alcool** pour sentir son effet ? non oui
- 4 Les gens vous ont-ils déjà agacé en **critiquant votre consommation d'alcool** ? non oui
- 5 Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez **réduire votre consommation d'alcool** ? non oui
- 6 Vous est-il déjà arrivé de **prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs** ou vous **débarrasser d'une gueule de bois**? non oui
- 7 Avez-vous déjà consommé **l'une de ces substances** : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne ? non oui
- 8 En avez-vous consommé au cours du **dernier mois** ? non oui
- 9 Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir **inquiète ou soucieuse** sans en identifier le motif ? non oui
- 10 Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des **problèmes pour bien dormir** ? non oui
- 11 Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie **dépassée par les événements** ? non oui
- 12 Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de **penser à vous faire du mal** ? non oui
- 13 Dans votre vie, avez-vous déjà été victime de **violences psychologiques ou physiques** ? non oui
- 14 Vous sentez vous en **sécurité** dans votre environnement familial ? non oui
- 15 Vous sentez-vous **entourée** dans votre environnement proche ? non oui
- 16 Avez-vous **au moins une personne de votre entourage** sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ? non oui
- 17 Bénéficiez-vous d'une **aide extérieure** (assistante sociale, tuteur, psychologue, autre personne) ? non oui

A REMPLIR PAR LE MEDECIN OU LA SAGE-FEMME

Reçu le | | | | | par

Références

[1] Bauer CR, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H, et al. The Maternal Lifestyle Study: drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2002;186:487-95.

[2] Delcroix M. La grossesse et le tabac. 3^e ed. Paris: PUF; 2004.

[3] Lemoine P, Haurousseau H, Borteyru J. Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées : à propos de 127 cas. Ouest Med 1968;6:476-82.

[4] Plan Périnatalité, <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/>; 2004.

- [5] Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Haute Autorité de santé; 2005.
- [6] Diekman ST, Floyd RL, Découflé P, Schulkin J, Ebrahim SH, Sokol RJ. A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:756–63.
- [7] McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L, Chang G. Risk during pregnancy—self-report versus medical record. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1981–5.
- [8] Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:863–8 [discussion 868–70].
- [9] Blondel B, Kermarrec M, Unité Inserm 953. Enquête nationale périnatale 2010. Avec la participation des services de protection maternelle et infantile des conseils généraux. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Inserm; 2010.
- [10] Khoshnood B, De Vigan C, Vodovar V, Bréart G, Goffinet F, Blondel B. Advances in medical technology and creation of disparities: the case of Down syndrome. *Am J Public Health* 2006;96:2139–44.
- [11] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol consumption in pregnancy. RCOG guidelines no. 9. 1999.
- [12] Varescon IGJ, Wendland J. Alcool et grossesse. Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcool Addictol* 2007;29:221–6.
- [13] Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de Leon J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test fornicotine dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav* 2005;30:1474–7.
- [14] Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addict Abingdon Engl* 1999;94:269–81.
- [15] Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:824–34.
- [16] Karila L, Cazes O, Danel T, Reynaud M. [Short- and long-term consequences of prenatal exposure to cannabis]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006;35:62–70.
- [17] Harrison PA, Godecker A, Sidebottom AC. Validation of the alcohol use module from a multidimensional prenatal psychosocial risk screening instrument. *Matern Child Health J* 2012;16:1791–800.
- [18] Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2005;173:253–9.
- [19] Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:93–7.
- [20] Fergusson DM, Horwood LJ, Thorpe K. Changes in depression during and following pregnancy. ALSPAC Study Team. Study of pregnancy and children. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996;10:279–93.
- [21] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
- [22] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry* 1998;13:83–9.
- [23] Jaspard M, ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. *Popul Soc (Paris)* 2001:364.
- [24] Saurel-Cubizolles M, Blondel B, Lelong N, Romito P. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex* 1997;25:159–64.
- [25] Martin SL, Beaumont JL, Kupper LL. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003;29:599–617.