



HAL
open science

Élaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes : évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes réunionnais

Ornella Pothin

► To cite this version:

Ornella Pothin. Élaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes : évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes réunionnais. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01101594

HAL Id: dumas-01101594

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01101594>

Submitted on 9 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2014

N° 128

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Mlle Pothin Ornella Reine

Née le 29 décembre 1984 à Évry

Le 14 novembre 2014

Elaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes

-

Évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes Réunionnais.

Sous la direction de

Madame le Docteur Annick LAFFITTE

Le Jury :

Monsieur le Professeur Dominique Dallay	Président du jury
Monsieur le Professeur Peter Von Theobald	Rapporteur et Membre du jury
Monsieur le Professeur Malik Boukerrou	Membre du jury
Monsieur le Docteur Jean-Marc Franco	Membre du jury

REMERCIEMENTS

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

Praticien Hospitalier, Chef de service, Service de gynécologie-obstétrique et reproduction au CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin.

Président du jury.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de toute notre gratitude.

Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD

Praticien hospitalier, chef de service, Service de Gynécologie et d'obstétrique

CHU de la Réunion, Hôpital Felix Guyon.

Rapporteur et Membre du jury.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de participer à mon jury en tant que rapporteur.

Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU

Praticien Hospitalier Service de gynécologie-obstétrique CHU de La Réunion,

Groupe Hospitalier Sud Réunion

Membre du jury.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de participer à mon jury.

Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO

Médecin généraliste Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale Coordonnateur du DES de Médecine Générale Subdivision Océan Indien Directeur du département de Médecine Générale, UFR santé, Université de La Réunion Rapporteur et Membre du jury

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de participer à mon jury, ainsi que pour votre aide, vos précieux conseils et votre disponibilité.

AU DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Annick LAFFITTE

Praticien Hospitalier, Service de gynécologie-obstétrique CHU de La Réunion, Groupe Hospitalier Sud Réunion.

Responsable du DIU d'échographie gynécologique et obstétricale de l'inter région sud-ouest pour le secteur Océan Indien

Je te remercie pour ta confiance, tes précieux conseils, ta disponibilité, ainsi que pour m'avoir accompagnée dans ce travail qui m'a beaucoup apporté. Tu trouveras ici l'expression de ma vive reconnaissance et mon profond respect.

A NOS CONSEILLERS-EXPERTS EN METHODOLOGIE ET EN BIOSTATISTIQUE

Dr Cyril FERDYNUS, Dr Laetitia HUIART Unité de Soutien Méthodologique DRCI,

CHR Felix Guyon, Saint-Denis, La Réunion

Merci pour vos interventions techniques et pour vos conseils.

Aux praticiens qui nous ont accordé leurs temps et leur participation à la réunion de travail en focus group visant à perfectionner le questionnaire auto-administré.

A l'ensemble des trente-quatre praticiens libéraux qui ont accepté d'expérimenter l'utilisation de ce questionnaire dans leur pratique et de livrer leurs opinions, aidant à l'amélioration notre outil.

A MA FAMILLE ET MES AMIS

A mes parents Jean-Roland et Nadine qui ont toujours été là pour me soutenir, merci.

A mon conjoint Frédéric un soutien précieux et inébranlable. A mes deux filles chéries, Ilina et Athena, que j'aime plus que tout.

A mon frère Anthony.

A Claire, merci pour ton aide inestimable.

Merci à Monique, Julie, Géraldine pour son anglais.

Merci à Graham, et Yasmine pour leurs conseils.

RÉSUMÉ

Elaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes - Évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes Réunionnais.

Etats des lieux : A la Réunion, il existe une surmortalité maternelle deux fois plus élevée qu'en métropole sur la période 2006-2010. Il en est de même pour la mortalité infantile. C'est pourquoi l'amélioration des indicateurs en périnatalité constitue une priorité du nouveau plan régional 2012-2016 et du réseau périnatal REPERE qui a créé le projet SUPREME afin de favoriser le développement d'outil d'aide à la pratique pour les praticiens libéraux.

Objectifs : Créer un outil d'aide à la pratique tel qu'un questionnaire auto-administré de recueil de données médicales chez la femme enceinte, puis recueillir l'avis d'un échantillon de médecins généralistes sur son utilisation en pratique, afin de mieux repérer les grossesses à haut risque.

Méthodes : Le questionnaire a été élaboré sur les bases des recommandations du CNGOF et de la HAS. Il a ensuite été soumis à un pré-test auprès d'un échantillon de patientes et d'un focus groupe, puis le prototype obtenu a subi un test en pratique courante auprès d'un échantillon de praticiens et leurs patientes durant 10 semaines. Enfin, nous avons recueilli l'opinion de ces derniers suite à son utilisation grâce à une enquête d'opinion.

Résultats : 34 médecins généralistes libéraux ont testé le questionnaire auto-administré et ont participé à l'étude. Parmi eux, il y a autant d'hommes que de femmes (17) et autant appartenant (16) ou non au réseau REPERE. 70.58 % (24) sont installés en cabinet de groupe et 67.65 % (23) depuis plus de 15 ans. 55.88 % (19) exercent en milieu rural et pour 85.30 % (29) d'entre eux, dans l'ouest et le sud de l'île. 58.82 % (20) sont âgés de plus de 50 ans. 85.29 % (19) suivent moins de 20 grossesses par an et 67.66 % (22) les suivent jusqu'au troisième trimestre.

Le questionnaire a été jugé comme étant facile ou très facile à utiliser pour 91.18 % (31) des praticiens et utile dans leur pratique courante pour 76.48 % (27) d'entre eux. Ce dernier a également été jugé à 79.42 % (27) comme étant un outil permettant de rendre plus exhaustif le recueil des informations médicales, ainsi que pouvant permettre une plus grande participation de leurs patientes lors de la consultation pour 61.77 % (21) d'entre eux. Sa longueur a été jugée adaptée par 76.48 % (26) des médecins.

85.24 % (30) des praticiens sont d'accord pour utiliser cet outil dans leur pratique quotidienne du suivi de la grossesse, mais 58.82 % (20) ne l'utiliseraient pas chez toutes leurs patientes.

Du côté des 79 patientes, 89.87 % (71) d'entre elles ont jugé le questionnaire facile à remplir et 67.09 % (53) ont trouvé qu'il les a amenées à réfléchir sur leur grossesse.

Conclusion : Notre auto-questionnaire administré chez la femme enceinte a été jugé par les praticiens libéraux de notre étude, comme étant un outil utile au besoin d'améliorer le suivi de la grossesse sur l'île de la Réunion.

Des travaux supplémentaires tels qu'un test de faisabilité pourront être proposés afin de juger de son utilité au dépistage des risques de la grossesse.

Mots-clés : Questionnaire auto-administré (QAA), consultation préconceptionnelle, suivi de grossesse, enquête d'opinion, médecine générale, île de la Réunion.

ABSTRACT

Elaboration of a patient auto-questionnaire to help collect medical data during pregnancy surveillance and its evaluation by a sample of general practitioners in Reunion Island.

Background : In Reunion Island, the maternal death and infant mortality rates, are twice as high as the rates in France. Perinatal issues are therefore of great importance here and improving these local health indicators has become a regional priority. The local perinatal network "REPERE" recently launched a project, named SUPREME, aiming to develop strategies to improve the quality and security of healthcare provided by practitioners in Reunion Island.

Objective : Our goal was to create a patient auto-questionnaire to help practitioners collect Medical data during pregnancy surveillance consultations and field test our tool with a group of general practitioners, of Reunion Island, in order to check for its suitability in the clinical environment.

Methods : The questionnaire was developed upon French recommendations for good practice. It was submitted to a pre-test with a sample of patients and a focus group. The prototype obtained was then tested in current practice by a sample of local practitioners and their patients over a period of 10 weeks. We then collected opinions amongst the practitioners by means of a survey.

Results : 34 general practitioners tested the auto-administered questionnaire and took part in the study. Amongst them, men and women were equally represented (17) and equally part, or not, of the REPERE network (16). 70.58 % (25) are installed in doctor's practice of group, 67.65 % (23) for more than 15 years, and 55.88 % (19) practitioners settled in rural areas. 85.30 % (or 29) practising in the West and the South of the island. 58, 82 % (or 20) are over the age of 50 years old. 85.29 % (19) of them followed less than 20 pregnancies a year and 67, 66 % (21) and followed them until the third quarter.

This questionnaire was judged for 91.18 % (31) of the practitioners to be easy or very easy to use, and 76.48 % of them claimed it to be useful (27). For 79.42 % of them, it allows to collect more information (27), and for 61.77 % of them, it permitted a higher level of participation of their patient during the consultation (21). Its length was considered suitable for 76.48 % of the doctors (26). 85.24 % of the practitioners (30) agreed to use this tool in their daily practice during pregnancy follow-ups, but 58.82 % (20) mentioned that they would not use it for all patients.

Amongst the 79 patients questioned, 89.87 % of them (71) considered the questionnaire easy to fill out, and 67.09 % of them (53) found that it stimulated reflection on their pregnancy.

Conclusion : Our auto-questionnaire, administered to pregnant women was judged to be a useful and relevant tool to improve the quality of pregnancy follow-up consultations in Reunion Island. Additional adjustments and testing is necessary to determine its power to improve pregnancy risk assessment.

Keywords : Auto-administered questionnaire (QAA), preconceptional consultation, followed by pregnancy, opinion survey, General medicine, Reunion Island.

