



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Un auto-questionnaire pour dépister les situations
de vulnérabilité pendant la grossesse :*

Enquête action menée à la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy en 2013.

Mémoire présenté et soutenu par
Aline FIDALGO

Directeur de mémoire : Madame M.L. PICHON

Sage-femme cadre enseignante

Expert : Madame M.T. BELGY

Sage-femme cadre supérieure enseignante

Promotion 2013

Je remercie :

- *Mes parents qui m'ont soutenu tout au long de ces cinq années d'étude*
- *Maxime pour sa patience et son soutien*
- *toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire*

GLOSSAIRE

AME : Aide **M**édicale de l'**E**tat

CMU : Couverture **M**aladie **U**niverselle

ENP : Enquête **N**ationale **P**érinatale

EPP : **E**ntretien **P**rénatal **P**récoce

FASILD : **F**onds d'**A**ctions de **S**olution pour l'**I**ntégration et la **L**utte contre la **D**iscrimination

HAS : **H**aute **A**utorité de **S**anté

INPES : **I**nstitut **N**ational de **P**révention et d'**E**ducation pour la **S**anté

INSERM : **I**nstitut **N**ational de la **S**anté et de la **R**echerche **M**édicale

InVs : **I**nstitut de **V**eille sanitaire

MAP : **M**enace d'**A**ccouchement **P**rématurée

MFIU : **M**ort **F**œtale **I**n-**U**téro

MRUN : **M**aternité **R**égionale **U**niversitaire de **N**ancy

NICE : **N**ational **I**nstitute for **C**linical **E**xcellence

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

PNP : **P**réparation à la **N**aissance et à la **P**arentalité

RCIU : **R**etard de **C**roissance **I**ntra-utérine

RPL : **R**éseau **P**érinatal **L**orrain

SA : **S**emaines d'**A**ménorrhées

SAF : **S**ymptôme d'**A**lcoolisation **F**œtale

SOMMAIRE

Glossaire.....	4
Sommaire	5
Préface.....	8
Introduction	9
Partie 1 : Un auto-questionnaire comme outil de dépistage des situations de vulnérabilité.....	10
1. ORIGINE DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE	11
1.1. Origine du dépistage	11
1.1.1. Evolution des plans périnatalités.....	11
1.1.2. Entretien Prénatal Précoce	12
1.1.3. Contexte socio-économique difficile	14
1.2. Politique du Réseau Périnatal Lorrain.....	16
1.2.1. Priorité des addictions	16
1.2.2. Mise en place de la politique du RPL	17
1.2.3. Réalisation de l'auto-questionnaire.....	18
2. ENQUETE DU TRAVAIL PREALABLE	19
2.1. Méthodologie	19
2.1.1. Objectifs	19
2.1.2. Population étudiée.....	19
2.1.3. Outil de recueil.....	20
2.2. Analyse du questionnaire	21
2.2.1. Nombre de questionnaires.....	21
2.2.2. Situations de vulnérabilité.....	21
2.2.3. Evaluation par les patientes.....	24
3. IMPACT DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE.....	25
3.1. Impacts sur les patientes.....	25
3.1.1. Moins de jugement.....	25
3.1.2. Prise de conscience des situations à risque	26
3.2. Impacts sur les professionnels.....	26
3.2.1. Dépister les situations de vulnérabilité	26
3.2.2. Prise en compte de l'aspect psychosocial	27
3.2.3. Suivi personnalisé de la patiente	27
3.3. Impacts sur la santé publique	28
3.3.1. Diminution des dépenses de santé.....	28
3.3.2. Dépistage universel	29
4. EVOLUTION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE.....	30

Partie 2 : Exploitation et Analyse	31
1. PRESENTATION DE L'ETUDE	32
1.1. Objectifs	32
1.2. Hypothèses	32
1.3. Méthodologie	33
1.3.1. Population étudiée	33
1.3.2. Lieu de l'étude	34
1.3.3. Présentation des outils utilisés	34
1.3.4. Modalités de recueil des données	36
1.4. Méthodes statistiques	36
2. DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS	37
2.1. Description de la population	37
2.1.1. Participation des femmes enceintes	37
2.1.2. Age gestationnel au moment de la première consultation	38
2.1.3. Age maternel	39
2.1.4. Professionnel ayant pris en charge les patientes	40
2.2. Présentation des résultats	41
2.2.1. Difficultés socio-économiques	41
2.2.2. Comportements alimentaires	42
2.2.3. Addictions	45
2.2.4. Habitudes de vie	46
2.2.5. Maux de grossesse	47
2.2.6. Vaccination	48
2.3. Analyse des résultats	49
2.3.1. Difficultés socio-économiques	49
2.3.2. Comportements alimentaires	49
2.3.3. Addictions	50
2.3.4. Habitudes de vie	50
2.3.5. Maux de grossesse	50
2.3.6. Vaccination	51
3. DISCUSSION	52
3.1. Evaluation de notre étude	52
3.1.1. Les limites	52
3.1.2. Points forts	52
3.2. Intérêts de l'auto-questionnaire	53
3.2.1. Outil de dépistage efficient	53
3.2.2. Support pour l'Entretien prénatal précoce	55
3.2.3. Amélioration de la prise en charge des patientes	56
3.3. Faire vivre l'auto-questionnaire	60
3.3.1. Modifications à apporter aux questionnaires	60
3.3.2. Plan de diffusion	62
3.3.3. Dossier médical	62
3.3.4. Questionnaires à traduire	63
3.3.5. Annuaire ressource	63

Conclusion.....	64
Bibliographie	66
TABLE DES MATIERES	69
Annexe 1 : Auto-questionnaire évalué	I
Annexe 2 : Affiche « zéro alcool pendant la grossesse »	VI
Annexe 3 : Affiche « zéro tabac pendant la grossesse ».....	VII
Annexe 4 : Brochure pour l’entretien prénatal précoce.....	VIII

PREFACE

La France est l'un des pays les plus avancés au monde en matière de protection médicale et sociale, et des progrès considérables ont été observés dans le domaine de la naissance. Depuis le début des années 1970, la politique périnatale s'est construite autour de différents plans périnatalité. Ils ont eu pour objectif d'améliorer constamment la prévention et les conditions de suivi des grossesses. En effet, les événements et les difficultés survenant pendant la grossesse influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir. La création d'outils et de dispositifs comme la mise en place d'outils d'écoute, d'information et d'accompagnement sont donc nécessaires à l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge en périnatalité.

La Haute Autorité de la Santé considère la grossesse comme un événement naturel. C'est également une période privilégiée de mobilisation psycho-affective et parfois l'attente d'un enfant peut soulever de nombreux questionnements. Les futurs parents expriment de réels besoins d'écoute et d'informations que les professionnels de santé doivent être en mesure de leur apporter. Mais devant une demande des couples toujours plus importantes et un contexte socio-économique difficile, de nouveaux outils de dépistage doivent être mis en place pour optimiser le temps consacré aux patientes.

Introduction

Chaque femme et chaque grossesse sont différentes. C'est pour cette raison que les facteurs de vulnérabilité chez la femme enceinte doivent être reconsidérés en début de grossesse. Et pour ce faire, il a semblé judicieux au RPL de créer un questionnaire rempli par les patientes afin de dépister précocement toutes ces situations qui peuvent être des obstacles au bon déroulement de la grossesse. Dans une enquête préalable, il m'a été donné d'évaluer l'efficacité de l'auto-questionnaire pour dépister les situations de vulnérabilités ainsi que la satisfaction des patientes. Dans la continuité de ce travail, il était donc indispensable de montrer sa réelle efficacité par rapport à l'anamnèse.

Notre première partie permettra de placer le contexte de notre étude. Il sera expliqué dans un premier temps, l'origine et les motivations du dépistage, pour ensuite faire part du rôle du Réseau Périnatal Lorrain jusqu'à la mise en place de l'auto-questionnaire. Dans un deuxième temps, les résultats de l'enquête préalable seront présentés et exploités, nous permettant ainsi d'avoir une base solide sur laquelle appuyer notre étude. Dans un dernier temps, l'impact de l'auto-questionnaire, tant sur les patientes que les professionnels et même la santé publique, sera décrit.

Dans une seconde partie, après avoir présenté notre méthodologie de travail, nous nous consacrerons à l'étude proprement dite. Cette dernière consistera à comparer le dépistage des situations de vulnérabilité de l'auto-questionnaire à celui de l'anamnèse au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Pour finir, une discussion sera menée afin d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses émises. Après la mise en évidence des modifications à apporter, la diffusion de l'auto-questionnaire dans l'ensemble des maternités du RPL sera discutée.

*Partie 1 : Un auto-questionnaire comme outil
de dépistage des situations de vulnérabilité*

1. ORIGINE DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE

1.1. Origine du dépistage

1.1.1. Evolution des plans périnatalités

Depuis les années 1970, la politique de santé structurante et volontariste a amené à la création d'une succession de plans périnatalités qui se sont voulus toujours plus performants et précis dans l'amélioration de la prise en charge des patientes. Les plans de 1971-1976 et de 1995-2000 ont d'ailleurs mis leur axe prioritaire sur la sécurisation de la grossesse et de l'accouchement.

A la suite du rapport de la « mission Périnatalité » élaboré par trois professionnels (Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE), Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, a décidé de mettre en œuvre un plan d'action ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. C'est ainsi que fut créé le plan périnatalité 2005-2007. Ce plan témoigne d'une évolution à la fois sociologique (éclatement familial, primiparité tardive), sociale (situations de pauvreté et de précarité en augmentation) et sociétale. Il s'appuie sur le concept de « sécurité émotionnelle » et sur la démarche du « suivi différencié » selon le niveau de risque. Le plan périnatalité 2005-2007 marque la fin d'une période qui était majoritairement orientée vers une sécurisation de la prise en charge au niveau médical. Il donne ainsi une dimension émotionnelle en affichant explicitement une volonté de prendre en compte les particularités psychologiques et sociales de la grossesse et entrer pleinement dans une démarche de « Promotion de Santé ».

Cependant, le 31 décembre 2007 à la fin du plan, 15% des sous-mesures prévues n'ont pas été réalisées et notamment celles concernant les populations en situations de précarité. Les mesures prévues par le plan n'ont été que partiellement mises en œuvre. Ce contexte conduit à une prise en charge disparate des femmes en situation de vulnérabilité.

La sécurité médicale de l'accouchement étant assurée, il est nécessaire cependant de trouver des moyens pour garantir la sécurité psychique de la grossesse.

1.1.2. Entretien Prénatal Précoce

Objectifs et Avantages de l'entretien

Ce nouvel axe d'amélioration s'est tourné vers la prévention et la mise en place d'outils d'écoute, d'information et d'accompagnement des femmes. L'entretien individuel ou en couple est une des mesures phares du plan périnatalité 2005-2007 : « plus d'Humanité » et fait partie des huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il vise à assurer une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la future mère et de renforcer l'individualisation de la prise en charge de chaque grossesse.

Le but de l'EPP est clairement défini dans ce plan : *« la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels. Plus largement, les vulnérabilités personnelles et familiales sont de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant. »* [24]

L'EPP permet d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention primaire et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte. L'entretien permet :

1. *Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte* (aspects somatique, psychologique et social)
2. *Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte.*
3. *Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque.*
4. *Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir.*
5. *Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité* (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant. [16]

La culture est fondée sur le dualisme et a mis de côté les émotions et le ressenti des femmes enceintes. L'EPP est l'occasion pour le professionnel de santé d'intégrer dans le suivi médical, un registre affectif et subjectif. Il permet ainsi de placer au même niveau la sécurité émotionnelle et la sécurité somatique. Cet entretien, s'il est mené dans les conditions adéquates, est indéniablement le garant d'une meilleure prise en charge et notamment, lorsqu'il s'agit de dépister les facteurs de risques pouvant compromettre le bon déroulement de la grossesse.

Difficultés dans la mise en place de l'entretien

Selon les textes, l'entretien devrait être proposé systématiquement à toutes femmes enceintes par le professionnel qui confirme la grossesse ; or, en pratique, le constat n'est pas le même. Il est souvent évoqué un manque de professionnels formés, un manque de temps et de financement comme à l'origine de sa mise en place difficile.

Plus de 2 ans après le plan périnatalité, seul 21,4 % des femmes ont pu bénéficier de cet entretien [4]. D'après les résultats donnés par le Département d'Information Médicale (DIM), cette tendance semble se confirmer puisque seulement 20,1% des femmes ayant accouché à la MRUN en 2012, ont eu recours à l'EPP. Les motifs avancés par les patientes n'ayant pas bénéficié d'entretien prénatal sont un manque d'informations ou leur refus. C'est d'ailleurs, pour les femmes repérées comme vulnérables que l'entretien a été le moins complet et qu'il existe un manque de communication entre le médical et le psychosocial [5]. Il a également été mis en évidence que deux tiers des femmes n'ont pas reçu les informations nécessaires sur le réseau de santé en périnatalité, ***ce qui peut être mis en regard de la mise en place limitée de l'entretien individuel.*** Suite à ce constat, la « Direction générale de la santé (DGS) [...] a chargé la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) de travailler sur l'amélioration, d'une part de l'information des femmes au début de leur grossesse, d'autre part de l'information des professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des femmes en début de grossesse. »

Cet entretien, comme son nom l'indique, est censé être fait durant le 4^{ème} mois de grossesse. Cependant, moins de la moitié des patientes y participe au cours de ce mois. En mai 2011, l'INSERM a publié les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010. Parmi les patientes ayant bénéficiées de cet entretien, 52,9% d'entre elles n'en ont profité qu'après le 4^{ème} mois de grossesse [4]. Souvent, l'EPP n'est pas un examen supplémentaire tel qu'initialement prévu, mais remplace la première séance de préparation à la naissance, d'où des entretiens tardifs.

Par ailleurs, l'entretien individuel ou en couple nécessite de consacrer du temps. Etant donné le contexte économique et médical actuel, le temps de consultation est devenu précieux alors que la demande des patientes, elle, ne fait qu'augmenter. La quantité d'informations est telle, que la première consultation ne suffit pas à donner l'ensemble des renseignements nécessaires au bon déroulement de la grossesse. Pour compléter ces informations, les sages-femmes rajoutent régulièrement 30 minutes à l'une de leur consultation médicale. Celle-ci se transforme alors en Entretien prénatal précoce. Or selon les recommandations de l'HAS, cet entretien n'est pas censé se substituer aux consultations de suivi de la grossesse [16]. En effet, cet entretien a été créé comme un outil de communication et d'écoute où la patiente peut exprimer librement ses craintes, ses angoisses, poser ses questions ainsi que préparer au mieux la naissance au travers d'un projet de naissance et d'un projet parental.

Dans ce cas, le repérage des facteurs de risques n'est plus précoce et l'EPP devient directement un entretien d'orientation.

1.1.3. Contexte socio-économique difficile

Le contexte de la crise économique, de consumérisme et de l'augmentation des dépenses de santé a un impact sur les pratiques professionnelles et les professionnels sont amenés à intégrer une dimension économique à leur pratique. En effet, l'apparition de la tarification à l'activité (T2A) est montrée comme un frein à l'application du plan et donc de l'EPP. L'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 dit clairement que « la tarification à l'activité des actes d'un établissement incite ce dernier à promouvoir les activités les mieux tarifées. » Le T2A peut donc inciter à diminuer le temps passé avec la parturiente, au détriment de la sphère psychosociale. [6].

En effet, le contexte médical et son enjeu économique est devenu fragile et l'ensemble des maternités du RPL sont amenées à diminuer progressivement leur temps de consultations en continuant d'assurer un suivi optimal. Cependant, la mission périnatalité prouve la nécessité d'évaluer précocement les besoins et les facteurs de risque de la femme ou du couple [5]. Des mesures peu onéreuses et rapides d'utilisation doivent être mises en place pour faciliter leur repérage le plus tôt possible pendant la grossesse.

Par ailleurs, la politique de santé se veut préventive et éducative, avec le besoin de toujours fournir plus d'informations au risque de submerger de renseignements les patientes. Or, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) précise qu'en raison de ce volume d'informations très important à donner en début de grossesse, deux consultations sont nécessaires, seulement le contexte économique actuel ne le permet pas [22]. L'enjeu est donc d'aider les professionnels à optimiser le temps des consultations en apportant les réponses et les informations les mieux adaptées aux besoins de chaque femme ou de chaque père en difficulté.

Après plusieurs plans périnatalité fixés sur la prise en charge médicale, la notion de sécurité émotionnelle est apparue avec le plan périnatalité 2005-2007. Le contexte socio-économique et le nombre d'informations à donner à la patiente lors de sa première consultation prénatale, a nécessité la mise en place d'un outil d'écoute, de dialogue et d'accompagnement : l'Entretien prénatal du 4^{ème} mois. Cependant cette consultation psycho-sociale supplémentaire présente un manque d'adhésion de la part des patientes et un défaut de temps pour les professionnels. Il devient donc inéluctable de trouver un outil efficient pour contourner ces difficultés.