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

A	ANSMPS	Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé
	API	Allocation Parent Isolé
	ARS	Agence Régionale de Santé
	ARS OI	Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien
C	CAF	Caisse d'Allocations Familiales
	CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
	CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
	CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
	CHUSR	Centre Hospitalo-Universitaire Sud Réunion
	CIM	Classification Internationale des Maladies
	CMV	CytoMégalo Virus
	CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
	CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
D	DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
	DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
	DOM	Département d'Outre-Mer
	DROM	Département et Région d'Outre-Mer
	DTP	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite
E	EBM	Evidence Based Medicine
	ENCMM	Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles
F	FCS	Fausse Couche Spontanée
	FCV	Frottis Cervico-Vaginal
G	GEU	Grossesse Extra-Utérine
	GHRS	Groupe Hospitalier Sud Réunion
H	HAS	Haute Autorité de Santé
	HTA	HyperTension Artérielle
I	IC	Indice de confiance
	ICF	Indicateur Conjecturel de Fécondité
	IMC	Indice de Masse Corporelle
	IMG	Interruption Médicale de Grossesse
	INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
	INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
	InVS	Institut National de Veille Sanitaire
IVG	Interruptions Volontaires de Grossesses	

M	MST	Maladie Sexuellement Transmissible
	MFIU	Mort Fœtale In-Utero
	MFAP	Mort Fœtale In-Utero (avant travail)
O	ORS	Observatoire Régional de Santé
P	PMI	Protection Maternelle et Infantile
Q	QAA	Questionnaire Auto-Administré
	QCD	Questionnaire Concis sur les Douleurs
	QDSA	Questionnaire Douleur de Saint Antoine
R	RAI	Recherche Agglutinines Irrégulières
	RCUI	Retard de Croissance Intra-Utérin
	RCVA	Risque Cardiovasculaire
	REHOP	Registre Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal
	REPERE	RÉseau PÉrinatal RÉunion
	Rh	Rhésus
S	ROR	Rougeole, Oreillon, Rubéole
	SA	Semaine d'Aménorrhée
	SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
	SIDA	Syndrome de l'immunodéficience Acquise
	SUPREME	Suivi PREnatal en MEdecine de ville
U	URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
V	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : REPARTITION DES NAISSANCES SELON LES CLASSES D'AGE DES MERES A LA REUNION EN 2010.	17
FIGURE 2 : EVOLUTION DU TAUX DE NATALITE POUR 1 000 HABITANTS A LA REUNION ET EN METROPOLE DE 2000 A 2011.	18
FIGURE 3 : TAUX DE MORTALITE MATERNELLE POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES SPECIFIQUE PAR AGE EN ILE-DE-FRANCE, DANS LES DOM ET DANS LES AUTRES REGIONS METROPOLITAINES, ENTRE 2001 ET 2006.	21
FIGURE 4 : TAUX DE MORTALITE MATERNELLE SPECIFIQUE PAR CAUSES EN ILES DE FRANCE, DANS LES DOM ET DANS LES AUTRES REGIONS METROPOLITAINES, ENTRE 2001 ET 2006, POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES.	23
FIGURE 5 : EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE A LA REUNION ET EN METROPOLE DE 2000 A 2011 (EN ‰).	23
FIGURE 6 : LES INDICATEURS DE LA MORTALITE INFANTILE.	24
FIGURE 7 : CAUSES MEDICALES DES DECES AVANT UN AN POUR 100 000 NAISSANCES DANS LES DOM ET EN FRANCE METROPOLITAINE DE 2001 A 2008.	26
FIGURE 8 : CARTE REPRESENTANT LA LOCALISATION DES 84 PRATICIENS IMPLIQUES INITIALEMENT DANS L'ETUDE.	46
FIGURE 9 : SCHEMA RECAPITULATIF DE L'ENQUETE D'OPINION INITIALE.	53
FIGURE 10 : REPONSES DES PRATICIENS A LA QUESTION CONCERNANT L'UTILITE DE LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE RECOMMANDEE PAR LA HAS (N=62).	54
FIGURE 11 : REPONSES DES PRATICIENS CONCERNANT LEUR AVIS SUR LE TEMPS DU RECUEIL DES ANTECEDENTS MEDICAUX CHEZ LA FEMME EN DEBUT DE GROSSESSE (N=62).	55
FIGURE 12 : REPONSES DES PRATICIENS CONCERNANT L'UTILITE D'INTEGRER UN OUTIL POUR LE RECUEIL DES ANTECEDENTS MEDICAUX CHEZ LA FEMME EN DEBUT DE GROSSESSE (N=62).	56
FIGURE 13 : REPONSES DES PRATICIENS CONCERNANT L'UTILISATION D'UN OUTIL SOUS FORME D'AUTO-QUESTIONNAIRE (N=62). ..	57
FIGURE 14 : REPONSES DES PRATICIENS CONCERNANT LA PARTICIPATION A UNE ETUDE CONCERNANT L'EVALUATION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE (N=62).	58
FIGURE 15 : SCHEMA RECAPITULATIF DE LA PHASE PRE-TEST DU QAA.	61
FIGURE 16 : CLASSEMENT DE PATIENTES PAR TRANCHE D'AGE (N=20).	62
FIGURE 17 : NOMBRE DE REPONSES CORRESPONDANT A L'ENCADRE « VOTRE MODE DE VIE ».	63
FIGURE 18 : NOMBRE DE REPONSES CORRESPONDANT A L'ENCADRE « VOTRE HISTOIRE FAMILIALE ».	64
FIGURE 19 : NOMBRE DE REPONSES CORRESPONDANT A L'ENCADRE « VOTRE HISTOIRE MEDICALE ».	65
FIGURE 20 : NOMBRE DE REPONSES CORRESPONDANT A L'ENCADRE « VOS VACCINATIONS ET MALADIES TRANSMISSIBLES ».	66
FIGURE 21 : NOMBRE DE PATIENTES CLASSEES EN FONCTION DE LEUR TRIMESTRE DE GROSSESSE (N=15).	67
FIGURE 22 : NOMBRE DE PATIENTES CLASSEES EN FONCTION DU NOMBRE D'ENFANTS (N=19).	68
FIGURE 23 : TAUX DE REPONSES PAR CADRE (N=20).	70
FIGURE 24 : NOMBRE DE QUESTIONS SANS REPONSE PAR PATIENTES DU CADRE 1 A 7, SUR UN TOTAL DE N= 60 QUESTIONS.	71
FIGURE 25 : SCHEMA RECAPITULATIF DE LA PHASE TEST DU QAA.	77
FIGURE 26 : REPONSES APPORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « AVEZ-VOUS TROUVE CE QUESTIONNAIRE FACILE A REMPLIR ? » (N=79).	78
FIGURE 27 : REPONSES APPORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR LE REMPLIR ? » (N=79).	79
FIGURE 28 : REPONSES APPORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « AVEZ-VOUS REMPLI CE QUESTIONNAIRE ? » (N=79).	80
FIGURE 29 : REPONSES APPORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « CE QUESTIONNAIRE VOUS A-T-IL FAIT REFLECHIR SUR DES POINTS PARTICULIERS CONCERNANT VOTRE GROSSESSE ? » (N=79).	81
FIGURE 30 : NOMBRE DE MEDECINS (EN POURCENTAGE) NOUS AYANT REMIS 1, 2, 3, 4 OU 5 FEUILLETS DETACHABLES DURANT L'ETUDE.	82
FIGURE 31 : REPONSES APPORTEES A LA QUESTION « CE QUESTIONNAIRE A-T-IL ETE UTILE POUR LA PRISE EN CHARGE DE CETTE PATIENTE ? » POUR L'ENSEMBLE DES FEUILLETS (N=79).	83
FIGURE 32 : REPONSES APPORTEES A LA QUESTION « CE QUESTIONNAIRE VOUS A-T-IL PERMIS DE DEPISTER UN (OU DES) RISQUE(S) CHEZ CETTE PATIENTE ? » POUR L'ENSEMBLE DES FEUILLETS (N=79).	84
FIGURE 33 : REPONSES APPORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR LE REMPLIR ? » (N=16).	85

FIGURE 34 : REPONSES APORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « AVEZ-VOUS REMPLI CE QUESTIONNAIRE ? » (N=16).	86
FIGURE 35 : REPONSES APORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR LE REMPLIR ? » (N=14).	87
FIGURE 36 : REPONSES APORTEES PAR LES PATIENTES CONCERNANT LA QUESTION : « AVEZ-VOUS REMPLI CE QUESTIONNAIRE ? » (N=14).	88
FIGURE 37 : REPARTITION DES MEDECINS REpondANTS A L'ENQUETE, MAIS NON PARTICIPANTS A L'ETUDE, EN FONCTION DES QUATRE REPONSES POSSIBLES (N=33).....	92
FIGURE 38 : REPONSES APORTEES PAR LES MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE CONCERNANT LA PRISE DE CONNAISSANCE DU PROJET (N=34).	93
FIGURE 39 : REPONSES APORTEES PAR LES MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE CONCERNANT LEUR AGE (N=34).	94
FIGURE 40 : REPONSES APORTEES PAR LES MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE CONCERNANT LEUR SECTEUR D'EXERCICE (N=34). ...	95
FIGURE 41 : NOMBRE DE MEDECINS AYANT PARTICIPE A L'ETUDE EN FONCTION DU NOMBRE DE GROSSESSES SUIVIES PAR AN (N=34).	96
FIGURE 42 : NOMBRE DE MEDECINS EN FONCTION DU TERME DE GROSSESSE (N=34).....	97
FIGURE 43 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DE L'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE (N=33).	98
FIGURE 44 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DES REPONSES APORTEES A LA QUESTION 3 (N=33).....	99
FIGURE 45 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DES REPONSES APORTEES A LA QUESTION 4 (N=33).....	100
FIGURE 46 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DES REPONSES APORTEES A LA QUESTION 6 (N=33).....	101
FIGURE 47 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DES REPONSES APORTEES A LA QUESTION 11 (N=34).....	103
FIGURE 48 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DES REPONSES APORTEES A LA QUESTION 13 (N=34).....	104
FIGURE 49 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 2 COMPAREES A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33) ET AU TYPE D'EXERCICE (N=33).	105
FIGURE 50 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 3 AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33) ET AU TYPE L'EXERCICE (N=33).	106
FIGURE 51 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 4 AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33) ET AU TYPE D'EXERCICE (N=33).	107
FIGURE 52 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 5 COMPAREES AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU REPERE (N=34).....	108
FIGURE 53 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 6 COMPAREES AU SEXE (N=33), AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33) ET AU TYPE L'EXERCICE (N=33).	109
FIGURE 54 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 7 COMPAREES AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34) ET AU TYPE L'EXERCICE (N=34).	110
FIGURE 55 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 8 COMPAREES AU MILIEU D'EXERCICE (N=31), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=32) ET AU TYPE L'EXERCICE (N=32).	111
FIGURE 56 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 9 COMPAREES A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34) ET AU TYPE L'EXERCICE (N=34).	112
FIGURE 57 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 10 COMPAREES AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33), AU TYPE L'EXERCICE (N=33).	113
FIGURE 58 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 11 COMPAREES AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34) ET AU TYPE L'EXERCICE (N=34).	114
FIGURE 59 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 12 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34).....	115
FIGURE 60 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 13 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU REPERE (N=34).	116