1.2. Politique du Réseau Périnatal Lorrain

Le Réseau Périnatal Lorrain (RPL) est constitué par l'association de professionnels de toutes disciplines et institutions ayant pour mission d'offrir à la population lorraine une prise en charge et un accompagnement global de la grossesse et de la naissance selon une organisation coordonnée et graduée entre les différents acteurs de la périnatalité. La charte du réseau est constituée de huit points essentiels dont « *le fonctionnement du Réseau s'inscrit dans une démarche qualité ayant pour but d'évaluer et d'améliorer de manière permanente la qualité des soins et de promouvoir la santé des mères et des enfants* ».

L'entretien prénatal précoce a été effectué depuis plusieurs décennies mais de manière assez disparate. En 2002, le RPL a réalisé, sous-direction du Docteur Alicja Bartela, une enquête intitulée : « *un outil de prévention primaire : l'EPI - Etude de faisabilité* ». Les premiers résultats étaient encourageants pour la mise en place de l'EPP en Lorraine [2].

Il a été montré plus tard que l'EPP, à lui seul, ne suffisait pas à dépister l'ensemble de la population de façon homogène. Le sous-groupe de travail « EPP » du RPL a réfléchi à la mise en œuvre de l'EPP en Lorraine avec l'ARS et par ailleurs le groupe « Périnatalité et Addiction » a voulu mettre l'accent sur le dépistage des addictions et notamment de l'alcoolisation maternelle. C'est ainsi qu'un questionnaire a été créé par des Sages-femmes du RPL (Mme Bedel, Mme Debar...) et dans le cadre d'un travail institutionnel, il m'a été donné de le finaliser et de l'évaluer.

1.2.1. Priorité des addictions

Le RPL a constaté une réelle divergence entre les informations recueillies dans les dossiers médicaux, à propos de la consommation d'alcool, et le nombre de troubles, en lien avec un Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF), constatés à la naissance chez le nouveau-né.

Le sujet de l'alcoolisation maternelle reste encore tabou et difficile à évoquer que ce soit pour la patiente ou le professionnel de santé. Ce sujet sensible est abordé dès la première consultation où le temps imparti à la patiente est réduit, d'autant plus qu'aucun climat de confiance n'est encore établi. Dans la crainte d'être jugée comme de « mauvaises mères » et de se voir retirer leur enfant à la naissance, ces femmes enceintes cachent et nient très souvent leur(s) dépendance(s). Une étude de l'Inserm (Institut national de la santé et la recherche médicale) sur le sujet « Grossesse et Alcool » publiée le 8 décembre 2010 a révélé que 17 à 25 % des Françaises enceintes continuent à boire régulièrement de l'alcool (1 verre de temps en temps), dont 6% en excès (2 verres ou plus dans une même journée) [1]. Malgré toutes les actions mises en place par le gouvernement et l'INPES, il semblerait que le message ne soit pas correctement passé dans les mœurs, par manque d'informations pour les patientes et insuffisance de sensibilisation à ce problème de santé publique pour les professionnels. C'est pour toutes ces raisons que le RPL a décidé de travailler sur ce sujet des addictions et notamment de l'alcoologie. En effet, le RPL a mis en place des affiches dans les maternités avec pour objectifs « zéro alcool et zéro tabac pendant la grossesse » (Annexes 2 et 3).

1.2.2. Mise en place de la politique du RPL

Le 30 mars 2012, la 9^{ème} journée du Réseau Périnatal Lorrain a été consacré au thème de l'alcoolisation fœtale et lors de cette conférence, il a été rappelé que les membres des groupes de travail « Périnatalité et Addictions » ont pour objectif principal de mettre en place des actions de prévention et de prise en charge des addictions en périnatalité, en impliquant tous les professionnels de la périnatalité. Par conséquent, il a été décidé de concevoir divers projets et actions en 2012, en mettant un point d'honneur à la formation des professionnels concernés ainsi qu'à la sensibilisation des femmes enceintes.

Le Comité de Pilotage Tabac-Alcool a souhaité créer un auto-questionnaire concernant la santé et les facteurs environnementaux des femmes venant faire constater leur grossesse, pour aborder très rapidement la problématique de la consommation de substances psychoactives, et élaborer un plan de communication pour une diffusion régionale.

1.2.3. Réalisation de l'auto-questionnaire

L'élaboration de l'auto-questionnaire s'est fait principalement en deux parties.

Après avoir rencontré différents professionnels (assistantes sociales, odontologues...), le RPL a établi un questionnaire composé de toutes les recommandations de la grossesse prévues par l'Haute Autorité de Santé.

D'après l'HAS « la femme ou le couple doivent être informés que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse » [43]. C'est pourquoi, il était devenu important de dépister, au cours de la grossesse, autant les situations de vulnérabilité à risques médicaux que ceux à risques psychologiques. De cette façon, des interventions adaptées à chaque situation pourront être mis en place précocement et ainsi garantir la bonne santé psychique et physique des patientes.

Dans le cadre de la finalisation de l'auto-questionnaire, nous avons rencontré une diététicienne et une psychologue de la MRUN. Des modifications ont été apportées d'une part, pour intégrer l'ensemble des recommandations nutritionnelles et d'autre part, pour ne pas laisser imaginer aux patientes qu'un quelconque jugement serait émis. C'était une étape impérative, puisque ce questionnaire a été créé dans le but d'ôter cette crainte de jugement et de permettre aux patientes de se confier plus aisément lors d'un premier contact.

C'est de cette manière qu'a été testé le questionnaire dans une étude préalable.

2. ENQUETE DU TRAVAIL PREALABLE

2.1. Méthodologie

2.1.1. Objectifs

Le principal objectif de cet auto-questionnaire (Annexe 1) est de dépister les situations de vulnérabilité pendant la grossesse selon les recommandations de l'HAS.

Cet auto-questionnaire présentait également 2 objectifs secondaires :

- Le premier est de faciliter les échanges entre professionnel et patiente et ainsi aborder plus aisément les questions taboues
- Le second concerne l'efficacité des moyens de dépistage et de prise en charge des patientes présentant un facteur de vulnérabilité.

2.1.2. Population étudiée

Cette étude bicentrique a été menée auprès de 2 maternités : Lunéville et Nancy, du 1^{er} au 28 octobre 2012. En plus de l'auto-questionnaire, l'enquête a été réalisée à l'aide de deux questionnaires de satisfaction – l'un pour les patientes anonymes et l'autre pour les professionnels. L'auto-questionnaire a été distribué à toutes les femmes se présentant pour leur première consultation prénatale à la maternité et ceci quelque soit son trimestre de grossesse. Le mode de remplissage s'est fait en salle d'attente.

2.1.3. Outil de recueil

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'un auto-questionnaire. De par ces 95% de questions fermées, le remplissage du questionnaire est simplifié et ne nécessite que 5 minutes pour le compléter.

Il est composé de trois grandes parties :

- La première partie s'intéresse aux conditions de vie et est constitué de 4 sous-parties (conditions environnementales, logement, travail et couverture sociale)
- La deuxième partie s'intéresse au début de grossesse et se divise en 2 sous-parties (maux de grossesse, ressenti actuel)
- La troisième partie s'intéresse aux habitudes de vie de la patiente et est constitué de 7 sous-parties (sommeil, médication, alimentation, addiction, activités physiques, santé dentaire et vaccinations)

Des questionnaires de satisfactions – d'une part, pour les patientes et d'autre part, pour les professionnels – ont également été créés pour déterminer l'utilité de l'auto-questionnaire.

2.2. Analyse du questionnaire

2.2.1. Nombre de questionnaires

L'échantillon est composé de 32 questionnaires : 20 à Nancy et 12 à Lunéville.

	Questionnaires RECUPERES	Questionnaires NON RECUPERES	Questionnaires distribués
NANCY	20	15	35
LUNEVILLE	12	7	19
Totaux	32	22	54

Tableau 1. Echantillon de l'enquête préalable

Dans l'échantillon, le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestre de grossesse sont représentés de façon quasi équivalente (avec respectivement 19% et 23%) avec une grande prédominance au 1^{er} trimestre de grossesse.

Cette enquête préalable nous a mené à nous poser deux questions fondamentales pour juger de l'utilité de l'auto-questionnaire :

- Le questionnaire est-il une méthode efficace pour dépister des vulnérabilités ?
- L'auto-questionnaire est-il facile à remplir pour les femmes enceintes ?

2.2.2. Situations de vulnérabilité

Toutes les femmes ayant rempli l'auto-questionnaire ont présenté au moins un facteur de risque. Nous avons décidé de comparer les résultats de l'enquête préalable aux données de la littérature, c'est-à-dire à l'Enquête Périnatale Nationale de 2010 (ENP 2010).

	Enquête préalable	ENP 2010
Conditions environnementales		
Célibataire	9,4%	7,2%
Femmes se sont senties mal entourées	6,3%	5,6 %
Situation familiale difficile	3,1%	N.C.
Crainte des difficultés financières	37,5%	29,2%
A vécu des violences (psychologique ou psychique)	6,3%	N.C.
Logement		
Trop petit	15,6%	N.C.
Structure hébergement	3,1%	0,5%
Chez un tiers	3,1%	5,8%
Travail		
Sans emploi	37,5%	29,8%
Stressée, Efforts physiques, Peur de perdre travail, + 1h de trajet	85%	N.C.
Couverture Sociale		
Sécurité sociale+ Mutuelle	81,3%	81,5%
Sécurité sociale sans mutuelle	0%	4,5%
CMU ou AME	18,8%	12,9%
Maux de grossesse	96,9%	N.C.
Ressenti actuel de la grossesse		
Grossesse imprévue	28,1%	13,5%
Annonce contrariée	9,4%	N.C.
Angoisse, Se sentir seule, Stressée, Triste/Déprimée	68,8%	8,9%
Sommeil	96,9%	N.C.
Médicaments		
Traitement	21,9%	40,3%
Automédication	15,6%	N.C.
Alimentation		
Pose problème	34,4%	N.C.
Equilibre alimentaire perturbé	90,6%	N.C.
Comportement à risque pour la toxoplasmose	3,1%	N.C.
Comportement à risque pour la listériose	40,6%	N.C.
Trop de sucreries	56,3%	N.C.
Boissons alcoolisées		
Au moins 1 fois pendant la grossesse	21,9%	17,2%
Bu avant de se savoir que vous étiez enceinte	43,8%	3,2%
+ de 3 verres à une même occasion	3,0%	1,0%
Tabac	15,6%	17,1%
Drogues	0%	1%
Pas d'activités physiques	71,9%	N.C.
Santé dentaire pose problèmes	87,5%	N.C.
Vaccinations		
Non vacciné contre Grippe saisonnière	93,8%	70,7%
Vacciné contre coqueluche - 10 ans	34,4%	N.C.
Entourage protégé contre la coqueluche	56,3%	N.C.

Tableau 2. Les situations de vulnérabilité de l'auto-questionnaire comparées à celles de l'Enquête Nationale Périnatale 2010

(1) les chiffres en gras correspondent aux pourcentages supérieurs à ceux de l'ENP 2010

On a pu constater qu'un nombre relativement important de facteurs de risques ont été dépistés grâce à cet auto-questionnaire. En comparaison avec l'ENP 2010, seize items n'y sont pas abordés ou alors d'une manière différente. En effet, cette étude s'est principalement appuyée sur des entretiens avec les femmes, avant leur sortie de la maternité [4], contrairement à notre dépistage qui se déroule en début de grossesse.

La CMU et l'AME sont les couvertures sociales les plus répandues parmi les femmes issues d'un milieu social défavorisé. Nous avons déterminé les patientes en situations de précarité comme bénéficiant de la CMU ou de l'AME. Dans cette enquête préalable, les femmes en situation de précarité étaient près de 19%, ce qui est légèrement supérieur aux chiffres de l'ENP, qui retrouve 12,9% des femmes disposant de la CMU ou de l'AME. En plus, il émergeait une forte relation entre la précarité et les grossesses non désirées. Or nous savons qu'il est d'autant plus important « d'adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis » [19].

Par ailleurs, les violences ne sont pas abordées dans l'ENP de 2010 alors que dans notre enquête préalable, 6% des patientes ont avoué avoir vécu des violences. Qu'elles soient physiques ou psychologiques, les violences peuvent être destructrices et d'autant plus chez ces femmes qui présentaient de multiples facteurs de vulnérabilité (précarité, grossesse non désirée, tabac...). Cet auto-questionnaire permet donc un dépistage global.

Concernant les addictions, il a permis de dépister sept patientes ayant une consommation d'alcool à risque, ce qui est non négligeable.

De plus, cet auto-questionnaire a apporté un nouveau questionnement, qui est celui des troubles alimentaires. En effet, l'Enquête Nationale Périnatale 2010 et les autres études précédentes ne parlent pas de ce type de trouble ni de l'alimentation de la femme enceinte. Or, l'alimentation pose problème chez 34,4% des femmes avec une forte majorité au premier trimestre. La question de l'alimentation touche toutes les femmes et notamment concernant l'équilibre alimentaire qui est perturbé dans près de 90% des cas.

Selon l'ENP de 2010, les recommandations de santé publique concernant la vaccination contre la coqueluche se diffusent lentement. Cependant, cette étude évoque le pourcentage de femmes ayant reçu une information sur la coqueluche pendant la grossesse et non celui des femmes avec une couverture vaccinale efficace en début de

grossesse. Mais notre enquête préalable a tout de même confirmé cette diffusion difficile puisque seulement 34,4% des femmes ont été vaccinées il y a moins de 10 ans et 43,75% ne connaissent pas leur statut vaccinal pour la coqueluche. Or selon la loi de santé publique de 2004, le taux de couverture vaccinale devrait atteindre 95%. En conclusion, l'auto-questionnaire dépiste efficacement les situations de vulnérabilité et même souvent, il a montré des pourcentages supérieurs à ceux de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010.

La seconde question que nous nous sommes posée concerne la facilité à répondre au questionnaire tant par sa forme (a-t-il semblé long à remplir ?), que par son fond (a-t-il été difficile à remplir ?, des questions ont-elles été dérangeantes ?)

2.2.3. Evaluation par les patientes

		OUI	NON
FOND	<i>Questions dérangeantes</i>	6%	94%
	<i>Difficulté à remplir</i>	0%	100%
FORME	<i>Longueur</i>	9%	91%

Tableau 3. Evaluation du fond et de la forme du questionnaire

Cet auto-questionnaire a été bien accueilli par la quasi-totalité des patientes :

- 91% des femmes n'étaient pas gênées par la longueur du questionnaire (5 pages et 71 questions)
- Il était compréhensible par toutes
- Pour 94% des femmes, les questions n'étaient pas dérangeantes

Cet ensemble de situations de vulnérabilité ou de facteurs de risque ont pu être dépistés grâce à cet auto-questionnaire, mais le sont-ils également avec l'anamnèse que fait le professionnel de santé ? Y a-t-il un bénéfice pour le professionnel et les femmes à utiliser cet auto questionnaire ?

3. IMPACT DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE

Les maternités doivent satisfaire une demande de soins de plus en plus importante, malgré des ressources limitées, et sont confrontées à une aggravation des inégalités en matière de santé. Précédemment, l'auto-questionnaire proposé a montré son efficacité à dépister les situations de vulnérabilité mais il a également un impact non négligeable sur les patientes, les professionnels et même au niveau de la santé publique.

3.1. Impacts sur les patientes

Selon l'assistante sociale, Bernadette Barnier: « *dépister c'est ainsi donner du sens à l'accompagnement de la femme enceinte* ». Le dépistage de certains facteurs de risque reste encore difficile car nous sommes confrontés à des mécanismes de déni, de honte et de culpabilité qui freinent l'accès aux soins. Ces sentiments peuvent être la conséquence de la crainte d'être jugée, empêchant ainsi d'adapter le suivi de grossesse à chaque patiente. L'auto-questionnaire peut en être une solution.

3.1.1. Moins de jugement

L'enquête préalable a montré que l'auto-questionnaire retrouvait plus de femmes présentant un facteur de risque, comparé à notre pratique professionnelle et même à l'ENP 2010. Ceci peut s'expliquer notamment par l'absence du professionnel au moment où elles répondent aux questions. Nous avons d'ailleurs prêté une attention particulière à ne pas laisser imaginer aux patientes qu'un jugement pourrait être émis selon leurs réponses. En effet, les parturientes craignent la réaction du professionnel de santé auquel elles vont être confrontées.