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : REPONSES DES PARTICIPANTS FAVORABLES A LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE MISE EN PLACE PAR LA HAS. 59

TABLEAU 2 : REPONSES DES PARTICIPANTS NON FAVORABLES A LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE MISE EN PLACE PAR LA HAS. 60

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ	4
ABSTRACT	5
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	6
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES TABLEAUX	9
SOMMAIRE	10
1. INTRODUCTION	15
2. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	17
2.1. La périnatalité et ces spécificités réunionnaises	17
2.1.1. L'âge, et le niveau socio-économique maternel	17
2.1.2. Un taux de fécondité plus élevé et plus précoce	18
2.1.3. Un taux de natalité plus élevé, mais en cours de diminution	18
2.1.4. Un état des lieux du suivi de grossesse pouvant être amélioré	19
2.1.4.1. Etat des lieux dans le sud de l'île	19
2.1.4.2. Etat des lieux par trois thèses Réunionnaises	19
2.1.5. Une mortalité et morbidité maternelle deux fois supérieures à celle de métropole	20
2.1.5.1. Les facteurs de risques de mortalité maternelle	20
2.1.5.1.1. L'âge	20
2.1.5.1.2. L'obésité	21
2.1.5.1.3. Les grossesses multiples	22
2.1.5.2. Les causes de la mortalité maternelle	22
2.1.5.2.1. Les causes obstétricales directes	22
2.1.5.2.2. Les causes obstétricales indirectes	22
2.1.5.3. Comparaisons avec les données internationales	23
2.1.5.4. L'évitabilité des décès maternels	23
2.1.6. Une mortalité infantile deux fois plus élevée qu'en métropole	23
2.1.6.1. Une mortalité néonatale plus élevée	24
2.1.6.2. Une mortinatalité plus élevée	24
2.1.6.3. Les causes de la mortalité infantile	25
2.2. Les acteurs autour de la périnatalité	26
2.2.1. Les plans nationaux	26
2.2.2. Le projet régional de l'océan Indien 2012-2016	27
2.2.3. Le réseau REPERE	27
2.2.3.1. Les acteurs et missions du réseau	27
2.2.3.2. Le Projet SUPREME	28
3. INTERET ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	29
3.1. La problématique du recueil des antécédents médicaux et de la consultation préconceptionnelle : une consultation longue	29

3.2. Les intérêts retrouvés à l'utilisation des questionnaires auto-administrés	29
3.2.1. Ils améliorent le dépistage et la prévention	29
3.2.2. Ils aident à éduquer et à responsabiliser les patients	30
3.2.3. Ils permettent un recueil plus exhaustif des informations médicales	30
3.2.4. Ils facilitent l'abord de problèmes considérés comme intime	31
3.3. Pourquoi développer un auto-questionnaire administré dans la prise en charge des femmes enceintes	31
3.4. Pourquoi élaborer un auto-questionnaire administré sur le mode d'une check-list	32
3.5. L'étude	33
3.5.1. La question de recherche	33
3.5.2. Les hypothèses	33
3.5.3. Les objectifs	33
4. MATÉRIELS ET MÉTHODES	34
4.1. La recherche bibliographique	34
4.2. Le détail des méthodes	35
4.3. L'enquête d'opinion-initiale	36
4.4. La consultation des recommandations permettant l'élaboration du premier prototype du questionnaire auto-administré	36
4.4.1. Rappel sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé	37
4.4.1.1. Définition d'une grossesse « normale »	37
4.4.1.2. Quand évaluer le niveau de risque d'une grossesse	37
4.4.1.3. Les grossesses à risques	37
4.4.1.3.1. Les situations à risque	38
4.4.1.3.2. Les grossesses à « bas risque »	38
4.4.1.3.3. Les grossesses à « haut risque »	38
4.4.1.3.4. Les grossesses pathologiques	38
4.5. L'élaboration du premier prototype du questionnaire auto-administré	39
4.6. La phase pré-test	42
4.6.1. La phase pré-test, évaluant la compréhension du premier prototype de l'auto-questionnaire auprès d'un échantillon de patiente	42
4.6.1.1. Constitution de l'échantillon patiente	42
4.6.1.2. Description de la phase pré-test auprès des patientes	42
4.6.2. La phase pré-test auprès du Focus Groupe	43
4.6.2.1. Le type d'enquête	43
4.6.2.2. La population du Focus Groupe	43
4.6.3. Conclusion de la phase pré-test : l'élaboration du second prototype pour la phase test	44
4.7. La phase test	44
4.7.1. La phase test de l'outil auprès des praticiens	44
4.7.1.1. Le type d'enquête	44
4.7.1.2. Constitution de la population de médecins généralistes investigateurs	44
4.7.1.3. Recrutement des médecins généralistes investigateurs	45
4.7.1.4. Recrutement des investigateurs hospitaliers	45
4.7.1.5. Total des investigateurs impliqués	46
4.7.1.6. Descriptif des modalités pratiques de l'étude	47

4.7.2. Le feuillet détachable de l'auto-questionnaire : évaluant sa compréhension auprès des patientes et son intérêt individuel auprès des praticiens _____	47
4.7.2.1. Partie du feuillet évaluant le remplissage et la compréhension du questionnaire par les patientes _____	48
4.7.2.2. Partie du feuillet évaluant l'intérêt de chaque questionnaire par le praticien _____	49
4.7.3. La phase d'élaboration de l'enquête d'opinion finale : recueillant les caractéristiques sociodémographiques des praticiens de l'étude, et leur avis sur la pertinence de l'outil _____	49

5. RÉSULTATS _____ 52

5.1. Les résultats de la recherche bibliographique _____ 52

5.1.1. Les différents types de questionnaires et leurs utilisations _____	52
5.1.1.1. Les questionnaires auto-administrés globaux _____	52
5.1.1.2. Les questionnaires spécifiques _____	52
5.1.1.2.1. Selon les antécédents familiaux _____	52
5.1.1.2.2. Selon la pathologie _____	52
5.1.1.2.3. Explorant de la qualité de vie _____	53

5.2. Les résultats de l'enquête d'opinion initiale auprès des médecins _____ 53

5.2.1. Les résultats détaillés par questions _____	54
5.2.2. Les résultats par groupes _____	59
5.2.2.1. Parmi le groupe ayant répondu favorablement à la première question _____	59
5.2.2.2. Parmi le groupe ayant répondu non favorablement à la première question _____	60

5.3. Les résultats de la phase pré-test _____ 61

5.3.1. Les résultats de la phase pré-test évaluant la compréhension de l'auto-questionnaire auprès d'un échantillon de patientes _____	61
5.3.1.1. Pour le premier cadre intitulé « Votre identité » _____	62
5.3.1.2. Pour le second cadre intitulé « Votre mode de vie » _____	63
5.3.1.3. Pour le troisième cadre intitulé « Votre histoire médicale familiale » _____	64
5.3.1.4. Pour le quatrième cadre intitulé « votre histoire médicale » _____	65
5.3.1.5. Pour le cinquième cadre intitulé « Vos vaccinations-maladies transmissibles » _____	66
5.3.1.6. Pour le sixième cadre intitulé « Votre histoire gynécologique » _____	67
5.3.1.7. Pour le septième cadre intitulé « détaillez vos accouchements précédents » _____	68
5.3.1.8. Pour le huitième cadre intitulé « vos grossesses précédentes » _____	69
5.3.1.9. Le nombre de réponses par cadre _____	70
5.3.1.10. Les réponses par patiente _____	71
5.3.2. Les résultats de la phase pré-test auprès du Focus Groupe _____	71
5.3.2.1. L'analyse des données _____	72

5.4. Résultats de la phase pré-test et de l'analyse du Focus groupe : obtention d'un second prototype du questionnaire pour la phase test _____ 74

5.5. Les résultats de la phase test _____ 77

5.5.1. Les résultats de la phase test auprès des médecins généralistes _____	78
5.5.1.1. Les résultats du recueil d'informations des feuillets détachables : évaluant sa compréhension auprès des patientes et son intérêt individuel auprès des praticiens _____	78
5.5.1.1.1. Les résultats de l'évaluation anonyme de l'adhésion et de la compréhension de l'outil par les patientes ayant consulté un généraliste _____	78
5.5.1.1.2. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les médecins généralistes _____	82
5.5.2. Les résultats de la phase test auprès des praticiens hospitaliers _____	84
5.5.2.1. Les résultats de l'évaluation anonyme de l'adhésion et de la compréhension de l'outil par les patientes _____	84

5.5.2.1.1. Les résultats de l'évaluation anonyme par les patientes ayant consulté une sage-femme	84
5.5.2.1.2. Les résultats de l'évaluation anonyme des patientes ayant consulté un gynécologue-obstétricien	87
5.5.2.2. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les praticiens hospitaliers	89
5.5.2.2.1. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les trois sages-femmes	89
5.5.2.2.2. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les deux gynécologues	89
5.6. Les résultats de l'enquête d'opinion finale	90
5.6.1. Les résultats de l'enquête finale auprès les médecins généralistes	90
5.6.1.1. Les résultats de La première partie de l'enquête : données générales sur le praticien	90
5.6.1.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques de tous les généralistes ayant répondu à l'enquête	90
5.6.1.1.2. Les données sur les différentes pratiques des 67 praticiens ayant répondu à l'enquête	91
5.6.1.1.3. Les raisons données des praticiens non participants à l'étude mais ayant répondu à l'enquête	92
5.6.1.1.4. Les caractéristiques sociodémographiques des praticiens ayant finalement réalisé l'étude	93
5.6.1.2. Les résultats de la seconde partie de l'enquête : l'évaluation de l'auto-questionnaire administré par les médecins généralistes participants	98
5.6.1.2.1. Les réponses brutes des participants	98
5.6.1.3. Comparaison des réponses de la seconde partie de l'enquête avec les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude	105
5.6.2. Les résultats de l'évaluation de l'auto-questionnaire administré par les praticiens hospitaliers (trois sages-femmes et deux gynécologues-obstétriciens)	117
5.6.2.1. Les résultats de la première partie de l'enquête : les données générales sur le praticien	117
5.6.2.2. Les résultats de la seconde partie de l'enquête : l'évaluation de l'auto-questionnaire administré par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens	117
6. ANALYSE ET DISCUSSION	119
6.1. De la recherche bibliographique	119
6.2. De l'enquête d'opinion initiale	119
6.2.1. Des résultats justifiant notre étude	119
6.2.2. Les limites de l'enquête initiale	119
6.3. De l'élaboration du questionnaire auto-administré	120
6.4. De la phase pré-test	121
6.4.1. Du pré-test de auprès d'un échantillon de patientes	121
6.4.1.1. De la méthodologie	121
6.4.1.2. Discussion des réponses des patientes par cadre	121
6.4.2. Du Focus Groupe	122
6.5. De la phase test	123
6.5.1. De la phase test auprès des médecins généralistes	123
6.5.1.1. Limites inhérente à la constitution de l'échantillon des médecins généralistes investigateurs	123
6.5.1.2. Discussion des résultats du feuillet détachable auprès des médecins généralistes	124
6.5.1.2.1. Des résultats chez les patientes ayant consultées un généraliste	124
6.5.1.2.2. Des résultats chez les médecins généralistes	124
6.5.2. De la phase test auprès des praticiens hospitaliers	125
6.5.2.1. Discussion des résultats du feuillet détachable auprès des praticiens hospitaliers	125
6.5.2.1.1. Des résultats chez les patientes	125