Par l'intermédiaire de l'auto-questionnaire, les femmes se livrent plus aisément qu'à un professionnel de santé qui leur est, encore jusque-là, inconnu.

3.1.2. Prise de conscience des situations à risque

La grossesse est une période chargée émotionnellement et des souvenirs d'enfance parfois enfouis, oubliés peuvent ressurgir alors qu'ils étaient refoulés jusqu'ici. Certains sujets sont tabous (addiction, violence, précarité...) aussi bien pour les patientes que pour les professionnels. Or, l'auto-questionnaire a également été créé pour permettre aux patientes de s'ouvrir plus facilement à la discussion. Même si, les femmes n'en parlent pas instantanément dès la première consultation, par déni ou ne se sentant pas encore prêtes à en assumer les conséquences, la question a été posée. Par effet indirect, les futures mères vont sans doute prendre conscience des répercussions que peuvent avoir leurs conditions de vie sur le futur enfant et cela va sûrement les amener à en parler ou à demander de l'aide ultérieurement.

3.2. Impacts sur les professionnels

Les sages-femmes sont des professionnels dont les compétences sont pleinement appropriées pour réaliser une première identification des risques et de ses complications. C'est sur ce corps de métier, avec les médecins gynécologue-obstétriciens, que l'auto-questionnaire aura le plus d'impacts. Aussi bien pour la prise en compte de la dimension psychologique et sociale, que pour l'orientation précoce des patientes en fonction des facteurs de risque.

3.2.1. Dépister les situations de vulnérabilité

Dans notre auto-questionnaire, les situations de vulnérabilité abordées sont diverses : de la dépendance toxique (alcool, tabac, drogues...), au comportement alimentaire (listériose, toxoplasmose...) en passant par les conditions de vie (précarité, difficultés financières...). L'enquête préalable a d'ailleurs conclu que ce dépistage était tout à fait exhaustif.

L'auto-questionnaire permet de repérer les situations à risque dès le premier contact de la patiente avec la maternité. Il détecte plus de facteurs de vulnérabilité et

aborde de nouveaux questionnements par rapport à l'ENP 2010. En effet, lors de la première consultation, il peut être difficile pour les professionnels de savoir comment réagir face à une réponse affirmative et le déni de certaines femmes peut déconcerter. Seulement, ce dépistage nécessite du temps que le professionnel ne possède pas.

Par ailleurs, peu de professionnels s'attardent à rechercher d'autres facteurs de risques – autre que médicaux – lorsque la patiente est déjà connue pour une situation ou un comportement à risque. L'auto-questionnaire évoquera l'ensemble de ces facteurs de risque, sans être influencé par ceux déjà connus et avec la même impartialité.

Il nous permet également de différencier les grossesses à bas risque de celles à haut risque obstétrical, psychoaffectives et sociales.

3.2.2. Prise en compte de l'aspect psychosocial

Le plan périnatalité 2005-2007 reprend l'ensemble des mesures permettant, entre autres, de développer une offre plus humaine et plus proche autour de la naissance.

En effet, la prééminence de la sécurité médicale ne laisse pas suffisamment de place aux émotions. Pourtant, la grossesse représente une opportunité d'ouvrir un dialogue avec les futurs parents [15]. Par ses questions dirigées sur les conditions de vie, l'auto-questionnaire permet de balayer l'ensemble des difficultés sociales que peut rencontrer une femme pendant sa grossesse et d'en faire une synthèse par un simple coup d'œil. L'information et le suivi prénatal doivent être rapidement et aisément adaptés à la situation et à l'environnement psycho-sociale de la femme.

3.2.3. Suivi personnalisé de la patiente

La grossesse doit se dérouler sous une surveillance médicale attentive. En présence de certains facteurs de vulnérabilité, les risques relatifs de survenue de complications sont élevés. C'est pourquoi, certaines grossesses doivent faire l'objet d'une attention particulière afin d'orienter si besoin la femme vers un suivi adapté. En mai 2007, l'HAS a formulé des recommandations dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 et propose d'adapter le suivi et d'orienter les femmes enceintes en fonction des situations à risques [22].

L'auto-questionnaire est là pour guider les professionnels à donner les renseignements et apporter les aides appropriées aux risques du mode de vie de chaque femme. De cette manière, l'environnement psychologique de la naissance sera efficacement pris en compte et le suivi de grossesse sera ajusté aux particularités de chacune : diététicienne, psychologue, assistante sociale... L'individualisation de la prise en charge est indispensable pour qu'aucun suivi ne soit standardisé.

3.3. Impacts sur la santé publique

Les besoins sanitaires sont de plus en plus importants et la qualité de ces derniers obligent la maternité à une mutation en veillant à une meilleure gestion des dépenses publiques tout en garantissant une qualité de soins optimale pour tous.

3.3.1. Diminution des dépenses de santé

La prise en charge adaptée et l'orientation précoce des patientes permet d'éviter de nombreuses complications pouvant être préjudiciables. L'auto-questionnaire étant considéré à la fois comme une prévention primaire et un outil de promotion de santé, il agit sur les déterminants de la santé des femmes.

Dans le cas particulier des femmes en situation de précarité, la majorité d'entre elles ont d'une part, un suivi chaotique et d'autre part, elles sont plus souvent hospitalisées. Ce groupe de femmes est à prendre en charge dès la première consultation afin d'éviter ces conséquences préoccupantes autant pour la mère que pour l'enfant à naître. Elles ont également des répercussions sur les dépenses de santé.

En dépistant ces situations à risque au plus tôt et les prenant en charge efficacement, l'apparition de certaines maladies et de séquelles, bien plus coûteuses à la société, pourraient ainsi être évitées.

3.3.2. Dépistage universel

Lutter contre les inégalités dans le domaine de la santé et notamment contre les effets de la précarité sur la santé des femmes enceintes, est l'une des priorités du RPL.

Il a été décidé de faire remplir cet auto-questionnaire à toutes les femmes venant consulter pour leur première consultation prénatale. Et contrairement à l'EPP, 100% des femmes enceintes bénéficieraient de ce même dépistage et au même moment.

Notre travail préalable a démontré l'utilité indéniable de cet auto-questionnaire pour dépister les situations de vulnérabilité. En plus, que ce soit pour les patientes, les professionnels et même la société, l'auto-questionnaire semble avoir un impact positif sur tous les plans. En effet, le dépistage serait efficient puisqu'il permettra d'adapter le suivi et les informations données à chacune des femmes tout en optimisant significativement le temps des consultations.

Désormais, notre étude consistera à comparer l'efficacité de l'auto-questionnaire à celle de l'anamnèse menée par les professionnels.

4. EVOLUTION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE

L'enquête préalable a révélé une bonne adhésion des patientes mais une mauvaise de la part des professionnels. Le questionnaire n'était pas adapté à l'usage du professionnel et ne permettait pas d'optimiser le temps de consultation malgré son efficacité indéniable à dépister des situations de vulnérabilité.

C'est pourquoi peu de modifications ont été apportées au questionnaire. D'une part, afin d'améliorer l'attractivité pour les patientes, nous avons fait tenir notre auto-questionnaire sur quatre pages. D'autre part, nous avons décidé de créer un auto-questionnaire du type questionnaire pré-anesthésique. De cette manière, l'exploitation pour les professionnels est facilitée : la colonne de gauche repère les points nécessitant d'être approfondis par la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien et la colonne de droite correspond à des situations jugées physiologiques.

Trois questions ont été reformulées pour permettre une meilleure compréhension de celles-ci par les femmes enceintes. Douze questions sur les 71 posées auront une réponse négative lorsqu'il s'agit d'une situation de vulnérabilité. Dans l'enquête préalable, plusieurs femmes ont inscrit la mention « je ne sais pas » à propos de la couverture sociale la santé dentaire et même la vaccination. Il nous a donc semblé intéressant de l'ajouter de façon pertinente.

Au vu des constats qui précèdent et après les remaniements nécessaires pour rendre l'auto-questionnaire efficace pour tous, la seconde étape de notre recherche d'action est de montrer son intérêt et son efficacité par rapport à l'anamnèse effectué par le professionnel de santé.

Partie 2 : Exploitation et Analyse

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs

L'objectif de l'auto-questionnaire est de dépister les situations de vulnérabilité pendant la grossesse selon les recommandations de l'HAS. Or, notre étude est indispensable pour démontrer l'efficacité du questionnaire aussi bien pour les praticiens que pour les patientes.

En effet, notre étude a comme objectif principal de **comparer l'efficacité de l'auto-questionnaire à celle de l'anamnèse du professionnel en ce qui concerne le dépistage des situations à risque pour la mère, le couple et l'enfant à naître.**

Les objectifs secondaires sont au nombre de deux :

- L'auto-questionnaire est un outil où les femmes peuvent s'exprimer plus facilement
- Le second est d'améliorer la pratique des professionnels et l'efficacité des consultations.

1.2. Hypothèses

L'hypothèse principale de notre étude est de savoir si l'auto-questionnaire permet un meilleur dépistage que l'anamnèse des professionnels

Les hypothèses secondaires sont au nombre de trois. Nous supposons :

- L'auto-questionnaire peut être un support pour l'EPP
- L'auto-questionnaire permet une meilleure prise en charge des patientes
- Le temps de la première consultation de grossesse est optimisé

Par le biais de cette étude, nous allons infirmer ou confirmer ces hypothèses.

1.3. Méthodologie

Cette étude correspond à une recherche-action. Elle est née de la rencontre entre une volonté de changement et une intention de recherche. Le Réseau Périnatal Lorrain et l'enquête préalable ont mis en évidence l'enjeu de l'optimisation des consultations prénatales. Cependant, au vu du contexte socio-économique actuel, les maternités ne disposent pas de solutions satisfaisantes pour améliorer l'efficacité et la rapidité du dépistage des situations de vulnérabilité. C'est dans cette perspective d'efficience que différentes propositions ont été suggérées.

L'étape initiale de cette recherche action a permis de démontrer que l'auto-questionnaire est le choix le plus judicieux pour dépister les facteurs de risques. Dans la seconde étape, notre étude s'engage à découvrir si ce support de dépistage peut résoudre les problèmes économiques et sociaux. Comme la recherche d'action le prévoit, les conditions sont favorables pour notre étude.

Elle se fait donc en deux parties. D'une part, l'étude des situations de vulnérabilité qui est une étude descriptive transversale ou « *cross sectional study* ». D'autre part, la comparaison croisée entre les données de l'auto-questionnaire et celles de l'anamnèse qui est une étude évaluatrice sur séries appariées.

Notre étude est là pour permettre une meilleure évaluation des problèmes et, conjointement, de trouver la réponse la plus rapide en sensibilisant les acteurs à notre outil de dépistage.

1.3.1. Population étudiée

Afin de dépister au mieux les facteurs de risques de chaque femme, nous avons choisi de distribuer les auto-questionnaires aux patientes venant pour leur première consultation prénatale. De plus, pour éviter un biais de sélection, seules les femmes consultant au premier trimestre de la grossesse seront incluses – avec leur accord – dans l'étude. En effet, les femmes venant au deuxième ou au troisième trimestre, ont probablement déjà rencontré des professionnelles et donc reçus certaines informations.

Par ailleurs, nous leurs avons fait remplir ces questionnaires en salle d'attente. Le Dr M-H. BARTHES FLINÉ, qui a étudié le dépistage des situations à risque médico-psychosocial chez les femmes enceintes via un auto-questionnaire au CHRU de Roubaix et de Lille, a constaté que le mode optimal pour remplir l'auto-questionnaire était la salle d'attente (78% de retour) [3].

Les critères d'exclusions sont au nombre de quatre:

- les femmes venant consulter au deuxième ou au troisième trimestre
- les femmes ne venant pas consulter pour leur première consultation prénatale
- tous les questionnaires qui ne sont pas nominatifs
- les auto-questionnaires non remplis en salle d'attente et précédant la consultation prénatale

1.3.2. Lieu de l'étude

Notre étude monocentrique a été menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN). Cette maternité présente une grande diversité de population, ce qui nous permet d'avoir un panel de patientes de tous horizons et de tous âges.

1.3.3. Présentation des outils utilisés

L'étude a été menée à partir de deux sources : l'auto-questionnaire et les dossiers médicaux correspondants. Les données relatives à l'âge gestationnelle des patientes, le professionnel ayant effectué la consultation ainsi que les informations et les conseils qu'elles ont reçus ont été collectées à partir des dossiers médicaux.

Par ailleurs, l'auto-questionnaire reprend l'ensemble des recommandations pour la grossesse et le dossier médical est le reflet de la pratique du professionnel de santé. Or, l'évaluation des pratiques professionnelles est défini comme l'« analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations ». Comme cette dernière, l'auto-questionnaire « vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention » [17].

Notre étude est donc dans le prolongement des missions du RPL, puisqu'il recherche : « la diffusion et l'application des recommandations » et une « évaluation des pratiques ». L'objectif commun à notre étude et aux missions du RPL est de permettre – via des outils de dépistage – une optimisation et une amélioration des pratiques professionnelles.

Comme décrit précédemment, il est toujours composé des trois mêmes parties.

- Les conditions de vie
- Le début de grossesse
- Les habitudes de vie de la patiente

L'anamnèse lors de la première consultation prénatale, quant à elle, se présente sous forme différente et est fixée majoritairement sur la dimension médicale. En effet, elle est composée de trois parties distinctes :

- Renseignements généraux et antécédents de la mère
- Renseignements généraux et antécédents du père
- Grossesse actuelle

1.3.4. Modalités de recueil des données

L'étude a été réalisée à l'aide de 30 auto-questionnaires nominatifs, remplis par les patientes elles-mêmes, et élaborés dans le but d'optimiser le dépistage des situations de vulnérabilité. Par la suite, ils ont été comparés aux dossiers médicaux correspondants.

Dans un premier temps, l'auto-questionnaire a été distribué par les secrétaires de consultation au moment de l'enregistrement des patientes. Ceci a été fait durant les mois de Juin et Juillet 2013. Il leur a été demandé de coller sur la première page une étiquette de la patiente. Il a été ensuite récupéré par ces mêmes secrétaires avant les consultations de grossesse. Le recueil des questionnaires a débuté le 22 Mai 2013 pour se finir le 22 Juillet 2013.

Par la suite, nous avons pris connaissance de chacun des 30 dossiers des patientes ayant accepté de participer à notre étude.

1.4. Méthodes statistiques

La saisie des données, ainsi que l'analyse statistique ont été faites grâce au logiciel Excel. Les variables qualitatives ont été représentées par l'effectif et le pourcentage correspondant.

2. DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Description de la population

Pour décrire la population étudiée, nous avons collecté des données depuis le dossier médical, comme l'âge gestationnel et les professionnels ayant pris en charge la patiente ; ou depuis l'auto-questionnaire comme l'âge des patientes.

2.1.1. Participation des femmes enceintes

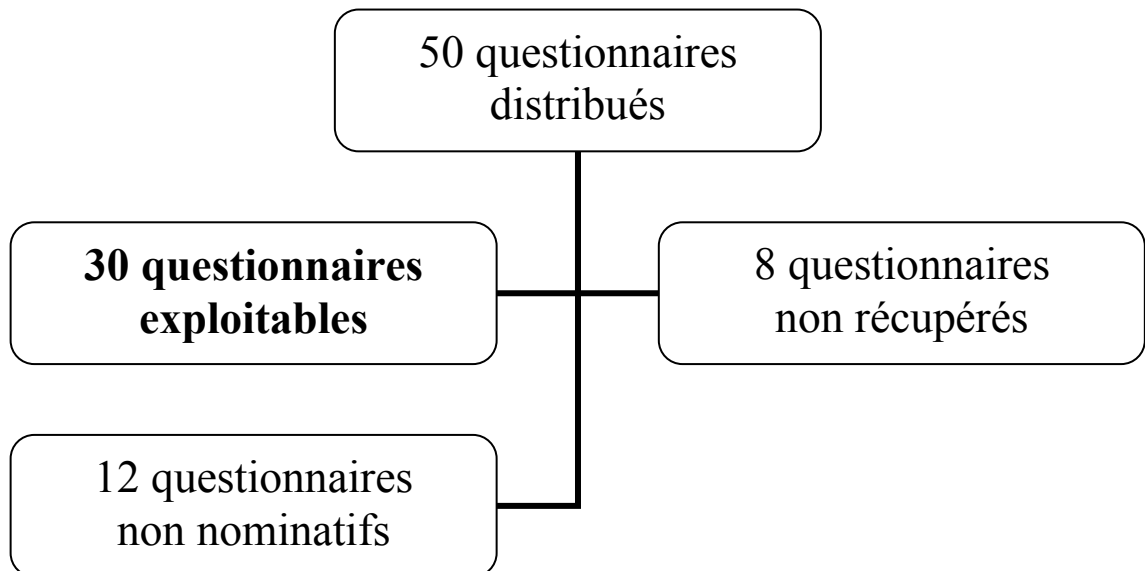


Figure 1. Organigramme de la participation des femmes

Les patientes ont répondu favorablement à notre auto-questionnaire puisque le taux de participation s'élève à 84%. Cependant 28,6% de ces questionnaires n'ont pas pu être exploités puisque qu'ils étaient anonymisés. Nous avons donc exclu 12 questionnaires de notre étude.