6.5.2.1.1.1. Des résultats chez les patientes ayant consulté une sage-femme	125
6.5.2.1.1.2. Chez les patientes ayant consulté un gynécologue obstétricien	126
6.5.2.1.2. Des résultats chez tous les praticiens hospitaliers	126
6.5.3. De l'élaboration de l'enquête d'opinion finale	127
6.6. Discussion des principaux résultats	127
6.6.1. Des résultats de l'enquête d'opinion finale auprès des médecins généralistes	127
6.6.1.1. Parmi les médecins n'ayant pas effectué l'étude	127
6.6.1.2. Parmi les médecins ayant effectué l'étude	128
6.6.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et du suivi de la grossesse chez les participants à l'étude	128
6.6.1.2.2. Evaluation de l'utilisation du questionnaire en pratique courante par les participants à l'étude	129
6.6.1.2.3. Discussion et distinction des différents groupes sociodémographiques de l'étude se démarquant	130
6.6.2. Des résultats de l'enquête d'opinion finale auprès des praticiens hospitaliers	132
6.7. Comparaison de notre étude avec les autres travaux portant sur les questionnaires auto-administrés en médecine générale	132
7. CONCLUSION	134
BIBLIOGRAPHIE	135
ANNEXES	139
SERMENT D'HIPPOCRATE	166

1. INTRODUCTION

A la Réunion, les indicateurs de santé périnatale sont moins bons que ceux de la métropole. En effet, il existe une surmortalité maternelle, avec sur la période 2006-2010, un taux de décès de 7.8 pour 100 000 naissances vivantes en métropole alors qu'il est de 17.9 pour 100 000 à la Réunion, soit deux fois supérieur. Il y a également une surmortalité infantile, avec en 2011 un taux de 3.3 % de décès en France métropolitaine, contre 7.7 % à la Réunion [1]. En outre, la France a le taux de mortalité (naissances d'enfants sans vie) le plus élevé d'Europe (9,2 pour 1000 naissances totales [2]).

Les causes de ces mauvais indicateurs sont mal connues et certainement multiples.

C'est dans ce contexte qu'un plan régional de santé 2012-2016 a été élaboré, avec pour objectif de réduire les chiffres de mortalité maternelle et infantile évitables à la Réunion [3].

Parallèlement, le réseau périnatal de l'île, REPERE, a créé le projet d'action SUPREME, SUIVI PREnatal en MEdecine de ville, qui favorise la construction et la mise en œuvre de nouveaux outils pour les professionnels de santé libéraux, en vue d'améliorer le suivi des femmes enceintes à la Réunion.

Selon la HAS [4], toutes les femmes et tous les couples en âge de procréer, dès lors qu'ils expriment un désir de grossesse, devraient bénéficier en période préconceptionnelle d'informations et de messages de prévention ; et aussi, de se voir proposer des interventions adaptées si besoin, et ce, au cours d'une consultation aménagée spécifiquement à cet effet.

Or, en 2007, la consultation prénuptiale a été supprimée.

Il n'existait donc plus ni pour la femme, ni pour le couple, de consultations dédiées au projet de grossesse permettant le dépistage et la prévention d'éventuelles pathologies et complications obstétricales pouvant entraver le bon déroulement de celle-ci (objectifs des deux derniers plans périnataux : plan national 2005-2007 [5], et plan régional 2012-2016, [3]).

C'est pourquoi en 2009 ont été mises en place par la HAS des recommandations pour la consultation préconceptionnelle [6].

Celle-ci a pour mission, de permettre à la fois : d'établir un recueil exhaustif des antécédents médicaux, gynécologiques, et obstétricaux des patientes ; d'informer celles-ci à propos des risques individuels auxquels elles peuvent être exposées durant leur grossesse ; les éduquer à propos des règles d'hygiène et de prévention. Elle peut donc vite devenir longue et contraignante à réaliser pour les praticiens de premiers recours au suivi de la grossesse, dont les médecins généralistes.

Par ailleurs, nous savons que le recueil des antécédents médicaux chez les patients en général représente une étape longue et fastidieuse, mais indispensable et nécessaire au dépistage de facteurs de risques et des pathologies dans une population. Prenons l'exemple de la durée moyenne d'une consultation qui est de 16 min en médecine générale et qui est allongée de plus de 20 % environ pour toutes premières consultations d'un nouveau patient [7] (nous n'avons pas retrouvé de mesures sur la durée moyenne d'une consultation préconceptionnelle).

Chez les femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse, ce recueil d'informations médicales est une nécessité pour le bon suivi de la grossesse, permettant notamment l'identification et la bonne prise en charge des grossesses à risques et pathologiques.

Les questionnaires auto-administrés (QAA) médicaux peuvent constituer pour le praticien un outil pratique, pouvant permettre une exploration rapide des pathologies des patients, servir d'interface éducative ou bien de recueillir leur ressenti. Ils sont largement utilisés chez nos confrères anesthésistes, pédiatres, psychiatres, ou autres ; mais ne sont pas d'une pratique courante en médecine générale.

Quatre travaux de thèses de médecine générale ont consisté à la construction et l'évaluation d'auto-questionnaires administrés afin d'améliorer la pratique des médecins généralistes et dont les résultats sont prometteurs. Notamment le travail du Dr Maïaita Guiresse [8], qui a conclu que les médecins de son étude avaient trouvé un intérêt certain à utiliser un auto-questionnaire créé pour l'exploration de leurs nouveaux patients, et que ces derniers avaient jugé qu'il méritait d'être diffusé pour une large utilisation.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'outil pratique pouvant aider les praticiens dans le suivi de la grossesse.

C'est pourquoi, nous avons pensé à l'élaboration d'un auto-questionnaire administré chez la femme enceinte, à utiliser dès la consultation préconceptionnelle et le début de la grossesse.

Celui-ci pourrait permettre, du côté des patientes d'une part, de les sensibiliser et les impliquer d'avantage dans leur suivi, tout en identifiant au mieux leurs attentes ; du côté du praticien d'autre part, de standardiser d'avantage le recueil d'informations médicales, gagner dans l'exhaustivité du recueil des données et ainsi optimiser leur temps de consultation, en plus de participer au dépistage des grossesses à risques.

Notre travail a donc consisté à créer un outil tel qu'un auto-questionnaire, à utiliser chez la femme enceinte, afin d'aider les praticiens de premier recours au suivi de la grossesse.

Nous allons commencer par une description du contexte de la périnatalité à l'île de la Réunion.

Par la suite, nous expliquerons les éléments qui ont précédé et motivé notre étude, puis détaillerons la méthodologie de celle-ci, qui a consisté à l'élaboration et aux tests des premiers prototypes des auto-questionnaires en pratique courante auprès des praticiens et de leurs patientes.

Pour conclure, nous exposerons les résultats de ces différents tests ainsi que les avis des praticiens utilisateurs de l'outil.

2. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

2.1. La périnatalité et ces spécificités réunionnaises

2.1.1. L'âge, et le niveau socio-économique maternel

A la Réunion en 2012, l'âge moyen de la maternité est de 28.5 ans, contre 30.1 ans en métropole. Cet âge moyen est de plus en plus tardif dans l'île et, est à mettre en parallèle avec le nombre croissant de femmes suivant de longues études.

On constate également à l'île de la Réunion :

- que le nombre de mères âgées de moins de 25 ans est deux fois plus élevé qu'en métropole (**Figure 1**), [1] ;
- qu'il y a de plus en plus de naissances hors mariage (71.9 % en 2010, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)). En 2005, on comptait 16 % de mères de famille monoparentale parmi les femmes de 15 à 59 ans ;
- qu'il y a un nombre plus important de mères mineures, même si depuis 2001, ce nombre est en recul constant. En 2010, les femmes mineures au moment de l'accouchement représentent 3.7 % des naissances, contre seulement 0.5 % en France métropolitaine [10] ;
- qu'il y a des naissances plus nombreuses chez les femmes âgées de 20 ans (450 naissances en 2010, le pic enregistré à La Réunion est nettement plus précoce qu'en France métropolitaine (INSEE) ;
- qu'il y a une augmentation progressive du niveau scolaire des mères année après année ;
- qu'il y a un taux plus important de mères sans profession, près de 61 %, contre 34 % en métropole en 2003.

Cette tendance fait qu'à la Réunion, on se retrouve souvent face à des mères jeunes avec enfants, dont les ressources proviennent essentiellement des aides sociales.

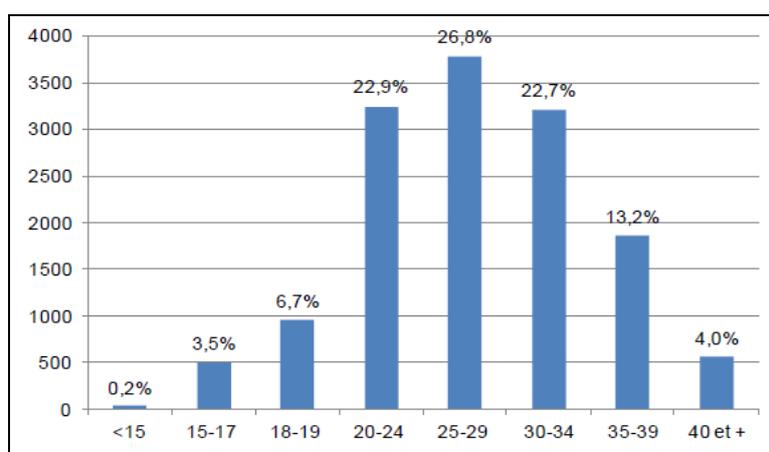


Figure 1 : Répartition des naissances selon les classes d'âge des mères à la Réunion en 2010.