2.1.2. Age gestationnel au moment de la première consultation

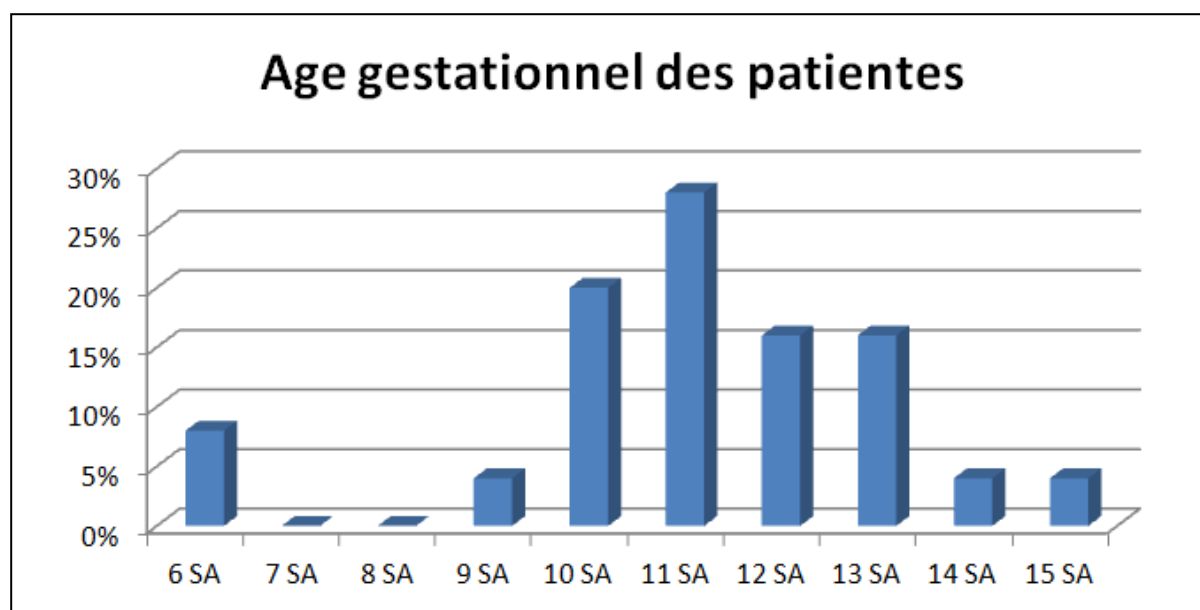


Figure 2. Répartition des patientes selon le terme de la première consultation

La majorité des femmes enceintes commencent leur suivi de grossesse au premier trimestre, c'est pourquoi nous avons décidé de nous restreindre à cette population.

Les patientes sont principalement venues consulter entre 10 SA et 13 SA (76% des femmes enceintes) avec une prédominance à 11 SA. Comme prévu par l'HAS, le premier examen doit avoir lieu le plus tôt possible. Cependant, il faut un certain temps aux femmes pour réaliser leur état de grossesse, qu'elle soit désirée ou non. La première échographie doit se faire entre 12 SA et 13 SA. C'est ce qui peut expliquer que la majorité d'entre elles arrivent pour leur première consultation prénatale vers 11 SA.

Le terme très précoce de consultation pour certaines femmes (6 SA) est souvent en lien avec une grossesse désirée depuis longtemps. En effet, l'une d'elles est une grossesse induite par Fécondation In Vitro (FIV).

Les femmes venues consulter après 13 SA, ont découvert leur grossesse à 8 SA, bien plus tardivement que la moyenne des autres femmes (environ 3 SA). Elles déclarent également avoir des difficultés financières et pour l'une d'entre elles, la grossesse n'était pas prévue. Ces femmes présentent, de toute évidence, un contexte singulier auquel il faudra prêter une attention toute particulière.

L'HAS estime que le premier examen doit avoir lieu avant la fin du troisième mois afin de remplir la déclaration de grossesse. En cas de dépassement des 15 SA, les démarches administratives deviennent plus complexes, c'est pourquoi le nombre de début de suivi de grossesse tend à diminuer à l'approche de cette limite.

2.1.3. Age maternel

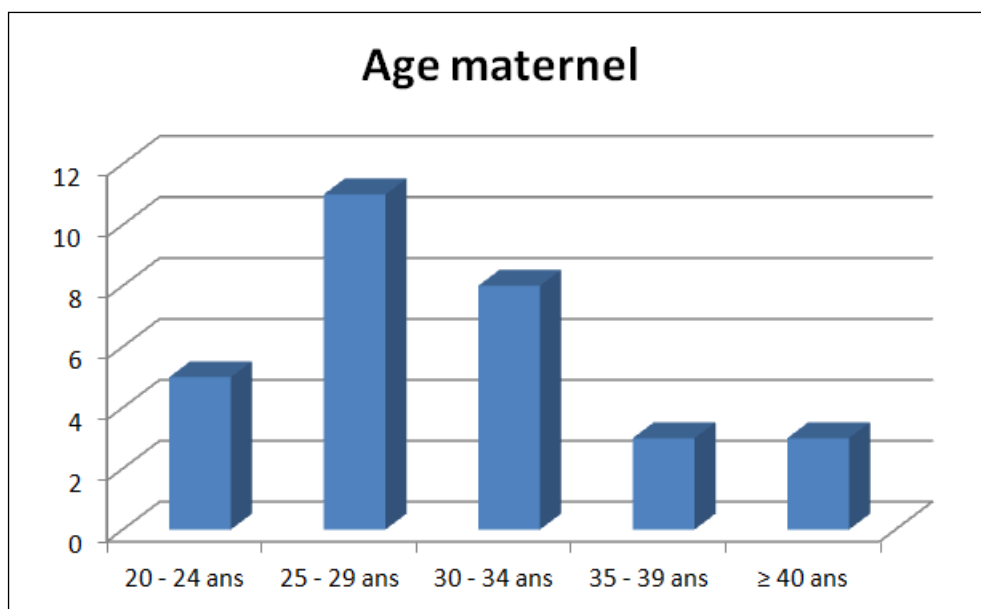


Figure 3. Répartition des femmes en fonction des tranches d'âge

Les femmes de notre échantillon se trouvent majoritairement entre 20 et 34 ans (78,4%) avec une forte prédominance dans la catégorie d'âge entre 25 et 29 ans, qui représente 37% des patientes. Cette tendance se retrouve dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2010.

La moyenne d'âge est de 29,7 ans, tout comme l'ENP 2010 ($29,7 \pm 5,3$) [4]. Nous pouvons donc estimer que notre échantillon est représentatif de la population.

Age (en années)	Auto-questionnaire	ENP 2010
20 - 24	16,7 %	14,5 %
25 - 29	37 %	33,2 %
30 - 34	26,6 %	30,7 %
35 - 39	10 %	15,7 %
≥ 40	10 %	3,5 %
Moyenne	29,7 ans	29,7 ans $\pm$ 5,3

Tableau 4. Comparaison de la population entre l'auto-questionnaire et l'ENP 2010

2.1.4. Professionnel ayant pris en charge les patientes

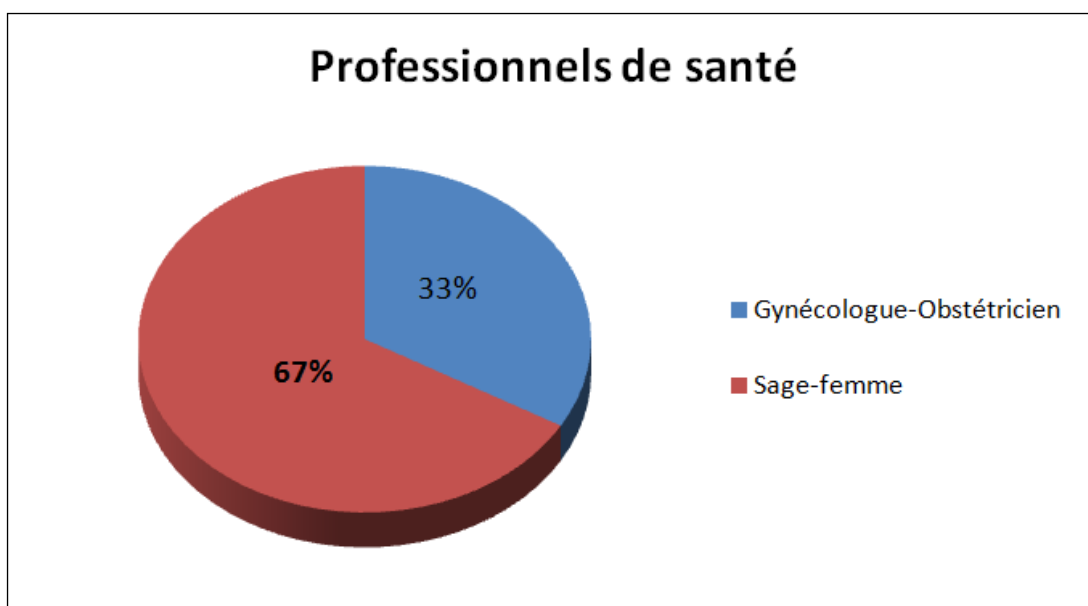


Figure 4. Répartition des patientes en fonction du professionnel rencontré

Dans le cadre des consultations prénatales, la place de la sage-femme a évolué. La proportion de femmes ayant consulté une sage-femme pour la déclaration de grossesse est passée de 5,4% (ENP 2010) à 67% dans notre étude. Cette évolution fait suite à la loi de santé publique du 9 août 2004 qui autorise les sages-femmes à faire la déclaration de grossesse.

L'analyse des résultats de la comparaison entre l'auto-questionnaire et l'anamnèse se fait en différentes étapes. Dans un premier temps, les situations de vulnérabilité dépistées par l'auto-questionnaire seront exposées puis comparées, pour ensuite apprécier l'efficacité des informations ou des conseils donnés par les professionnels.

2.2. Présentation des résultats

L'efficacité de l'auto-questionnaire à dépister des situations de vulnérabilité et son utilité auprès des patientes ont été précédemment démontrées. Nous allons comparer l'efficacité de l'auto-questionnaire à celle de l'anamnèse.

Dans notre échantillon, toutes les femmes présentent au moins un facteur de vulnérabilité. Ces dernières ont été regroupées en six catégories différentes.

SITUATIONS DE VULNERABILITE	AUTO-QUESTIONNAIRES	
	n	%
Difficultés Economiques	15	50
Difficultés Sociales	17	56,7
Comportements alimentaires perturbés	27	90
Addictions	8	26,6
Habitudes de vie perturbée	28	93,3
Maux de grossesse	29	96,7
Non vaccinée (coqueluche, grippe, entourage)	28	93,3

Tableau 5. Situations de vulnérabilité dépistées par l'auto-questionnaire

2.2.1. Difficultés socio-économiques

	Dossiers médicaux	Auto-questionnaire
Difficultés financières	N.C.	30%
Logement trop petit	N.C.	20%
CMU ou AME	N.C.	16,7%
Sans emploi	13,3%	16,7%
Temps de trajet supérieur à 1 heure	N.C.	26,3%
Efforts physiques	N.C.	78,9%
Difficulté sociale	N.C.	56,7%
Célibataire	3,3%	16,7%
Grossesse non prévue	N.C.	13,3%
Angoissée/Stressée	N.C.	50%
Seule malgré entourage	N.C.	10%
Triste/Déprimée	N.C.	13,3%
Violences	N.C.	10%

Tableau 6. Comparaison des difficultés socio-économique dépistées entre les deux supports

D'après l'auto-questionnaire, près de la moitié des femmes sont dans une situation financière délicate, pouvant aller jusqu'à une précarité. 30% des patientes craignent les difficultés financières, 20% estiment avoir un logement trop petit pour accueillir le bébé et 16,7% disposent de la CMU ou de l'AME.

Concernant le sujet de l'emploi, 16,7% des femmes sont sans profession et 13,3% selon le dossier médical. Dans ce dernier, la profession est indiquée dans 97% des cas mais il n'y a aucune indication à propos du temps de transport ni sur les efforts physiques à fournir. Cependant, d'après l'auto-questionnaire, cela concerne 72% des femmes ayant un travail.

Parmi les 56,7% de femmes en difficulté sociale détectées par l'auto-questionnaire, près de 88% sont anxieuses ou se sentent seules. Pour 13,3% des femmes, la grossesse n'était pas prévue et 10% ont vécu des violences physiques et/ou psychologiques. Aucun de ces thèmes n'est abordé au moment de la première consultation prénatale. Dans 30% des dossiers médicaux, l'item de la situation familiale n'est pas rempli. Notre échantillon comprend 16,7% de femmes célibataires et 80% d'entre elles ne sont pas dépistées au moment de l'anamnèse.

2.2.2. Comportements alimentaires

	Dossiers médicaux	Auto-questionnaire
Comportement alimentaire	N.C.	90%
Alimentation pose problème	N.C.	16,7%
Equilibre alimentaire perturbé	N.C.	86,7%
A risque pour la toxoplasmose	N.C.	26,7%
A risque pour la listériose	N.C.	30%
Trop de sucreries	N.C.	43,3%

Tableau 7. Comparaison du dépistage des comportements alimentaires à risque entre les deux supports

L'alimentation pose problème à 16,7% des patientes de notre échantillon. 90% des femmes ont une alimentation déséquilibrée ou à risque. Cependant, seule la moitié des patientes ont reçu une information alimentaire de la part des professionnels.

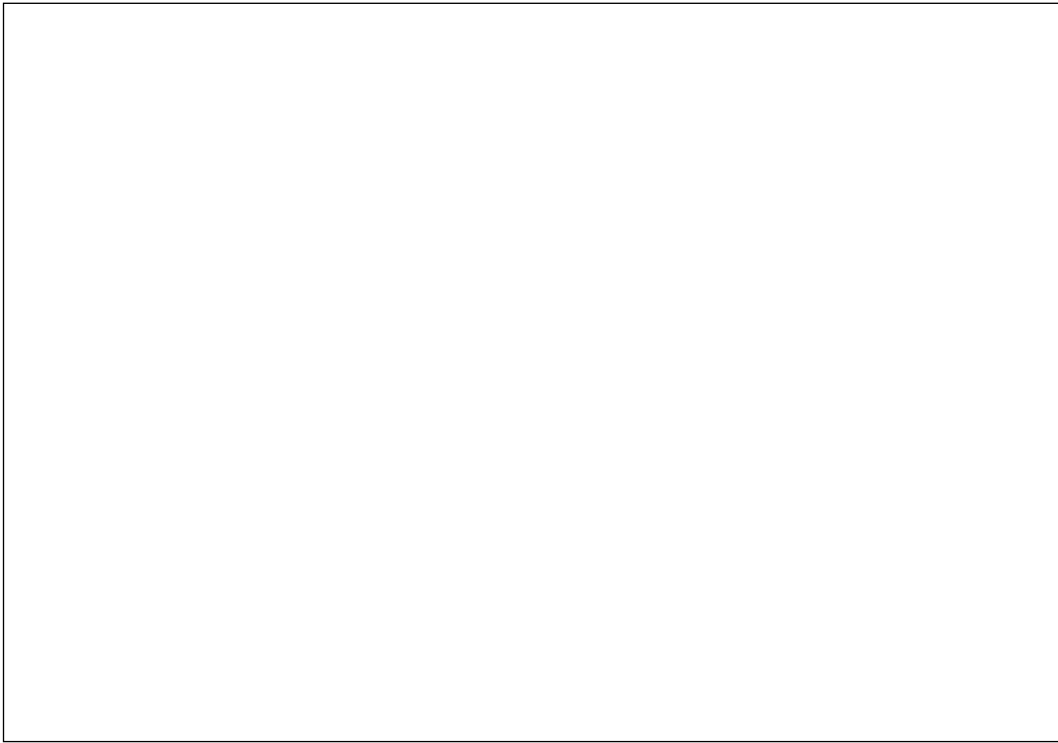


Figure 5. Informations alimentaires et femmes à risque

Par ailleurs, l'équilibre alimentaire de 86,7% des futures mères est perturbé et 43,3% des femmes consomment trop de sucreries ou de boissons sucrées. Or, les conseils diététiques donnés sont nettement inférieurs : seulement 13,3% des patientes ont pu en bénéficier. 46,7% de notre échantillon présentent des comportements à risque alimentaire et 50% des femmes ont reçu des conseils sur les risques infectieux alimentaires.

Néanmoins, seule 6,7% des patientes ont bénéficié de conseils alimentaires entièrement adaptés à leurs facteurs de risques. 43,3% des informations ne sont pas adaptées à la situation, tout en sachant que 50% des patientes n'ont pas reçu le moindre conseil alimentaire. 30% des futures mères ont profité d'au moins un conseil approprié.



Figure 6. Efficacité des informations alimentaires

Parmi les femmes à risque de toxoplasmose, 50% ont eu une information adaptée. Pour celles à risque de listériose, 55,5% ont eu des conseils alimentaires afin d'éviter toute contamination pendant la grossesse (figure 6).

Dans 76,9% des dossiers, trop d'informations sont données par rapport aux facteurs de risque des femmes et l'ensemble des dossiers ne comportent pas suffisamment de conseils pour éviter les risques d'une alimentation non adaptée à la grossesse.



Figure 7. Informations alimentaires inadaptées aux facteurs de risque

Parmi les femmes ayant reçu une information alimentaire inadaptée, nous remarquons un manque d'informations conséquent au sujet de l'équilibre alimentaire (100%). Concernant les risques infectieux alimentaires, les conseils hygiéno-diététiques à adopter sont souvent donnés en excès. Dans 46,2% des cas, les informations sur la listériose sont expliquées alors qu'aucune vulnérabilité n'a été détectée par l'auto-questionnaire. Ce chiffre s'élève à 69% pour la toxoplasmose.

2.2.3. Addictions

	Dossiers médicaux	Auto-questionnaire
Alcool	0%	10%
Occasionnellement	0%	6,7%
Plus de 3 verres à une même occasion	0%	3,3%
Tabagisme	15,6%	23,3%
<i>Parmi celle qui fume : Désire arrêter</i>	N.C.	71%

Tableau 8. Comparaison des addictions dépistées entre les deux supports

D'après l'auto-questionnaire, 26,6% des patientes présentent une addiction. Aucune femme ne déclare, aux professionnels, consommer de l'alcool pendant la grossesse alors qu'avec l'auto-questionnaire, 10% de notre échantillon admet avoir une consommation d'alcool, que l'on estime à risque.

Le tabagisme touche 23,3% des patientes et seule 71% d'entre elles désirent arrêter le tabac. D'après l'anamnèse des professionnels, 16,7% des femmes sembleraient fumer. De plus, aucune femme ne s'est vue proposer une consultation en tabacologie (ou il n'y a pas eu de transmission écrite dans le dossier médical).

2.2.4. Habitudes de vie

Les sujets les plus souvent détectés comme facteurs de risque sont la négligence de la santé dentaire et la présence de troubles du sommeil qui correspondent réciproquement à 93,3% et 80% des femmes enceintes.

	Dossiers médicaux	Auto-questionnaire
Habitudes de vie perturbée		93,3%
Troubles du sommeil	3,3%	80%
Santé dentaire pose problème	N.C.	93,3%
Traitement en cours	40%	36,7%
Automédication	N.C.	13,3%

Tableau 9. Comparaison du dépistage des habitudes de vie perturbées entre les deux supports

Santé dentaire

La santé dentaire représente la situation à risque la plus souvent retrouvée chez les patientes (93,3%), or elle n'est évoquée dans aucun dossier étudié. D'après l'auto-questionnaire, pour 63,3% des femmes, leur dernière visite chez le dentiste remonte à plus de 6 mois, 30% ont parfois les dents douloureuses et leurs gencives saignent facilement pour 50% d'entre elles.

Trouble du sommeil

Seulement 3,3% des troubles du sommeil sont dépistés par l'anamnèse, tandis que l'auto-questionnaire dépiste 80% de femmes présentant ces troubles. D'après l'auto-questionnaire, 50% des femmes dorment moins de 8 heures par jour, 23,3% se couchent après minuit et 60% des futures mères ont du mal à s'endormir.

Traitement

L'auto-questionnaire retrouve que 36,7% des femmes prennent un traitement au moment de la première consultation prénatale et d'après les professionnels de santé, ces patientes sont 40%. Parmi ces femmes, 16,7% prennent une supplémentation de fer, 13,3% une supplémentation en acide folique et 10% prennent un traitement contre l'hypothyroïdie.

Concernant l'automédication, aucune information n'a été donnée aux patientes d'après les dossiers médicaux alors qu'elles sont malgré tout 13,3% de notre échantillon à déclarer prendre des médicaments sans prescription médicale.

2.2.5. Maux de grossesse

D'après l'auto-questionnaire, 96,7% des femmes sont sujettes aux maux de grossesse et selon les dossiers médicaux, elles ne seraient que 76,7%.

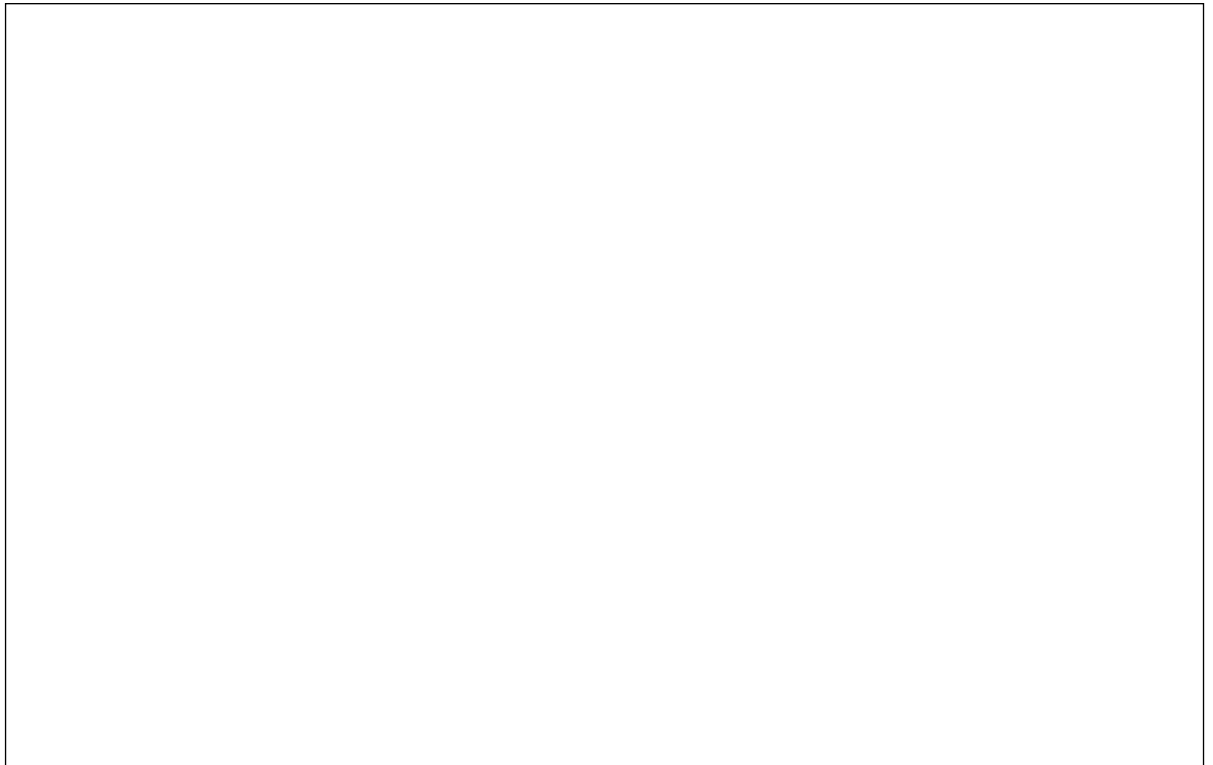


Figure 8. Maux de grossesse dépistés par les professionnels et l'auto-questionnaire

Au premier trimestre de la grossesse, le signe sympathique de grossesse le plus fréquemment déclaré par les femmes est les nausées ou vomissements avec 63,3%. Il en est de même pour le dossier médical (56,7%). Selon l'auto-questionnaire, les lombalgies sont les deuxièmes plus fréquents avec 56,7% alors que le dossier médical ne l'évoque pas. La constipation est dépistée par l'auto-questionnaire et le dossier médical avec respectivement 36,6% et 16,7% des femmes. La fatigue et les algies pelviennes ont également été notées par le professionnel pour 10% d'entre elles, mais ces symptômes ne sont pas inscrits dans l'auto-questionnaire. L'un des professionnels a noté « Signes sympathiques de grossesse positifs », nous ne pouvons donc pas dire quels sont les symptômes ressentis par la patiente (figure 5).

2.2.6. Vaccination

	Dossiers médicaux Informations données	Auto-questionnaire	
		Non immunisée	JSP
Grippe saisonnière	N.C	86,7%	10%
Coqueluche			
Femmes	6,7%	16,7%	36,7%
Entourage	3,3%	20%	46,7%

Tableau 10. Comparaison du dépistage des vaccinations non faites entre les deux supports

Grippe saisonnière

86,7% des femmes déclarent ne pas être vaccinées contre la grippe et 10% ne savent pas si elles ont été vaccinées.

Coqueluche

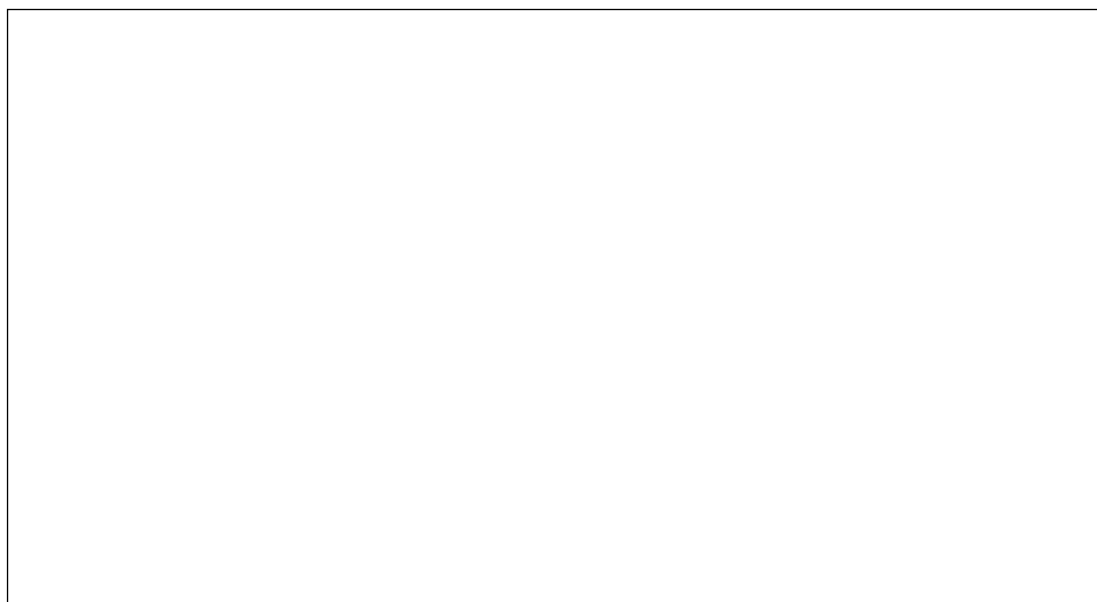


Figure 9. Statut vaccinal de la coqueluche

La grande partie des patientes ne connaissent pas leur statut vaccinal concernant la coqueluche (36,7%) et seulement 46,6% ont été vaccinées il y a moins de 10 ans. Les femmes à risque représentent 53,4% de la population, à contrario, le dossier médical estime que seulement 6,7% des femmes doivent être revaccinées en suite de couche.

66,7% des femmes ne savent pas si leur entourage est protégé contre la coqueluche. Seules 36,7% des femmes ont reçu une information alors que 83,3% des patientes et leur entourage ne sont pas vaccinés ou ne connaissent pas leur statut vaccinal.

2.3. Analyse des résultats

Dans le dossier médical, près de 72% des items de l'auto-questionnaire ne sont pas évoqués et lors d'un tiers des anamnèses, aucune information n'a été donnée. La quasi-totalité des situations de vulnérabilité dépistées sont plus nombreuses dans l'auto-questionnaire que dans le dossier médical.

2.3.1. Difficultés socio-économiques

L'auto-questionnaire dépiste efficacement de nombreuses situations économiques et sociales difficiles. Par contre, les dossiers médicaux ne les détectent pas. Aucune question n'est posée sur le ressenti de la femme en ce début de grossesse. De plus, peu d'informations sont retrouvées pour le contexte socio-économique de la patiente. Seule la profession est indiquée, cependant le temps de transport et la pénibilité du travail ne sont pas évoqués, pourtant ces facteurs de risque pour la grossesse sont très répandus dans notre échantillon. A propos des femmes dans une situation de précarité sociale, elles sont majoritairement anxieuses et présentent dans une grande majorité des cas des troubles du sommeil.

2.3.2. Comportements alimentaires

Au sein de notre échantillon, le nombre de comportement alimentaire perturbé est relativement important. Dans les dossiers médicaux, ces situations à risque ne sont pas dépistées. En contrepartie, le professionnel fournit aux patientes des conseils alimentaires. Malgré tout, ceux-ci sont rarement donnés au cours de la première consultation prénatale.

Dans un tiers des dossiers médicaux, aucune information n'est donnée et pour les deux tiers restants, le manque d'efficience est indéniable. Dans notre étude, ce défaut d'optimisation se définit d'un côté, par un manque d'information notamment à propos des conseils diététiques ; d'autre part, il s'explique par un surplus d'information non nécessaires à la femme. En effet, les conseils hygiéno-diététiques sont souvent donnés en excès pour les risques infectieux alimentaires. Nous pouvons alors nous interroger sur la qualité du dépistage. Est-il vraiment adapté à chaque patiente ?

2.3.3. Addictions

Dans notre enquête préalable, la consommation d'alcool à risque était de 21,7%. Les questionnaires étant cette fois, nominatifs, cela a surement entraîné une sous déclaration par les femmes de leur addiction. En effet, la consommation d'alcool est fortement déconseillée pendant la grossesse et notre enquête a eu lieu en milieu médical.

Malgré tout, le dépistage est plus efficace par le biais de l'auto-questionnaire que des dossiers médicaux. Pour l'alcool ou le tabac, les femmes nient moins leur dépendance grâce à notre questionnaire.

2.3.4. Habitudes de vie

D'après notre étude, les habitudes de vie sont la deuxième situation de vulnérabilité la plus fréquente. Concernant la santé dentaire, les troubles du sommeil ou l'automédication, notre étude montre clairement que l'auto-questionnaire dépiste plus de situations à risque que le dossier médical. D'autant plus, la santé bucco-dentaire n'est évoquée par aucun professionnel de la périnatalité.

2.3.5. Maux de grossesse

La grande majorité des femmes est sujette aux signes sympathiques de début de grossesse. Les nausées/vomissements sont les symptômes les plus souvent retrouvés et l'une des patientes a été hospitalisée suite à ces vomissements gravidiques. Afin d'éviter ses complications, de simples conseils hygiéno-diététiques peuvent suffire à soulager les maux de grossesse dépistés. Pourtant, aucune patiente n'a reçu d'information à ce propos (ou elles ne sont pas inscrites dans le dossier médical). L'auto-questionnaire reste malgré tout, bien plus efficace pour dépister les maux de grossesse que le dossier médical (approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 1996).

2.3.6. Vaccination

La vaccination est un sujet important en santé publique. L'étude a été menée lors des mois de Juin et Juillet 2013, c'est sans doute pourquoi peu de femmes sont vaccinées contre la grippe saisonnière.

Concernant la vaccination contre la coqueluche, les recommandations sont lentes à mettre en place. Un nombre encore insuffisant de femmes sont immunisées contre la coqueluche au moment de la grossesse. Il existe un grand décalage entre les femmes à risque dépistées par l'auto-questionnaire et celles devant être revaccinées en suite de couche d'après les professionnels. Ce constat est d'autant plus explicite, puisque parmi ces femmes à revacciner, l'une d'elle ne se place pas dans un groupe à risque puisqu'elle déclare avoir été vaccinée contre la coqueluche il y a moins de 10 ans. Un manque d'efficience est donc notable.

3. DISCUSSION

3.1. Evaluation de notre étude

3.1.1. Les limites

Echantillon

Notre enquête s'est déroulée sur une période de deux mois et les questionnaires n'ont été distribués qu'à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN). Même si la population y est diversifiée, notre étude ne peut pas être généralisée à la population française.