2.1.2. Un taux de fécondité plus élevé et plus précoce

Le taux de fécondité ou Indicateur Conjecturel de Fécondité (ICF) permet de mesurer le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée, à chaque âge, demeuraient inchangés.

Après deux années consécutives de baisse, le nombre de naissances reste stable en 2011 (14 123). Avec 2.36 enfants par femme, l'ICF poursuit son repli depuis 2009 alors qu'il était resté stable depuis 2000 entre 2.4 et 2.5 enfants par femme. Il reste néanmoins élevé comparativement aux autres régions françaises.

En 2012, le taux de fécondité est de plus de 2.4 enfants par femmes à la Réunion contre en moyenne 2.01 enfants par femme en métropole [1].

2.1.3. Un taux de natalité plus élevé, mais en cours de diminution

Le taux de natalité est le rapport entre le nombre de naissances vivantes de l'année et la population totale moyenne de l'année.

Depuis le début des années 2000, ce taux est en diminution nette à la Réunion, passant de près de 20 naissances pour 1 000 habitants en 2001 à 17.1 ‰ en 2012 (soit 14 288 naissances). Parallèlement, ce taux reste constant en métropole depuis 2001, aux alentours de 12.6 ‰ (soit 819 191 naissances), (Figure 2), [1].

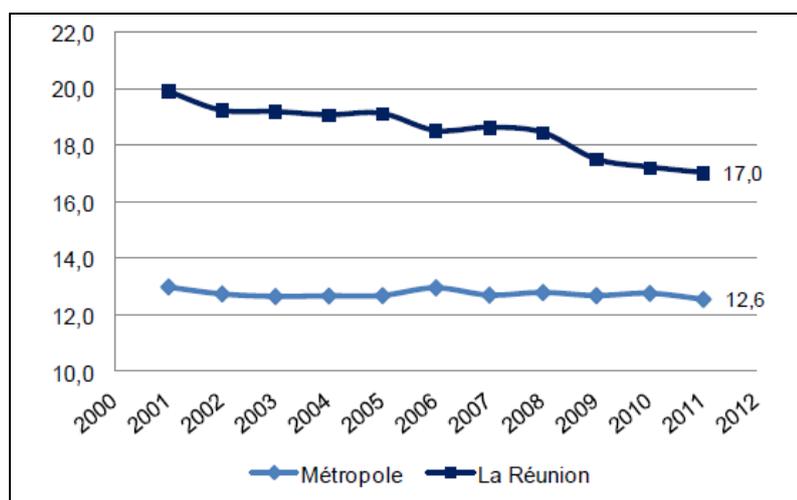


Figure 2 : Evolution du taux de natalité pour 1 000 habitants à la Réunion et en Métropole de 2000 à 2011.

2.1.4. Un état des lieux du suivi de grossesse pouvant être amélioré

2.1.4.1. Etat des lieux dans le sud de l'île

Globalement, depuis 2001, le suivi des grossesses reste très satisfaisant dans le sud de l'île : le nombre moyen de visites prénatales, avec une moyenne de 8.9, est similaire à celui de la Métropole 9,9. Pendant leur grossesse 90 % des patientes ont eu au moins une échographie, 88% des femmes ont eu au moins un ECBU, 95% des femmes ont eu au moins un prélèvement vaginal documenté, 79,3% ont eu un test de dépistage sanguin (dépistage de la trisomie 21) documenté dans leur dossier (84% en métropole, 2010). Le taux de sérologies inconnues à l'accouchement est de 0,9% pour la rubéole et la toxoplasmose, de 1,1% pour la sérologie syphilitique, de 1,7% pour l'antigène Hbs et 1,1% pour la sérologie HIV [13].

Le suivi des grossesses adolescentes est également satisfaisant et ne souffre d'aucun retard, du fait d'une meilleure acceptabilité de ces grossesses dans la société réunionnaise.

La proportion de grossesses mal suivies (3 visites et moins) est de 3,1% (2,1 % en 2001) [13].

2.1.4.2. Etat des lieux par trois thèses Réunionnaises

Trois thèses ont été réalisées sur le sujet à la Réunion :

- Le premier travail de thèse réalisé par Anne-Emmanuelle Dabas en 2004 a montré, qu'à l'île de la Réunion [14] :

Les grossesses pathologiques sont plus nombreuses et sont plus marquées par une forte incidence du diabète gestationnel, un taux important de naissances prématurées et de plus nombreuses grossesses aux âges extrêmes (inférieur à 20 ans et supérieur à 35 ans).

Elle a également montré que les généralistes suivent efficacement les grossesses simples, mais qu'ils ont des difficultés à suivre les grossesses compliquées, avec notamment un dépistage insuffisant du diabète gestationnel et un mauvais calendrier des échographies.

- Le second travail de thèse réalisé par C. Farny en 2012 [15] qui consistait à dresser un état des lieux du suivi de la grossesse en médecine générale dans le secteur Ouest de La Réunion, a montré que, parmi les médecins interrogés :
 - l'acide folique en début de grossesse n'est prescrit systématiquement que dans 36 % des cas ;
 - le frottis est mis à jour à seulement 48 % lors de la première consultation prénatale ;
 - l'examen des seins en début de grossesse n'est fait de manière systématique, que par 17 % des médecins interrogés ;
 - seulement 15 % des examens biologiques du sixième mois sont prescrits ;
 - 67 % des médecins ne proposent pas de manière systématique l'entretien prénatal précoce ;
 - le diabète gestationnel n'est dépisté que par seulement 28 % des médecins en systématique, tel que le recommande le réseau périnatal REPERE.

- Le troisième travail réalisé par Graham Donlon en 2013, sur la construction et l'évaluation d'un nouveau dossier prénatal intégrant des check-lists, a conclu **[16]** :

Que ce dernier constituait une réponse pertinente au besoin d'améliorer la qualité du suivi prénatal à la Réunion et au dépistage des risques liés aux grossesses, mais que l'une des limites de l'étude, est le temps nécessaire au bon remplissage du dossier.

2.1.5. Une mortalité et morbidité maternelle deux fois supérieures à celle de métropole

D'après la Classification Internationale des Maladies (CIM) :

- « La mortalité maternelle correspond au décès d'une femme durant sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite ».
- « La mort maternelle tardive se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse ».

Le taux de mortalité maternelle est donc le rapport entre le nombre de décès (maternelle) et les naissances vivantes sur une même année. Sur la période 2006-2010, ce taux est de 7.8 pour 100 000 pour la métropole, et 17.9 pour 100 000 naissances vivantes à la Réunion, soit deux fois plus **[1]**.

Les données du Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (ENCMM) sur la période 2001-2006 (incluant les décès en Métropole et des DROM), indiquent un taux corrigé de mortalité maternelle entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit 70 à 75 femmes qui décèdent de leur grossesse ou de ses suites chaque année **[17]**.

La majorité des décès maternels (78 %) ont lieu dans un établissement hospitalier public, puis à domicile ou dans d'autres lieux (14 %) enfin dans les établissements hospitaliers privés (8 %) **[18]**.

2.1.5.1. Les facteurs de risques de mortalité maternelle

2.1.5.1.1. L'âge

L'âge des femmes est le facteur déterminant de la mortalité maternelle. Plus de la moitié des décès maternels sont enregistrés entre les 30 - 39 ans en France entre 2007 et 2009. En 2010, le pourcentage de femmes de 35 ans et plus est de 19.2 % **[2]**.

En ce qui concerne les DROM, le même phénomène est observable puisque 53 % des mortalités sont comprises entre 35 et 39 ans. Il est à noter que ce taux de mortalité maternelle est 4 à 5 fois plus élevé que dans les autres régions Françaises (**Figure 3**), **[19]**.

Dans le sud de l'île (GHSR et clinique Durieux) les accouchements issus de naissances des femmes de plus de 35 ans est similaire à celle de la métropole (18,7% vs 19,2% en métropole) avec cependant une sur représentation des femmes 40 ans et plus (4,7% vs 4,2% en métropole) [13].

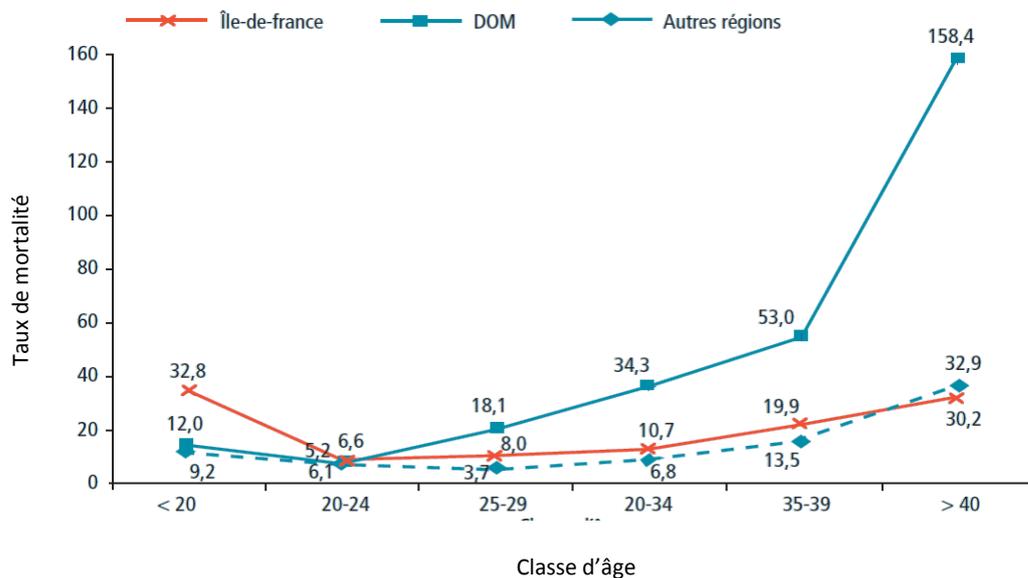


Figure 3 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes spécifique par âge en Ile-de-France, dans les DOM et dans les autres régions métropolitaines, entre 2001 et 2006.

2.1.5.1.2. L'obésité

Parmi les femmes décédées dont l'indice de masse corporel (IMC) était connu, un quart d'entre elles avait un IMC supérieur à 30 [18].