Dossiers médicaux

Une patiente précise que des informations sur les risques infectieux alimentaires lui ont été données par le professionnel, cependant dans le dossier médical rien ne l'indique. Notre étude a été limitée par ce manque de retranscription, dans le dossier médical.

3.1.2. Points forts

Validité interne

L'étude a été menée auprès de 30 femmes enceintes. Seule une patiente n'a pas rempli la dernière page de l'auto-questionnaire, ce qui représente 0,7% des items. En définitive, 1% des questions n'ont pas été complétées, ce qui semble acceptable pour notre étude. Concernant les réponses incohérentes, elles n'étaient qu'au nombre de trois sur les 1974 questions. Nous pouvons donc estimer notre échantillon fiable. Par ailleurs, en incluant l'enquête préalable, les situations de vulnérabilité ont été étudiées à partir de 62 questionnaires.

Validité externe

Précédemment, il a été démontré que la moyenne d'âge maternelle de notre population est identique à celle de l'ENP 2010. Ce qui nous permet d'estimer notre échantillon comme représentatif.

3.2. Intérêts de l'auto-questionnaire

Le suivi de grossesse est l'un des moments privilégiés pour aborder les situations pouvant influencer sur la bonne santé des femmes. La création de notre auto-questionnaire aura une influence positive non seulement au moment de la première consultation prénatale, mais également à long terme.

3.2.1. Outil de dépistage efficient

Notre auto-questionnaire regroupe les critères d'un dépistage efficace : être simple et utilisable par des professionnels, être accepté à la fois par la population et par les soignants, avoir un coût acceptable et éviter la survenue de conséquences néfastes.

Adopté par les patientes

Dans la première étape de notre recherche action, l'enquête préalable a montré que 95% des patientes ont accepté le questionnaire autant sur le fond que la forme (tableau 2).

Dépistage précoce et neutre

Au cours de l'enquête préalable et de notre étude, notre objectif était de savoir si l'auto-questionnaire était un outil de dépistage efficace. Dans un premier temps, l'auto-questionnaire a été comparé à l'ENP 2010, pour ensuite confronter les résultats à l'anamnèse menée par les professionnels au cours de la première consultation de grossesse. Sans équivoque, l'auto-questionnaire est un très bon outil pour dépister les situations de vulnérabilité des femmes enceintes.

Dès le début de grossesse, les futurs parents se posent de nombreuses questions sur les comportements à risque pouvant avoir des conséquences sur la santé de l'enfant. Cependant, près de 72% des situations ou facteurs de risque ne sont pas dépistés au moment de l'anamnèse. Le dépistage via l'auto-questionnaire est non seulement meilleur que celui des professionnels de santé, mais détecte aussi des situations non évaluées au moment de la première consultation prénatale.

Pour exemple, le nombre d'enfants à charge n'est pas une question posée par les professionnels. Or, lorsque le nombre d'enfants à charge diffère du nombre d'accouchements précédents, il est nécessaire de prêter une attention particulière à la charge familiale et la situation psychosociale de la femme. C'est uniquement grâce à ce dépistage préalable que le professionnel pourra approfondir ces sujets.

De plus, nous avons pu noter des incohérences entre ce qui est inscrit par les patientes dans le questionnaire et ce qu'elles révèlent au professionnel. Elles concernent principalement les addictions qui sont encore des sujets tabous par crainte du regard réprobateur du professionnel. Effectivement, une femme ne désirant pas arrêter de fumer a déclaré, au cours de l'anamnèse, ne plus fumer depuis le début de la grossesse. Il en est de même, pour l'alcool. Sur nos deux études, 16,7% des femmes déclarent boire de l'alcool pendant la grossesse contrairement au dossier médicaux où aucune femme ne semblerait consommer d'alcool. Cela montre clairement, que les patientes déclarent plus facilement leurs situations à un questionnaire plutôt qu'au professionnel directement.

Suite aux résultats de notre étude, la première hypothèse émise selon laquelle, l'auto-questionnaire dépiste plus efficacement les facteurs de risque que l'anamnèse, est confirmée.

L'impact de l'auto-questionnaire ne se limite pas au dépistage des situations de vulnérabilité. Son champ d'application s'étend à d'autres facettes du suivi de grossesse.

3.2.2. Support pour l'Entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce est une mesure tournée vers un suivi de grossesse considérant davantage la dimension psychosociale des futurs parents. Cependant, la faible participation des femmes et sa mise en place tardive, nous a amené à reconsidérer le manque de diffusion de cet entretien qui est pourtant bénéfique pour le couple.

L'auto-questionnaire respecte au moins trois objectifs fondamentaux de l'EPP et il lui permet de s'acquitter du repérage des facteurs de vulnérabilité (somatique, social, psychoaffective). De cette façon, l'entretien sera revalorisé et retrouvera sa fonctionnalité d'origine : la patiente pourra s'exprimer librement, obtenir une écoute attentive et permettra un temps d'échange entre le couple et le professionnel. Cet outil n'a pas été créé pour le remplacer, cependant, il peut en être un support efficace aussi bien pour les professionnels que pour les patientes.

Du côté des patientes

Régulièrement, lorsque l'entretien prénatal précoce est proposé, elles ne perçoivent pas réellement l'intérêt de celui-ci. L'auto-questionnaire, en plus d'être un support de réflexion sur leur propre comportement, peut également être un support pour les questions à aborder lors de l'entretien.

Du côté des professionnels

Chaque femme présente au minimum un facteur de vulnérabilité, compromettant plus ou moins la suite de la grossesse. Il est important de dépister précocement les situations les plus à risque pour permettre au professionnel d'insister davantage sur la nécessité pour la patiente de participer à l'EPP. Comme pour les patientes, l'auto-questionnaire peut également remplir la fonction de support au moment de cet entretien. Par ailleurs, le professionnel de santé peut revenir plus aisément sur les sujets relatifs à une situation de vulnérabilité détectée en début de grossesse et ainsi voir son évolution. Il serait également un bon outil permettant de constater l'efficacité de la prise en charge.

L'auto-questionnaire favorise la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois et participe à l'individualisation de la prise en charge avec ce dernier. **Ainsi comme mon hypothèse de départ le prévoyait, il semble que l'auto-questionnaire peut être un support de l'Entretien prénatal précoce.**

3.2.3. Amélioration de la prise en charge des patientes

Les politiques de santé sont toujours à la recherche d'une amélioration de la prise en charge des patientes avec l'évolution des techniques médicales. La dimension psychosociale est tout aussi importante au moment de la grossesse. Patientes comme professionnels y trouvent un intérêt grandissant. Adapter les informations, diminuer les conséquences prévisibles et améliorer la continuité des soins nécessite une complémentarité entre le suivi médical et psychosocial.

Informations adaptées

Les informations délivrées le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales ont une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. D'après l'HAS, « l'information a pour objectif de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé » [43].

Les recommandations prévoient une liste exhaustive d'informations à donner aux patientes (addictions, sport, travail, santé dentaires, maux de grossesse, automédication...). Cependant, l'intégralité de ces conseils n'est jamais délivrée et quand des informations sont données, elles ne sont que rarement adaptées aux femmes.

L'auto-questionnaire est présenté aux patientes comme un outil permettant d'évaluer leurs besoins et de répondre à leurs interrogations, ce qui est rassurant pour les femmes stressées par ce début de grossesse. En fonction des difficultés repérées, le professionnel de la périnatalité pourra adapter les informations ainsi que le suivi de la grossesse au mode de vie et à la situation psychosociale de chaque femme. Cela évitera à la patiente ou au couple d'être perdu dans le volume conséquent d'informations reçu en début de grossesse. En effet, l'excès comme le manque d'informations est un frein à la bonne compréhension des femmes. C'est d'ailleurs pourquoi certaines patientes reviennent, à la deuxième consultation, sans avoir suivi correctement les conseils prodigués. Il est donc indispensable de ne pas retarder la prise en charge et d'individualiser les informations données à chaque situation.

Prévenir les répercussions des situations de vulnérabilité

Le risque principal des situations de vulnérabilité est l'émergence de conséquences médicales pouvant perturber le bon déroulement de la grossesse ou même le développement de l'enfant. Ces répercussions peuvent être multiples et variées.

Les potentiels risques peuvent être séparés en trois groupes : les risques obstétricaux, maternels et fœtaux.

Concernant les risques obstétricaux, la Menace d'Accouchement Préaturée (MAP) est l'un des plus fréquents. Les facteurs individuels et sociaux jouent un rôle important dans la genèse de l'accouchement prématuré ; certains sont connus, d'autres le sont moins car insuffisamment étudiés, notamment les facteurs psychologiques.

Le Retard de Croissance Intra-utérin est le risque fœtal le plus souvent retrouvé, suivi par les malformations fœtales et les MFIU. Les risques alimentaires jouent une grande part dans ces symptômes mais également le tabagisme et les âges extrêmes.

A propos des risques maternels, le Diabète gestationnel et l'Hypertension artérielle gravidique peuvent être déclenchés notamment par une obésité et la précarité. Concernant les femmes déclarant que l'alimentation leur pose problème, elles sont plus à risque d'une prise de poids insuffisante ou excessive pendant la grossesse. En effet, ces femmes ont une représentation négative et erronée des modifications corporelles dues à la grossesse.

En fonction des situations, de simples mesures ou une orientation précoce suffisent à éviter ces complications :

- Orienter la patiente vers une consultation spécialisée (tabac, drogues, diététicienne, endocrinologue)
- Diminuer la pénibilité particulière d'un emploi ou des temps de trajets trop longs.
- Apporter de conseils adaptés sur les sports à conseiller ou contre-indiqué pendant la grossesse
- Orienter rapidement la femme vers un odontologue
- Orienter la femme vers les assistantes sociales
- Conseils alimentaires adaptés

Certains facteurs comme les âges extrêmes (< 16 ans et > 38 ans) ou les maladies chroniques ne peuvent être modifiés mais la surveillance sera renforcée.

En favorisant la participation active de la patiente via l'auto-questionnaire, les facteurs de risque seront précocement dépistés, une prise en charge optimale sera assurée et l'apparition de conséquences préjudiciables seront considérablement amoindris. En plus d'améliorer le confort et la sécurité des patientes, les dépenses de santé en seront diminuées puisque ce dépistage est facilement abordable par toutes les maternités.

Continuité des soins

Selon l'HAS, l'un des points essentiels pour bien informer les femmes enceintes est d'« assurer la continuité des soins par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple » [43].

Cependant, ce partage d'information est règlementé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade. L'article 45 du code de déontologie explique que les informations et les documents utiles à la continuité des soins doivent être transmis aux professionnels participant à sa prise en charge. Par ailleurs, les recherches démontrent de multiples effets positifs de cette continuité [17].

L'auto-questionnaire sera intégré au dossier médical avec l'accord de la patiente. De cette manière, si son suivi nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, la continuité des soins sera assurée grâce à l'auto-questionnaire. Le partage des informations entre les différents professionnels prenant en charge la femme, doit constituer une garantie de sécurité et apporter une cohérence au suivi de grossesse. En effet, le suivi prénatal peut être assuré dans le cadre d'un réseau périnatal inter-établissements et ville-hôpital. Afin de réduire les risques de redondances et de lacunes dans les informations apportées par des professionnels différents, l'auto-questionnaire apporte un support de dépistage et de conseils efficient et universel. En conséquence, il permet d'offrir aux patientes un accompagnement personnalisé qui privilégie la complémentarité des divers acteurs.

Dans le cadre de notre étude, des informations ont pu être données à la patiente sans transmission écrites dans le dossier médical. De toute évidence, sans auto-questionnaire, la continuité des soins ne peut pas se faire correctement.

Amélioration de la pratique professionnelle

L'objectif de notre étude est de vérifier si l'auto-questionnaire améliore le dépistage et par conséquent la prise en charge des femmes enceintes. Par la même occasion, elle permet d'améliorer la pratique professionnelle, tant sur l'optimisation du temps de consultation que sur l'efficacité des informations données.

Dans les modalités de l'étude, il a été défini que le questionnaire serait préalablement rempli par les patientes. Les femmes enceintes viennent pour la première fois en consultation de grossesse, et l'auto-questionnaire leur permet d'avoir un aperçu du déroulement de la consultation et de les rassurer. Dans un deuxième temps, l'exploitation de ces questionnaires se fait d'un simple coup d'œil pour apprécier les situations potentiellement à risque et nécessitant une prise en charge particulière.

Certaines femmes présentent de nombreux facteurs de risque et sans support préétabli, il est parfois difficile de les distinguer et de donner toutes les informations nécessaires dans le temps imparti. Dans l'un des dossiers, une patiente présentait des vomissements gravidiques nécessitant une hospitalisation et de ce fait, le reste des informations a été négligé alors qu'elle présentait des troubles alimentaires perturbés et d'importantes difficultés économiques.

Près de 23% des dossiers sont peu remplis. Aucun conseil n'est retranscrit dans le dossier et les informations personnelles et médicales des femmes s'y font rares. Même si la patiente n'a présenté aucun problème durant la grossesse, au moment de l'admission en salle de naissance, ce manque d'informations sera un frein à la bonne prise en charge de la femme. L'auto-questionnaire regroupe l'ensemble de recommandations nécessaires à une prise en charge précoce et efficace que ce soit au cours des consultations prénatales ou même au moment de l'accouchement. Les femmes en situation de précarité présentent souvent des ruptures du suivi prénatal et il s'agit régulièrement de grossesses déclarées tardivement. Notre auto-questionnaire montre

d'une part, que ces patientes seront mieux dépistées et d'autre part, que ce dépistage peut se faire à n'importe quel moment de la grossesse. C'est d'ailleurs pourquoi, il est d'autant plus important pour ces femmes, qui ne viendront peut être consulter qu'une seule fois avant d'accoucher, d'être dépistées rapidement et efficacement.

Ces quatre améliorations conséquentes apportées par l'auto-questionnaire, nous permettent de confirmer nos deux dernières hypothèses émises.

En dépistant précocement les situations de vulnérabilité, en prenant en compte la dimension psychosociale et en améliorant la prise en charge des patientes, ce questionnaire se place dans le prolongement du plan périnatalité 2005-2007. C'est ainsi qu'il permettra de diminuer le taux de mortalité et de morbidité materno-fœtales.

3.3. Faire vivre l'auto-questionnaire

Afin de rendre l'auto-questionnaire le plus efficace possible et simple d'utilisation, plusieurs modifications doivent encore être apportées. A long terme, l'ensemble des maternités du RPL et des professionnels auront accès à ce dépistage. Pour ce faire, un plan de communication et de diffusion doit être mis en place.

3.3.1. Modifications à apporter aux questionnaires

Pour que l'auto-questionnaire soit totalement efficient, quelques modifications doivent être apportées. Dans la partie Maux de grossesse, nous avons noté que le terme de fatigue était inscrit par les professionnels dans 10% des cas. Il serait donc judicieux d'ajouter la question : *Vous sentez-vous fatiguée ?*

Dans la partie Vaccination, une question sur la Rubéole pourrait également être ajoutée. Bien que la Rubéole fasse partie du bilan de déclaration de grossesse, si la patiente possède un dosage récent de ces anticorps, il sera inutile de refaire cette sérologie d'autant plus si elle est nettement immunisée. Cela permet de diminuer les frais de santé inutiles. La question pourrait être posée à la suite de celles concernant la coqueluche : *Avez-vous été vaccinée contre la Rubéole ?*

Nous supposons que la question 36 (« *Prenez-vous actuellement un traitement* » ?) n'a pas été comprise par l'une des patiente. En effet, nous avons identifié dans le dossier médical qu'elle était sous acide folique alors qu'elle dit ne pas prendre de traitement. La femme a surement considéré ce médicament, plus comme une substitution qu'un traitement en tant que tel. Cette prise d'acide folique est la garantie d'une grossesse désirée et programmée où cette supplémentation permet d'éviter les malformations conséquentes à une carence. Il peut donc être suggérer de modifier cette question : *Prenez-vous actuellement un traitement ou une substitution ?*

Le cytomégalovirus est un virus qui se transmet par toutes les sécrétions corporelles (salive, larme...). Le risque de contamination est augmenté en présence d'un enfant en bas âge (inférieur à 2 ans). Cependant, il n'existe aucun traitement ni vaccin pour diminuer le risque d'atteinte fœtale. C'est pourquoi la prévention est indispensable pour éviter les conséquences sur le fœtus. Une question pourrait être ajoutée à propos de la proximité de la femme avec des enfants en bas âge : *Etes-vous en contact avec des enfants en bas âge (travail ou entourage) ?*

Notre dépistage ayant pour objectif d'inciter plus de femmes à participer à l'Entretien prénatal précoce, ce sujet pourrait être l'objet d'une interrogation en fin de questionnaire: *Avez-vous déjà entendu parler d'un entretien non médical fait au 4^{ème} mois de grossesse ?* Dans le cas, où la patiente répondrait non à cette question, une brochure sur l'EPP pourra leur être distribuée (Annexe 4).

En ajoutant ces quatre questions, l'auto-questionnaire englobera les facteurs de risque pouvant avoir un impact négatif sur le déroulement de la grossesse.

3.3.2. Plan de diffusion

Pour avoir une utilité réelle sur l'ensemble de la population, l'auto-questionnaire devra être diffusé à plus grande échelle. En effet, notre étude s'est limitée à la MRUN pour tester son efficacité par rapport à l'anamnèse des professionnels. Maintenant que son efficacité a été démontrée autant sur le dépistage des situations de vulnérabilité que sur l'optimisation des consultations, un plan de communication doit être mis en place.

Cette diffusion large doit se faire en plusieurs étapes. Avant de mettre en place, avec l'accord des différentes équipes et le RPL, l'auto-questionnaire et son utilisation doivent être expliqués aux professionnels. Dans un premier temps, la stratégie de diffusion pourrait se faire par l'intermédiaire des journées du Réseau Périnatal Lorrain qui se déroulent une fois par an. Puisque cette conférence regroupe de nombreux partenaires provenant de tout le réseau lorrain, les différents professionnels – une fois convaincus – pourront véhiculer cette méthode au sein de la Lorraine. Des actions ou des conférences pourront également être menées dans les différents établissements acceptant de mettre en place cet outil de dépistage.

Des explications supplémentaires pourront également être apportées aux professionnels via des brochures, comme celles créées pour l'EPP et à destination des patientes. Cette brochure expliquera les objectifs et les avantages de l'auto-questionnaire. Il fera également apparaître quelques résultats succincts de notre étude afin d'appuyer nos conclusions. La simplicité d'exploitation pour les professionnels sera mise en avant, et leur permettra d'en avoir un aperçu concret.

3.3.3. Dossier médical

Avec l'accord des cadres de consultation, notre auto-questionnaire pourrait faire partie du dossier médical. En effet, il serait annexé face à l'anamnèse du professionnel.

L'informatisation du dossier médical est un projet public du ministère français de la Santé lancé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il présente des avantages indéniables mais ne peut pas se substituer au dossier médical professionnel. Ce carnet de santé maternité informatisé serait confidentiel et accessible uniquement par la femme via un identifiant et un mot de passe personnel. Il leur serait

alors demandé de remplir l'auto-questionnaire avant de venir consulter à la maternité ou le professionnel libéral de leur choix. Au moment de la consultation, le professionnel de santé prenant en charge la patiente pourrait retrouver cet auto-questionnaire (ou un résumé de celui-ci) et ainsi dépister de la même manière les situations de vulnérabilité. Ce dossier pourrait également être conservé pour une grossesse ultérieure.

Cependant le dossier informatisé présente des limites puisque les femmes en précarité économique n'auront pas forcément l'opportunité d'avoir accès à un portail internet à leur domicile.

3.3.4. Questionnaires à traduire

Le plan périnatalité de 2005 a prévu la mise à disposition d'interprètes par le FASILD (fonds d'actions de solution pour l'intégration et la lutte contre la discrimination) afin de répondre aux difficultés de compréhension entre personnel soignant et patiente pouvant conduire à des situations graves, mais aujourd'hui par manque de moyen le FASILD n'a pas pu financer cette action.

Dans la mesure où les patientes et les professionnelles sont séduits par ce concept, l'auto-questionnaire pourra être traduit en plusieurs langues selon les populations prédominantes de chaque région. En effet, dans la pratique courante de notre population, nous sommes amenés à rencontrer régulièrement des femmes enceintes ne parlant pas français et il devient alors très difficile d'informer correctement ces patientes. Ces femmes se retrouvent dans des situations de précarité sociale, puisqu'elles sont dans l'impossibilité de communiquer avec les autres et sont souvent isolées de leur famille.

3.3.5. Annuaire ressource

La création d'un annuaire ressource a été envisagé avec le RPL. En effet, lorsqu'une situation de vulnérabilité est repérée, il est indispensable de favoriser une meilleure coordination du réseau de professionnels autour de la femme enceinte. Pour chaque domaine à risque, il référencera l'ensemble des professionnels compétents dans le domaine.

Conclusion

Ce travail de fin d'étude s'est déroulé comme une recherche action et s'est composé en deux étapes distinctes. Dans l'enquête préalable, nous avons pu apprécier l'utilité de notre auto-questionnaire pour dépister les situations de vulnérabilité pendant la grossesse. Dans un deuxième temps, l'étude a permis de comparer l'efficacité du questionnaire à l'anamnèse effectuée par le professionnel de santé.

L'enquête préalable montre l'adhésion d'une grande majorité des patientes à une évaluation au début de leur suivi de grossesse. Il a également été remarqué qu'un nombre relativement important de facteurs de risques (alcool, précarité, vaccination...) ont été détectés grâce au questionnaire. Notre étude met en évidence que le dépistage effectué via l'auto-questionnaire est plus efficient que celui des professionnels.

Par ailleurs, nous avons démontré que les informations n'étaient pas adaptées aux facteurs de risque et d'autre part, de nombreux conseils n'étaient pas donnés aux femmes enceintes. Le temps de consultation n'étant pas extensible indéfiniment, la femme est bien souvent obligée de patienter jusqu'à la consultation suivante ou jusqu'à l'entretien prénatal précoce pour bénéficier des informations dont elle a réellement besoin.

La discussion menée, suite à ces résultats, a permis de nous rendre compte que ce nombre élevé de femmes possédant un facteur de risque est bien plus significatif et plus couramment rencontré que lors de notre pratique professionnelle. Il semble donc montrer l'utilité de poser ce panel de questions dans un auto-questionnaire. Cependant, son utilité ne s'arrête pas au simple fait d'être un outil de dépistage précoce et efficient. Il s'avère également être un réel atout pour favoriser l'entretien prénatal précoce et améliorer la prise en charge des patientes.

Au vu des avantages considérables de l'auto-questionnaire, des perspectives d'amélioration et de développement ont été envisagés pour le diffuser à l'ensemble des maternités du Réseau Périnatal Lorrain. Un annuaire ressource serait également une bonne solution pour faciliter la coordination du réseau de professionnels autour d'une même patiente.

A plus long terme, l'auto-questionnaire sera informatisé comme le dossier médical de la patiente et traduit pour permettre à toutes les femmes d'accéder aux mêmes soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBOUY Stéphane. Près de 25% des femmes enceintes continuent de boire [en ligne]. *Le parisien*. Décembre 2010. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr> [consulté le 10 octobre 2012].

2. BARTELA L., DEBAR M-H., et al. Un outil de prévention périnatale : l'entretien prénatal individuel (étude faisabilité et résultats). *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2004, vol.33, n°4. p 355.

3. BARTHES-FLINE M-H. *Dépistage des situations à risque médico-psycho-social chez les femmes enceintes : élaboration et évaluation d'un auto-questionnaire chez 1977 patientes de la métropole lilloise*. Décembre 2008 [en ligne]. Disponible sur : <http://ecla.eclat-graa.org/ecla/Uploads/doc/evt/demi-journees/2008/BarthesFLINE.pdf> [consulté le 16 Juin 2013].

4. BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête Nationale Périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : DREES/INSERM, mai 2011, 132p.

5. BREART G., PUECH F., ROZE J.-C. *Vingt propositions pour une politique périnatale* [en ligne]. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003, 24p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> [consulté le 24 novembre 2012].

6. BURQUIER R., ADJAH M.-T., et al. Violence : les femmes font confiance au milieu médical. *Revue Médicale Suisse*. Mars 2010, n°239, p.526-529.

7. CHANAL C. Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ? *La Santé de l'homme* [en ligne]. Septembre - Octobre 2007, n°391, p.35-36. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr> [consulté le 18/09/2012].

8. DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 2003, 576p. Les âges de la vie. ISBN : 978-2-29401-525-0.

9. DELCROIX M.-H., GOMEZ C., et al. Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles. *La revue Sage-femme*. 2012, vol. 11, n°2, p.81-86.

10. DUPONT C., GONNAUD F., et al. Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. A propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Novembre 2008, vol. 38, n°7, p. 685-690.

11. FLAMANT M., LEFEBVRE A., et al. *Etude « Grossesse & Alcool » : Enquête auprès des femmes en maternité*. Rouen : Observatoire Régional de la Santé de Haute Normandie, 2008, 156 p.

12. GAYRALI-TAMINH M., DAUBISSE-MARLIAC L., et al. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situations de précarité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Février 2005, volume 34, n°1, p. 23-32.

13. GERY, Yves. " Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques ! ". *La Santé de l'homme* [en ligne]. Septembre- Octobre 2007, n°391, p. 28-30. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/03.htm> [consulté le 24 Septembre 2012]

14. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. *Avis relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche* [en ligne]. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2008, p 6. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr> [consulté le 10 septembre 2012]

15. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations professionnelles* [en ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2005, 134 p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> [consulté le 20 Août 2012]

16. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Recommandations professionnelles [en ligne]. Saint-Denis La

Plaine : HAS, 2005, 51p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> [consulté le 20 Août 2012]

17. HODNETT E.D. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Vol. 27. 3ème édition. New Jersey : John Wiley & Sons , 2003, p.217. Birth. ISBN: 978-0-470-51845-8

18. INSERM. *Alcool : effet sur la santé*. N° 102171. Paris : INSERM, 2001, 358p. Expertise Collective. ISBN : 978-2-85598-797-2.

19. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 : Rapport final* [en ligne]. Paris : Planète publique, 2010, 140p. Disponible sur : <http://www.planetepublique.fr> [consulté le 16 Octobre 2012]

20. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. *Circulaire n° DGOS/RH4/2012/80 du 17 février 2012 relative à la formation des personnels des maternités à la prévention et à la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes*. JO du 6 mars 2012, 5 p.

21. MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Plan « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Novembre 2004, p.4.

22. National Institute for Clinical Excellence. *Antenatal care : Routine care for the healthy pregnant woman*. London: NICE, 2003, 154p.

23. RESEAU PERINATAL LORRAIN, CONSEIL REGIONAL DE LORRAINE. *Réseau Périnatal Lorrain* [en ligne] Disponible sur : <http://www.reseauperinatallorain.org> [consulté le 5 octobre 2012]

24. URSO BAIARDO L., FLINÉ-BARTHES M.-H., et al. Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse: Intérêt de l'élaboration d'un auto-questionnaire de dépistage. *Alcoologie et addictologie*. Juin 2010, volume 32, n° 2, p. 111-117

TABLE DES MATIERES

Glossaire.....	4
Sommaire	5
Préface.....	8
Introduction	9
Partie 1 : Un auto-questionnaire comme outil de dépistage des situations de vulnérabilité.....	10
1. ORIGINE DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE	11
1.1. Origine du dépistage	11
1.1.1. Evolution des plans périnatalités.....	11
1.1.2. Entretien Prénatal Précoce	12
Objectifs et Avantages de l'entretien	12
Difficultés dans la mise en place de l'entretien	13
1.1.3. Contexte socio-économique difficile	14
1.2. Politique du Réseau Périnatal Lorrain.....	16
1.2.1. Priorité des addictions	16
1.2.2. Mise en place de la politique du RPL	17
1.2.3. Réalisation de l'auto-questionnaire.....	18
2. ENQUETE DU TRAVAIL PREALABLE	19
2.1. Méthodologie	19
2.1.1. Objectifs	19
2.1.2. Population étudiée.....	19
2.1.3. Outil de recueil	20
2.2. Analyse du questionnaire	21
2.2.1. Nombre de questionnaires.....	21
2.2.2. Situations de vulnérabilité.....	21
2.2.3. Evaluation par les patientes.....	24
3. IMPACT DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE	25
3.1. Impacts sur les patientes.....	25
3.1.1. Moins de jugement	25
3.1.2. Prise de conscience des situations à risque	26
3.2. Impacts sur les professionnels.....	26
3.2.1. Dépister les situations de vulnérabilité	26
3.2.2. Prise en compte de l'aspect psychosocial	27
3.2.3. Suivi personnalisé de la patiente	27
3.3. Impacts sur la santé publique	28
3.3.1. Diminution des dépenses de santé.....	28
3.3.2. Dépistage universel	29

4. EVOLUTION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE.....	30
Partie 2 : Exploitation et Analyse	31
1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	32
1.1. Objectifs	32
1.2. Hypothèses	32
1.3. Méthodologie	33
1.3.1. Population étudiée.....	33
1.3.2. Lieu de l'étude.....	34
1.3.3. Présentation des outils utilisés	34
1.3.4. Modalités de recueil des données.....	36
1.4. Méthodes statistiques	36
2. DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	37
2.1. Description de la population	37
2.1.1. Participation des femmes enceintes	37
2.1.2. Age gestationnel au moment de la première consultation	38
2.1.3. Age maternel	39
2.1.4. Professionnel ayant pris en charge les patientes	40
2.2. Présentation des résultats	41
2.2.1. Difficultés socio-économiques.....	41
2.2.2. Comportements alimentaires.....	42
2.2.3. Addictions	45
2.2.4. Habitudes de vie	46
Santé dentaire	46
Trouble du sommeil	46
Traitement	46
2.2.5. Maux de grossesse.....	47
2.2.6. Vaccination	48
Grippe saisonnière.....	48
Coqueluche.....	48
2.3. Analyse des résultats	49
2.3.1. Difficultés socio-économiques.....	49
2.3.2. Comportements alimentaires.....	49
2.3.3. Addictions	50
2.3.4. Habitudes de vie	50
2.3.5. Maux de grossesse.....	50
2.3.6. Vaccination	51
3. DISCUSSION	52
3.1. Evaluation de notre étude.....	52
3.1.1. Les limites	52
Echantillon	52
Dossiers médicaux	52
3.1.2. Points forts	52
Validité interne.....	52
Validité externe	53

3.2.	Intérêts de l'auto-questionnaire.....	53
3.2.1.	Outil de dépistage efficient	53
	Adopté par les patientes	53
	Dépistage précoce et neutre	53
3.2.2.	Support pour l'Entretien prénatal précoce	55
	Du côté des patientes.....	55
	Du côté des professionnels.....	55
3.2.3.	Amélioration de la prise en charge des patientes	56
	Informations adaptées	56
	Prévenir les répercussions des situations de vulnérabilité	57
	Continuité des soins	58
	Amélioration de la pratique professionnelle	59
3.3.	Faire vivre l'auto-questionnaire	60
3.3.1.	Modifications à apporter aux questionnaires	60
3.3.2.	Plan de diffusion	62
3.3.3.	Dossier médical.....	62
3.3.4.	Questionnaires à traduire.....	63
3.3.5.	Annuaire ressource.....	63
	Conclusion.....	64
	Bibliographie	66
	TABLE DES MATIERES	69
	Annexe 1 : Auto-questionnaire évalué	I
	Annexe 2 : Affiche « zéro alcool pendant la grossesse »	VI
	Annexe 3 : Affiche « zéro tabac pendant la grossesse ».....	VII
	Annexe 4 : Brochure pour l'entretien prénatal précoce.....	VIII

ANNEXE 1 : AUTO-QUESTIONNAIRE EVALUE

Etiquette de la
patiente

Madame,

J'ai réalisé ce questionnaire, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme.

Je vous remercie de prendre le temps de le remplir.

Il sera **récupéré une fois rempli.**

Etudiante Sage-femme : Aline FIDALGO



Madame,

Pour un meilleur suivi de votre grossesse, nous avons besoin de vous connaître, ainsi que certaines de vos habitudes afin de mieux évaluer vos besoins et répondre à vos questions.

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire avant de rencontrer le professionnel que vous avez choisi pour suivre votre grossesse.

Si vous rencontrez des difficultés pour renseigner ce questionnaire, n'hésitez pas à demander de l'aide.