Ce facteur de risque devient plus fréquent en France, puisqu'il était de 7.4 % en 2003 et représentent 9.9 % des femmes en 2010 [2].

La prévalence de l'obésité chez les femmes enceintes est beaucoup plus importante à l'île de la Réunion (17.8 % enregistrée en 2013 au GHSR) qu'en métropole et il existe chez elles une sur-morbidité et une surmortalité [19, 13].

Dans le sud de l'île, l'évolution de la corpulence des mères dans le Sud-Réunion semble être sur une pente ascendante d'année en année. Depuis le relevé exhaustif avec la clinique Durieux commencé en 2004 : Les mères en surpoids (IMC > 24,9 kg/m² avant grossesse sont passées de 30% à 38%, les mères obèses (IMC > 29,9 kg/m²) de 12,5% à 17% et cette évolution [13].

2.1.5.1.3. Les grossesses multiples

Le taux de mortalité maternelle en France en 2010 s'élevé à 17.4 pour 1000 femmes venant d'accoucher [2].

A la Réunion en 2008, le nombre de grossesse gémellaires s'élevait à 3.6 % des naissances contre 3.1 % en métropole [20]. L'incidence de ces grossesses a représenté 1,47% des grossesses totales de 2001 à 2013 au GHSR, soit un taux inférieur à celui de la métropole (1,8%). En revanche, leur morbidité et leur mortalité sont plus importantes [13].

2.1.5.2. Les causes de la mortalité maternelle

2.1.5.2.1. Les causes obstétricales directes

Les causes obstétricales directes résultent de complications obstétricales (grossesse, travail, suites de couche, traitement incorrect, omission...).

Elles dominent entre 2001 et 2006 et représentent près des 3/4 des décès maternels dans les DROM (85.7 %), puis diminuent depuis 2007 et 2009 sur la France entière (DROM inclus, 60.5 %) [17-18].

Dans les DROM, les hémorragies du post-partum constituent de loin la première cause de mortalité (34.9 %), suivies par les complications de l'hypertension (11.1 %), les thrombo-embolies (9.5 %), les embolies amniotiques (7.9 %), et enfin les septicémies (4.8 %). Puis, viennent les décès par les autres causes obstétricales directes 17.5 % (telle que la dépression du post-partum et la stéatose gravidique hépatique. Le diabète gestationnel lui, n'a pas de chiffres de décès, mais a une prévalence qui est en constante augmentation, estimée à 4 % en France métropolitaine selon l'InVS, contre environ 8.8 % à la Réunion en 2009) [17-18-21].

2.1.5.2.2. Les causes obstétricales indirectes

Les causes obstétricales indirectes sont dues à des maladies préexistantes ou à une affection apparue au cours de la grossesse et qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Elles ne cessent d'augmenter et représentent 14.3 % des décès dans les DROM entre 2001 et 2006 ; puis 26.8 % entre 2004 et 2006 et 36 % sur les chiffres 2007-2009 de la France entière.

La première cause dans les DROM étant les décès par accidents vasculaires cérébraux (3.2 % contre 13.4 % dans les autres régions de France) ; puis les décès dus aux maladies cardiaques, à égalité avec les cancers et les maladies congénitales (1.6 %) [17-18].

2.1.5.3. Comparaisons avec les données internationales

Le nouveau rapport EURO-PERISTAT de 2013 présente les données de la santé périnatale en 2010 pour 26 pays membres de l'Union Européenne. Le ratio de mortalité maternelle calculé à partir des statistiques de routine sur les causes de décès est de 8.4 pour 100.000 naissances en France (pour la période 2006-2010) alors qu'elle fluctue de 0 à 25 pour 100.000 naissances en Europe (ces variations sont à interpréter avec prudence car dans la plupart des pays, les décès maternels sont très nettement sous-estimés) [2].

2.1.5.4. L'évitabilité des décès maternels

Le comité d'experts a conclu à l'évitabilité, probable ou certaine, d'une mort maternelle, si une ou plusieurs modifications des soins prodigués ou, si dans certains contextes, l'attitude de la patiente vis-à-vis de l'avis médical, auraient pu changer l'issue fatale.

Au total, sur la période 2007-2009 les soins ont été jugés « non optimaux » pour 59.5 % des décès expertisés. L'évitabilité varie selon la pathologie, les causes directes sont jugées évitables dans 57.3 % des cas, sans changement par rapport à 1998-2000 (le groupe des hémorragies est celui qui présente la part la plus importante des décès évitables, 83.9 % ; viennent ensuite les complications de l'Hypertension Artérielle et les infections 62.5 et 57 %, respectivement) [17-18].

2.1.6. Une mortalité infantile deux fois plus élevée qu'en métropole

C'est le rapport entre le nombre d'enfant décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

En 2011 à la Réunion, 109 enfants de moins d'un an sont décédés, portant le taux de mortalité infantile à 7.7 ‰, soit deux fois plus qu'en France 3.3 ‰ et 3.5 ‰. Ce taux est relativement stable depuis 1999 (entre 6 ‰ et 8 ‰) (Figure 5), [1] mais reste nettement supérieur à celui enregistré en France métropolitaine.

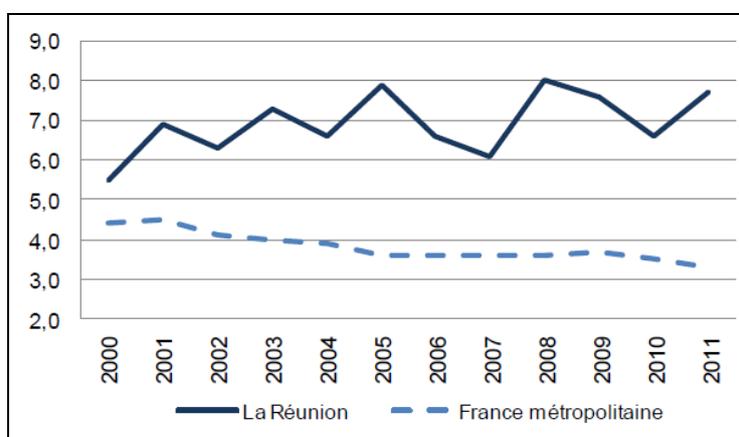


Figure 4 : Evolution du taux de mortalité infantile à la Réunion et en Métropole de 2000 à 2011 (en ‰).

2.1.6.1. Une mortalité néonatale plus élevée

La mortalité néonatale correspond au nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours. Le taux de mortalité néonatale est rapporté à 1 000 naissances vivantes (**Figure 6**), [22].

En 2010, le taux de mortalité néonatale atteint 4.9 ‰ des naissances à la Réunion contre 2.3 ‰ en Métropole.

Selon le rapport EURO-PERISTAT de 2013, la France se situe au 17^{ème} rang. La mortalité néonatale est en légère baisse : 2.3 pour 1000 naissances vivantes en France (2.6 en 2003), alors que les taux varient de 1.2 à 5.5 en Europe [2].

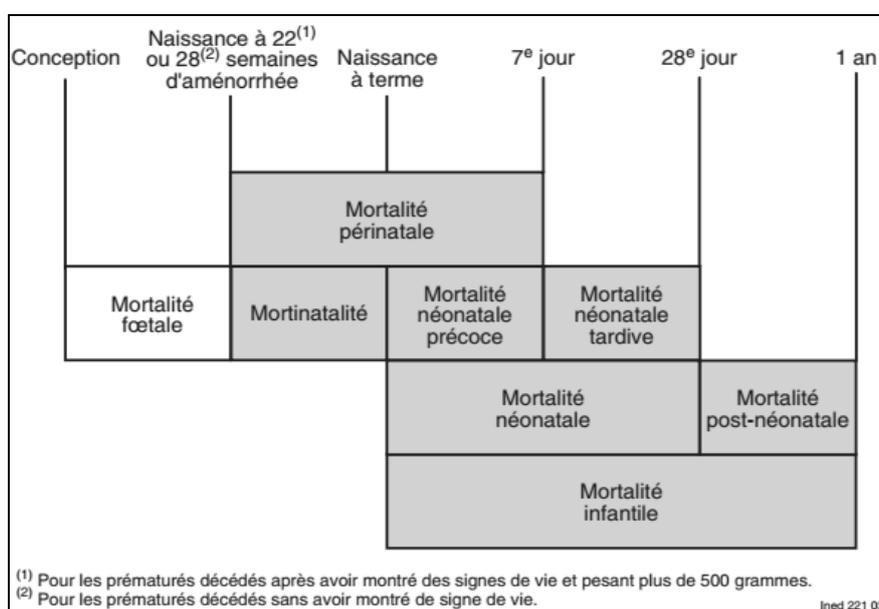


Figure 5 : Les indicateurs de la mortalité infantile.

2.1.6.2. Une mortinatalité plus élevée

Le taux de mortinatalité ou morth-naissance correspond à la naissance d'un fœtus mort de plus de 500 grammes ou si le poids n'est pas connu, de plus de 22 Semaines d'Aménorrhées (SA), rapporté à 1 000 naissances vivantes.

En 2008, la mortinatalité est de 13.5 ‰ naissances à la Réunion contre 8.4 ‰ naissances en Métropole. Ce taux est stable depuis 2005 à la fois à la Réunion et en Métropole [1].

Remarque : le seuil d'enregistrement des enfants sans vie est passé de 28 SA à 22 SA ou 500 g en 2001, et à 15 SA en 2008, où l'enregistrement n'est d'ailleurs plus obligatoire. Il n'est donc pas possible de comparer les taux de mortalité périnatale et de mortinatalité au cours des dernières années.

Selon le dernier rapport EURO-PERISTAT de mai 2013, la France a le taux de mortalité le plus élevé d'Europe (9.2 pour 1000 naissances totales), comme cela était déjà le cas en 2003 ; ceci représente la principale différence qui distingue la France des autres pays dans ce rapport. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que 40 à 50 % des mort-nés en France seraient attribuables à des interruptions médicales de grossesse (IMG), comme le suggère un registre périnatal (REHOP) qui enregistre tous les mort-nés dans trois départements de la région Rhône-Alpes. La part des IMG dans l'ensemble des mort-nés est bien supérieure à celle qu'on observe dans les autres pays qui peuvent distinguer les IMG des autres mort-nés [2].