** la mention JSP pour certaines questions : à cocher si vous ne savez pas répondre par oui ou non à la question*

CONDITIONS DE VIE

• Conditions environnementales

1. Vivez-vous en couple ? Non ☐ Oui ☐
Nombre d'adultes à la maison :
Nombre d'enfants à charge :
2. Avez-vous quelqu'un dans votre entourage sur qui compter quelle que soit la situation ? Non ☐ Oui ☐
3. Votre situation familiale actuelle est-elle difficile ? Oui ☐ Non ☐
4. Bénéficiez-vous d'une aide extérieure (assistante sociale, tuteur, psychologue, ...) ? Oui ☐ Non ☐
5. Craignez-vous des difficultés financières ? Oui ☐ Non ☐
6. Avez-vous déjà vécu des violences physiques (coups....)? Oui ☐ Non ☐
7. Avez-vous déjà vécu des violences psychologiques (insultes, menaces...)? Oui ☐ Non ☐

• Logement

8. Votre logement est-il suffisamment grand pour accueillir le bébé ? Non ☐ Oui ☐
9. Votre logement est-il en mauvais état ? Oui ☐ Non ☐
10. Habitez-vous dans une structure d'hébergement (maison maternelle) ? Oui ☐ Non ☐
11. Habitez-vous chez un tiers (parents...) ? Oui ☐ Non ☐

• Travail

12. Êtes-vous actuellement sans emploi ? Oui ☐ Non ☐
Si vous avez un emploi :
13. Êtes-vous stressée par votre travail ? Oui ☐ Non ☐
14. Votre travail exige-il des efforts physiques ? Oui ☐ Non ☐
15. Avez-vous peur de perdre votre travail ? Oui ☐ Non ☐
16. Avez-vous plus de 1 heure de trajet à effectuer ? Oui ☐ Non ☐

- Couverture sociale

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 17. Avez-vous une sécurité sociale ? | Non ☐ | Oui ☐ | JSP ☐ |
| 18. Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ? | Non ☐ | Oui ☐ | JSP ☐ |
| 19. Bénéficiez-vous de la CMU (couverture médicale universelle) ? | Oui ☐ | Non ☐ | JSP ☐ |
| 20. Bénéficiez-vous de l'AME (aide médicale d'état) ? | Oui ☐ | Non ☐ | JSP ☐ |

VIE QUOTIDIENNE

- Petits maux de grossesse

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 21. Avez-vous des nausées, vous arrive-t-il parfois de vomir ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 22. Souffrez-vous de constipation ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 23. Avez-vous des brûlures d'estomac ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 24. Avez-vous souvent des crampes musculaires ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 25. Avez-vous souvent mal au dos ? | Oui ☐ | Non ☐ |

Ressenti actuel :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 26. Cette grossesse était-elle prévue ? | Non ☐ | Oui ☐ |
| 27. A quel moment de la grossesse avez-vous su que vous étiez enceinte ? | | |
| 28. L'annonce de cette grossesse vous a-t-elle contrariée ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 29. Avez-vous parfois des angoisses en pensant aux changements qui vont entourer la naissance ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 30. Vous sentez-vous seule malgré la présence de vos proches ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 31. Vous sentez-vous stressée ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 32. Vous sentez-vous triste ou déprimée ? | Oui ☐ | Non ☐ |

- Sommeil

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 33. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 34. Dormez-vous moins de huit heures par jour ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| 35. Vous couchez-vous après minuit ? | Oui ☐ | Non ☐ |

- **Médicaments**

36. Prenez-vous actuellement un traitement ? Oui ☐ Non ☐
37. Prenez-vous parfois des calmants ou des somnifères ? Oui ☐ Non ☐
38. Prenez-vous parfois des médicaments sans prescription médicale ? Oui ☐ Non ☐

- **Alimentation**

39. Votre alimentation vous pose-t-elle problème ? Oui ☐ Non ☐
40. Consommez-vous des fruits et/ou légumes à chaque repas (crus ou cuits)? Non ☐ Oui ☐
41. Consommez-vous uniquement des féculents (riz, pâtes, pommes de terre....) à chaque repas ? Oui ☐ Non ☐
42. Consommez-vous de la charcuterie régulièrement ? Oui ☐ Non ☐
43. Consommez-vous de la viande saignante ? Oui ☐ Non ☐
44. Consommez-vous des fruits de mer crus ? Oui ☐ Non ☐
45. Consommez-vous moins de 4 produits laitiers par jour (lait, laitage, fromage...) ? Oui ☐ Non ☐
46. Consommez-vous ni viande, ni œuf, ni poisson ? Oui ☐ Non ☐
47. Utilisez-vous de la matière grasse pour cuisiner ou tartiner ? Non ☐ Oui ☐
48. Consommez-vous du fromage au lait cru régulièrement (brie, camembert, munster, roquefort...) ? Oui ☐ Non ☐
49. Consommez-vous des pâtisseries, des sucreries ou du chocolat tous les jours ? Oui ☐ Non ☐
50. Buvez-vous moins d'1,5L d'eau par jour (minérale, gazeuse ou du robinet) ? Oui ☐ Non ☐
51. Buvez-vous des boissons sucrées (jus de fruits, sirop, soda) plusieurs fois par jour? Oui ☐ Non ☐
52. Buvez-vous plus de 3 tasses de thé ou du café par jour ? Oui ☐ Non ☐

- **Boissons alcoolisées**

53. Avant la grossesse vous arrivait-il de consommer des boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, spiritueux...) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui :

54. Consommez-vous occasionnellement des boissons alcoolisées pendant la grossesse ? Oui ☐ Non ☐
55. Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées pendant la grossesse ? Oui ☐ Non ☐
56. Avez-vous bu plus de trois verres à une même occasion pendant la grossesse ? (fête, mariage, ...) Oui ☐ Non ☐

- **Tabac**

57. Fumez-vous du tabac ? Oui ☐ Non ☐

58. Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Oui ☐ Non ☐

- **Drogues**

59. Consommez-vous du cannabis ? Oui ☐ Non ☐

60. Consommez-vous d'autres produits type héroïne, cocaïne, ecstasy... ? Oui ☐ Non ☐

61. Êtes-vous actuellement sous traitement de substitution ? Oui ☐ Non ☐

- **Activités physiques**

62. Pratiquez-vous une activité physique (marche....) ? Non ☐ Oui ☐

63. Pratiquez-vous un sport violent ou intense (tennis, jogging...) ? Oui ☐ Non ☐

- **Santé dentaire**

64. Votre dernière visite chez le dentiste remonte-t-elle à plus de 6 mois ? Oui ☐ Non ☐ JSP ☐

65. Certaines de vos dents vous font-elles parfois mal ? Oui ☐ Non ☐ JSP ☐

66. Vos gencives saignent-elles facilement ? Oui ☐ Non ☐ JSP ☐

- **Vaccinations**

67. Etes-vous vaccinée contre la grippe saisonnière ? Non ☐ Oui ☐ JSP ☐

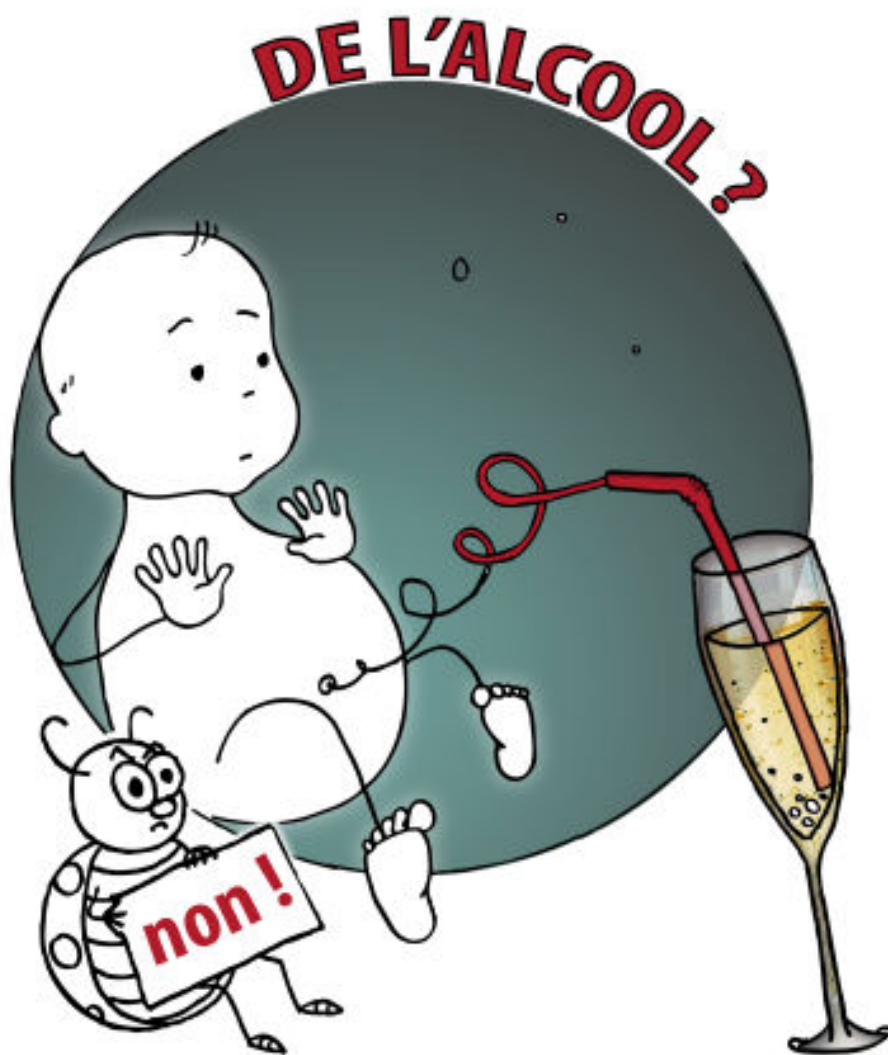
68. Disposez-vous d'un carnet de vaccination ? Non ☐ Oui ☐ JSP ☐

69. Votre dernière vaccination contre la coqueluche remonte-t-elle à plus de dix ans ? Oui ☐ Non ☐ JSP ☐

70. Savez-vous si votre entourage est bien protégé contre la coqueluche (parents, frères et sœurs, grands-parents, nourrice,...) ? Non ☐ Oui ☐ JSP ☐

ANNEXE 2 : AFFICHE « ZERO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE »

OBJECTIF : ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE



**Sérieusement !
Vous me proposeriez de l'alcool si j'étais né ?**



www.reseauperinatalloirain.org
contact : rpl@matemite.chu-nancy.fr

Création : Anne-Claire et Marie-Lys ERARD

ANNEXE 3 : AFFICHE « ZERO TABAC PENDANT LA GROSSESSE »

OBJECTIF : ZÉRO TABAC PENDANT LA GROSSESSE



**Sérieusement !
Vous me proposeriez une cigarette si j'étais né ?**



www.reseauperinatalloirain.org
contact : rpl@maternite.chu-nancy.fr

Création : Anne-Claire et Marie-Lys DESARD

ANNEXE 4 : BROCHURE POUR L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Suivi de grossesse - Dates à retenir

1er trimestre	La 1ère consultation se fait avant 15 semaines d'aménorrhée (soit 15 semaines d'absence de règles). Une déclaration de grossesse sera remplie par le professionnel ; à adresser à la caisse d'allocations familiales et de sécurité sociale. ➤ Inscription dans la maternité de son choix ➤ Entretien prénatal précoce ➤ Choisir un mode de préparation à la naissance et à la parentalité ➤ Prise de sang pour le groupe sanguin, la sérologie de rubéole et de toxoplasmose Echographie de 11 à 13 semaines d'aménorrhée suivie d'une prise de sang pour le dépistage de la trisomie 21 (selon demande des parents)
4ème mois	2ème consultation.
5ème mois	3ème consultation. Echographie de 22 semaines d'aménorrhée
6ème mois	4ème consultation. Prise de sang Prendre contact avec la maternité d'accouchement
7ème mois	5ème consultation. Consultation avec la maternité ou vous allez accoucher
8ème mois	6ème consultation. Consultation dans la maternité d'accouchement non faite au 7ème mois. Echographie de 33 semaines d'aménorrhée
9ème mois	7ème consultation. dans la maternité d'accouchement. Consultation avec un médecin anesthésiste

A chaque examen, recherche de sucre et d'albumine dans les urines. Si la sérologie de toxoplasmose est négative, prise de sang tous les mois.
Des prises de sang supplémentaires, des échographies ou d'autres types d'exams peuvent être réalisées en fonction des situations.

LE RÉSEAU PERINATAL LORRAIN

Pourquoi un Réseau Périnatal ?

Pour assurer pendant la grossesse et après la naissance un accompagnement coordonné en lien avec votre médecin traitant.

Qui y participe ?

Les professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, se sont regroupés pour former une communauté périnatale autour de chaque établissement :

- les libéraux
- les associations et les réseaux de santé
- les services du Conseil Général dont les services de Protection Maternelle et Infantile
- les CAMSP (Centre d'Action Médico Social Précoce)
- les services de psychiatrie et pédiopsychiatrie
- les laboratoires d'analyses médicales

les membres s'engagent au respect de la charte du réseau

Avant, pendant et après la naissance



Avec le concours de



Membre du Travail, de l'Emploi et de la Santé



Plaquette destinée
aux femmes enceintes
et aux couples



Entretien Prénatal
Précoce pendant
la grossesse

Les femmes enceintes peuvent
bénéficier, dès le début de
grossesse, ou à tout moment de la
grossesse, d'un entretien individuel
ou en couple avec un professionnel

Entretien Prénatal Précoce

Pourquoi un entretien ?

- Pour vous permettre de rencontrer un professionnel en dehors d'une consultation et en prenant du temps
- Pour parler de vos attentes, de vos besoins et de votre projet de naissance
- Pour être informée du suivi de votre grossesse
- Pour connaître vos droits
- Pour préparer au mieux la naissance de votre enfant dans la maternité de votre choix
- Pour poser toutes les questions qui vous préoccupent
- Pour vous apporter un soutien dont vous auriez besoin.

Qui y a droit ?

Toutes les femmes enceintes et les couples qui le désirent. Vous n'avez pas besoin de prescription médicale pour le réaliser.

A quel moment ?

L'entretien se fera le plus tôt possible, mais il peut être fait aussi à tout moment de la grossesse (un seul entretien).

Avec quel professionnel ? Et où ?

Tous les professionnels de la grossesse, organisés en réseau : sages-femmes libérales, sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et sages-femmes des maternités (publiques ou privées), ainsi que les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens, et les gynécologues dans toutes les structures existantes.

Comment l'entretien se déroule-t-il ?

Il se fait seule ou en couple. Il dure de 45 minutes à une heure. C'est un temps d'échange; ce n'est pas un examen médical, ni une ouverture de dossier. Cet entretien est confidentiel. Aucune information ne sera transmise à d'autres professionnels sans votre accord. Une fiche de synthèse peut être faite, qui vous sera remise.



Que deviennent les renseignements recueillis par le professionnel ?

C'est vous qui décidez si des informations doivent être transmises ou non aux professionnels qui vont suivre votre grossesse ou qui pratiqueront l'accouchement.



Si vous voulez que les professionnels (généralistes, sages-femmes, gynécologues...), qui suivent votre grossesse, tiennent compte de certaines informations, vous pouvez demander à la personne qui a pratiqué l'entretien d'adresser un courrier ou une fiche qui sera jointe à votre dossier de suivi.

Et si je n'ai pas de questions ?

Voici quelques sujets que vous pourrez aborder :

- Comment je vis ma grossesse ?
- Comment je me sens ?
- Quelles sont mes inquiétudes, comment j'envisage la naissance ?
- Comment me préparer à l'arrivée de mon (ou mes) enfant(s) ?

Combien va-t-il me coûter ?

Il est remboursé à 100 %, et dans certaines structures vous n'avez pas à faire l'avance de frais (PMI et professionnels pratiquant le tiers-payant).

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A. Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de FIDALGO ALINE - Année 2013

Un auto-questionnaire pour dépister les situations de vulnérabilités pendant la grossesse : Enquête action menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy en 2013

Directeur de mémoire : PICHON M.-L., Sage-femme cadre enseignante Nancy

Expert : BELGY M.-T., Sage-femme cadre supérieure enseignante Nancy

Résumé en Français

Au vu du contexte socio-économique difficile, le RPL a décidé d'agir en créant un auto-questionnaire. Notre recherche-action a pour objectif de montrer son efficacité et de comparer l'efficacité de l'auto-questionnaire à celui de l'anamnèse des professionnels. Il est mis en évidence qu'en plus d'améliorer le repérage des facteurs de risque, il a une influence positive à long terme. Plusieurs alternatives ont été suggérées et semblent de bon augure pour une généralisation à l'ensemble des maternités du RPL.

Mots clés en Français

Auto-questionnaire – Réseau Périnatal – Dépistage situations de vulnérabilité – Grossesse

Résumé en Anglais

In view of the difficult socio-economic context, the RPL decided to act in creating an auto-questionnaire. Our research action aim to show and to compare efficiency of the auto-questionnaire to anamnesis's of professionals. It is highlighted that besides improving the identification of risk factor, it has a positive long-term influence. Several alternatives were suggested and seem of good omen for a generalization to all the maternity hospitals of the RPL.

Mots clés en Anglais

Auto-questionnaire – Perinatal network – Screening situations of vulnerability - Pregnancy