2.1.6.3. Les causes de la mortalité infantile

Pour les DROM, comme pour la métropole, sur la période de 2000 à 2008, 40 à 50 % de ces décès surviennent dans la première semaine de vie et 46 % des décès surviennent au cours de la période néonatale précoce (c'est à dire entre 0 et 7 jours après la naissance) [22, 23].

Les affections de la période périnatale représentent donc la principale cause de mortalité infantile et expliquent les deux tiers de la surmortalité (allant de 419 pour 100 000 naissances en Guadeloupe et à la Réunion, à 551 en Guyane, pour un taux métropolitain de 182 pour 100 000 naissances) (Figure 7-[23]).

Les décès dus aux affections de la période périnatal sont principalement dû à des anomalies liées à la durée de gestation et à la croissance du fœtus (prématurité, retard de croissance intra-utérin) : 58 % à la Réunion et 19 % en métropole.

Parmi eux, nous observons notamment que les décès par détresse respiratoire sont trois fois plus fréquents dans les DROM, même s'ils sont peu nombreux et contribuent peu à l'écart avec la France métropolitaine.

Vient ensuite le groupe des malformations congénitales et des anomalies chromosomiques.

Après 28 jours, le taux de décès par maladies infectieuses et par morts violentes reste plus élevé dans les DROM qu'en France métropolitaine, mais contribue peu au différentiel car ces causes sont rares.

Les décès par maladies infectieuses et parasitaires représentent en effet moins de 2 % des causes de décès en Métropole (7 décès pour 100 000 naissances) contre 5 % en Guyane (57 décès) et ils surviennent surtout après le 1^{er} mois de vie [23].

Dans le Sud-Réunion, les décès fœtaux (MFIU, décès fœtaux intra partum et interruptions médicales de grossesse) représentent 87% de la mortalité périnatale. Dans ce contexte, les principales causes de MFAP (mort fœtal in utero avant partum) sont les infections fœtales avec en 2001- 2005, une incidence de décès supérieure à 2‰ naissances, puis la restriction vasculaire de croissance, responsable de la majorité des RCIU (retard de croissance intra utérin), avec une incidence de décès à 1,4‰. Une hypotrophie fœtale est impliquée dans 25% des décès [13].

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Réunion	Métropole	Contribution à l'écart entre l'ensemble des DOM et la métropole
Affections de la période périnatale	419	551	428	420	182	64 %
anomalies durée gestation, croissance du fœtus	35	58	33	58	19	
autres affections respiratoires	33	37	56	35	16	
complications grossesse	13	52	28	44	12	
complications placenta, cordon ombilical, membrane	25	52	16	44	20	
détresse respiratoire	30	49	33	23	8	
entérocolite nécrosante	9	15	19	9	5	
hypoxie intra-utérine	44	39	44	36	21	
affections hémorragiques et hématologique du fœtus et du nouveau-né	58	47	63	43	24	
infections spécifiques de la période périnatale	59	71	58	45	15	
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	121	184	110	124	79	13 %
anomalies chromosomiques	20	15	14	11	9	
malformation congénitale de l'appareil circulatoire	59	76	52	50	34	
malformation congénitale de l'appareil respiratoire	16	7	7	11	4	
malformation congénitale du système nerveux	5	32	14	20	10	
malformation congénitale du système ostéoarticulaire et des muscles	5	15	5	9	10	
Maladies infectieuses et parasitaires	23	57	14	11	7	4 %
Causes inconnues ou mal définies	73	191	97	38	52	7 %
mort subite du nourrisson	27	24	30	26	33	
Mort violente	18	63	14	25	11	4 %
Autres causes	57	128	56	78	43	9 %

Figure 6 : Causes médicales des décès avant un an pour 100 000 naissances dans les DOM et en France métropolitaine de 2001 à 2008.

2.2. Les acteurs autour de la périnatalité

2.2.1. Les plans nationaux

Durant les 20 dernières années, différents plans périnataux ont été élaborés au niveau national :

- le premier plan périnatal, 1994-2000, est intitulé « la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité ». Les objectifs principaux de ce plan, établi par le Ministère des Affaires Sociales, étaient de réduire :
 - la mortalité maternelle de 30 % ;
 - le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse de 50 % ;
 - le nombre d'enfants de faible poids de 25 % ;
 - la mortalité périnatale de 20 %.

- le second plan périnatal mené de 2005 à 2007 par le Ministère de la Santé et de la Protection sociale et intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité » avait lui pour objectifs principaux :
 - de réduire de 40 % la mortalité maternelle ;
 - de réduire la mortalité périnatale de 15 % ;
 - d'améliorer les conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance.

2.2.2. Le projet régional de l'océan Indien 2012-2016

Nous l'avons vu, la Réunion est marquée par une surmortalité maternelle et néonatale précoce et afin de diminuer ces taux de mortalité, la région via l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien (ARS OI) a également mis en place un plan périnatalité.

Parmi les propositions d'actions à mener, il est prévu d'impliquer les professionnels de santé du secteur ambulatoire, d'impulser la démarche qualité dans le suivi prénatal, y compris en soins de ville, d'assurer le suivi des femmes enceintes le plus précocement possible afin de dépister les situations à risque, de régionaliser le système d'information et de coordination de la formation et de la recherche. Cette politique prévoit donc une remobilisation pluridisciplinaire des professionnels de santé afin d'améliorer ces indicateurs de santé en périnatalité [3].

2.2.3. Le réseau REPERE

Les réseaux de santé chargés de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires (article L.6321-1 du code de la santé publique), assurent également des missions dans le domaine de la prévention.

2.2.3.1. Les acteurs et missions du réseau

A la Réunion, le réseau REPERE [24] a pour objectif d'améliorer la prise en charge en périnatalité et/ou la parentalité, et, contribue à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à destination de la population et notamment des femmes enceintes présentant une grossesse à risque.

Les acteurs du réseau REPERE sont nombreux :

- tous les professionnels de santé concernés par la périnatalité (gynécologues, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, médecins généralistes, radiologues, sages-femmes, infirmiers, échographistes, puéricultrices...);
- les structures : établissements de santé publics et privés (PMI, hôpital...), les structures spécialisées (CAMSP, SESSAD, CCAA...);
- les usagers : ils ont une place participative et sont associés à la création et à l'évaluation du réseau.

2.2.3.2. Le Projet SUPREME

Un projet est en cours à La Réunion : le projet SUPREME.

Ce projet a été mis en œuvre par le réseau Périnatal Réunion REPERE, l'ARS (Agence régionale de Santé) et l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), il est dirigé par le Docteur Jean-Marc FRANCO, médecin généraliste, maître de Conférences des Universités de Médecine Générale, coordonnateur du DES de Médecine Générale dans la subdivision Océan Indien et directeur du département de Médecine Générale à l'Université de La Réunion.

Il vise la formation des médecins généralistes et des professionnels de santé de premier recours grâce à la construction d'outils d'aide à la pratique.

Le principe est celui des visites confraternelles. Ces formations, peu développées en France contrairement aux pays anglo-saxons, consistent à ce qu'un médecin formé rende visite à un confrère dans le but d'échanger sur un problème précis rencontré avec un patient ou sur un thème particulier. Il peut également aider le médecin à identifier ses besoins de formation.

Actuellement, plusieurs médecins participent au projet, et vont à la rencontre des médecins généralistes installés sur le territoire réunionnais afin d'échanger sur les principales difficultés rencontrées dans le suivi de la grossesse.

3. INTERET ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

3.1. La problématique du recueil des antécédents médicaux et de la consultation préconceptionnelle : une consultation longue

Dès lors qu'ils expriment un projet de grossesse, la HAS prévoit que toutes les femmes et tous les couples devraient bénéficier d'informations et de messages de prévention.

C'est pourquoi une consultation préconceptionnelle a été créée et bénéficie de recommandations à la pratique depuis 2009 [6].

Ces consultations précoces, préconceptionnelles et de début de grossesse sont des moments privilégiés au développement d'outils d'aide à la pratique. Mais, si l'on tient compte de toutes les données à recueillir et toutes les informations à prodiguer aux patientes durant cette consultation, celle-ci peut vite devenir longue et fastidieuse à réaliser. En effet, le praticien ce doit de faire le point, ou de recueillir tous les antécédents de leur patientes (médicaux, gynécologiques, et obstétricaux), mais également de les examiner, et aussi de les éduquer sur les règles d'hygiène qu'elles doivent respecter durant leur grossesse.

Dans ce contexte, les questionnaires auto-administrés médicaux souvent utilisé chez nos confrères (anesthésistes, pédiatre...) peuvent constituer pour le praticien un outil pratique, permettant un aménagement différent de la consultation.

Parmi les objectifs à attendre de l'usage de cet outil pour le praticien, nous espérons pouvoir améliorer l'exhaustivité du recueil de données médicales chez la femme enceinte (ou en désir de le devenir), ainsi qu'optimiser le temps de sa consultation.

3.2. Les intérêts retrouvés à l'utilisation des questionnaires auto-administrés

3.2.1. Ils améliorent le dépistage et la prévention

Nous avons comme exemple, un travail sur l'auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes réalisé en 2007, qui a montré que la qualité des dossiers de médecine générale était insuffisante pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers. Les antécédents familiaux de cancers étaient renseignés dans la moitié des dossiers. Le quart des dossiers étaient incomplets (antécédents familiaux, examens de dépistages...) pour les dépistages du cancer du col de l'utérus, et pour le tiers des dossiers sur le dépistage du cancer colorectal.

Ainsi, l'auteur recommandait de soumettre un auto-questionnaire administré de dépistage au patient [25].

3.2.2. Ils aident à éduquer et à responsabiliser les patients

L'ancienne pratique où le médecin détenait tout le savoir est aujourd'hui tombée en désuétude avec la généralisation des moyens d'informations dans notre société. De nos jours, le patient multiplie souvent ses sources d'informations médicales via divers réseaux (internet...).

Actuellement, nous prenons la direction d'un partage des décisions concernant les soins et les conduites à tenir avec le patient, sur le mode de l'Evidence Based Medicine (EBM) ; car ce dernier souhaite de plus en plus jouer un rôle au sein de la relation médecin-patient.

Une enquête a été faite par l'institut de recherche et de documentation en Economie de la Santé, sur les attentes des usagers de médecine générale. Les résultats montrent que la relation médecin patient n'est pas suffisante pour assurer un soin de qualité du point de vue des usagers. Ces derniers tiennent plus particulièrement à l'échange d'informations, et accordent également une haute importance à la qualité clinique, à la minutie de l'examen, et aux actes de prévention et d'éducation à la santé. Ces résultats rejoignent l'idée que le patient souhaite jouer un rôle plus actif au sein de sa relation avec le médecin, et partager les décisions concernant son état de santé [26].

Une étude réalisée par Grol *et al*, auprès de 3540 patients dans différents pays européens, a montré des résultats globalement similaires [27].

Une autre étude canadienne, a également montré qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales, si elle est souhaitée par le patient, accroît sa satisfaction, diminue son anxiété, et améliore sa santé [28].

Aussi, la charte d'Ottawa, pour la promotion de la santé, incite à des démarches impliquant la participation du public [29].

C'est dans cet objectif d'implication et de responsabilisation du patient, qu'ont été créés les auto-questionnaires administrés.

3.2.3. Ils permettent un recueil plus exhaustif des informations médicales

Un recueil systématique et répété d'un ensemble d'informations, par exemple sous forme d'un questionnaire standardisé, permet de recueillir près de 100 % des informations, tandis qu'un interrogatoire sans support préétabli atteint au mieux 66 % du recueil. Tout système de recueil qui spécifie des items améliore le degré d'exhaustivité [30].

Le professeur François Besançon de l'Université Paris 6, a élaboré un questionnaire de santé de dépistage utilisable à l'hôpital et en ville [31]. Une étude sur 200 malades consultant en ville et 123 malades en consultation hospitalière de médecine générale a été réalisée. Il en ressort que la mise en place d'un interrogatoire et d'un examen traditionnel, avait ignoré les deux-tiers des symptômes ou antécédents existants, par rapport au recueil par questionnaire. Un malade sur trois a inscrit des réponses non sollicitées. En ville, parmi 200 malades, le questionnaire a orienté vers 63 diagnostics supplémentaires, dont onze importants. 112 autres réponses avaient un intérêt thérapeutique, éducatif ou psychothérapeutique. Le questionnaire a permis de trouver « du vrai » chez ceux que l'on aurait pu prendre pour « de faux malades » et plus de vrai chez « les vrais ». De plus, le temps consacré aux questions de routine était abrégé, ce qui aide à mieux centrer l'entretien médical.

Un autre exemple d'étude datant de 2013 sur l'évaluation d'un auto-questionnaire administré centré sur le recueil des antécédents médicaux du patient, est l'étude HY-QUEST [32]. Créée dans le but de standardiser et de faciliter la prise en charge des patients hypertendus par le corps médical, cette étude consistait à fournir aux 123 patients participants, un questionnaire (comprenant 97 questions fermées et 7 questions à texte libre), à compléter avant la première consultation spécialisée. L'étude a conclu à une très bonne acceptabilité du questionnaire par les patients. Un nombre important d'informations médicales a pu être recueilli, et ce, malgré le nombre élevé de questions, permettant l'orientation des patients à une première consultation spécialisée.

3.2.4. Ils facilitent l'abord de problèmes considérés comme intime

Lors d'une consultation chez la femme en début de grossesse, ou qui en a le désir, l'abord de problèmes intimes est souvent de mise. Nous devons poser des questions en rapport à sa sexualité, son milieu de vie, son histoire médicale et personnelle, son histoire familiale etc...

Nous avons comme exemple l'utilisation d'un questionnaire auto-administré au sein d'une unité multidisciplinaire de santé des adolescents au centre hospitalier de Lausanne. Il a été rempli par 361 adolescents avant la première consultation médicale. Il proposait à l'adolescent une large palette d'items, qui permettait de faire part de préoccupations ou de difficultés dans des domaines très intimes qu'il serait difficile d'aborder d'emblée en consultation classique lors d'un premier contact. Il n'y a eu aucune réticence à répondre au questionnaire [33].

Les conduites addictives ou les problèmes psychiatriques sont des thèmes de prédilection pour ce type de questionnaire. Le dossier validé par la Société Française de Tabacologie en est l'exemple [34].

Dans le service de médecine pour adolescents du CHU de Bicêtre, un auto-questionnaire transversal est systématiquement utilisé en préambule à toute consultation programmée.

Les questions portent sur certaines habitudes générales, les conduites addictives, les conduites à risque, les symptômes flous les préoccupations sur la croissance et l'image corporelle, les relations avec les parents ou pairs, la scolarité, la sexualité ... [35].

3.3. Pourquoi développer un auto-questionnaire administré dans la prise en charge des femmes enceintes

Les consultations précoces, préconceptionnelles et de début de grossesse, sont des moments privilégiés à la communication et au passage d'informations entre le soignant et sa patiente. Mais souvent, au cours de celles-ci, ces dernières restent passives, et c'est le rôle qui incombe au praticien de les impliquer d'avantage dans leur suivi.

C'est dans un objectif de faciliter le travail des soignants et de favoriser l'implication et la responsabilisation des patients, qu'ont été créés les questionnaires auto-administrés médicaux.

S'il existe des questionnaires dans de multiples spécialités médicales, nous n'en avons pas retrouvé dans le suivi de la grossesse.

Or, le travail fait en consultation sur la base d'un questionnaire pourrait notamment participer à favoriser l'acquisition de comportements de santé positifs par la patiente. En effet, le fait qu'elle réponde à des questions concernant sa santé, peut déjà la sensibiliser à en prendre soin.

Aussi, l'attitude du médecin, se doit toujours d'être ouverte et sans jugement, pour pouvoir favoriser une alliance thérapeutique à partir des problèmes identifiés.

A cet effet, nous avons envisagé une consultation préconceptionnelle ou de début de grossesse personnalisée et interactive, organisée autour des réponses spécifiques de chaque patiente à des questions sur lesquelles ont les auras amené à réfléchir.

Celui-ci pourrait ainsi permettre d'aider à mieux identifier les problématiques personnelles de chacune d'entre elles, ainsi que les impliquer d'avantage dans leur suivi [7, 8].

3.4. Pourquoi élaborer un auto-questionnaire administré sur le mode d'une check-list

Il s'agit d'une aide cognitive, qui met à disposition les concepts nécessaires, pour mener une procédure avec un maximum de sécurité, en épargnant un effort mnésique pour l'opérateur.

Elle se présente sous forme de liste de vérifications et est généralement utilisée pour vérifier que l'ensemble des étapes d'une action a bien été prise en compte, avant de passer à une action suivante. Cet outil permettrait de travailler plus vite et de manière plus sûre, évitant de ne rien oublier.

La check-list de la HAS [4] nommée « sécurité du patient au bloc opératoire » est déployée depuis janvier 2010 pour toutes les spécialités chirurgicales, et aujourd'hui, les professionnels reconnaissent qu'elle concourt à améliorer la sécurité des patients.

Au sein des Hospices Civils de Lyon, un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué pour adapter la check-list aux spécificités de la césarienne. Ce projet est en cours de finalisation par la HAS.

Chaque item de notre auto-questionnaire a ainsi été élaboré à la manière d'une check-list (cocher des items), afin de ne rien oublier, de standardiser et d'améliorer le recueil des antécédents dans le suivi des grossesses et dans la pratique courante des médecins et soignants de premier recours. Cette méthode peu permettre au praticien de recueillir facilement un maximum d'informations de ses patientes.

3.5. L'étude

3.5.1. La question de recherche

Pouvons-nous créer un outil jugé utile et pertinent par les praticiens de premiers recours dans le suivi de la grossesse à la Réunion, afin d'améliorer leur pratique ?

3.5.2. Les hypothèses

Nous sommes partis du principe, qu'un auto-questionnaire administré dans le recueil des antécédents chez la femme enceinte :

- pourrait être facilement utilisable par le praticien dans son exercice quotidien ;
- permettrait d'optimiser les consultations préconceptionnelles et de début de grossesse, en améliorant le recueil d'informations médicales ;
- pourrait impliquer d'avantage les patientes dans leur suivi et participer à leur éducation et à leur responsabilisation ;
- personnaliserait la consultation autour des réponses spécifiques de chaque patiente ;
- enfin, pourrait diminuer la durée d'une consultation centrée sur le recueil simple d'informations médicales, pour pouvoir libérer un temps de discussion supplémentaire entre le médecin et sa patiente.

3.5.3. Les objectifs

Les deux objectifs principaux de cette étude sont :

- d'élaborer un outil d'aide à la pratique au suivi de la grossesse, sous forme d'un auto-questionnaire administré et structurer à la manière d'une check-list, pour les praticiens de premier recours ;
- Puis de recueillir l'avis d'un premier groupe d'utilisateur sur la pertinence de cet outil et sur l'intérêt qu'il pourrait constituer en pratique courante.

Les objectifs secondaires sont :

- de déterminer son acceptabilité, ainsi que sa faisabilité auprès des patientes ;
- d'identifier des sous-groupes de médecins susceptibles d'adhérer plus facilement à cette démarche (sexe, zone d'activité, ancienneté d'installation, participation à un réseau) ;
- d'évaluer si le questionnaire pourrait être ressenti par les médecins utilisateurs comme pouvant améliorer le dépistage des risques de la grossesse.

4. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous voulions construire un QAA comme étant un outil simple à utiliser pour le praticien et sa patiente, dans le but d'optimiser le recueil de données en début de grossesse tout en diminuant la charge de travail du praticien et en sensibilisant la patiente à la nécessité de sa prise en charge.

4.1. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique dans le cadre de ce travail a été réalisée en langue française et anglaise.

- Une première analyse a constitué à rechercher l'existence d'autres questionnaires médicaux et notamment dans le cadre du suivi de la grossesse.

En langue française, nous avons utilisé les mots clés suivants : questionnaire médical ; auto-questionnaire administré médicaux ; auto-questionnaires en périnatalité et autour de la grossesse ; auto-questionnaire pour le dépistage des risques liés à la grossesse.

En langue anglaise, les mots clés sont les suivants : médical questionnaire ; pregnancy questionnaire ; self questionnaire ; périnatality.

Ces mots clés ont été utilisés selon diverses combinaisons dans les bases de données automatisées telles que : Medline (National library of medicine, Etat-Unis) ; Pascal (CNRS_INST, France) ; Babord plus ; le site de documentation de l'université de Bordeaux ; Scopus ; Sudoc ; These.fr.

Nous avons complété cette recherche avec une enquête manuelle sur les sites francophones des agences gouvernementales : la HAS, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé (ANSMPS), l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), l'INSEE ; ainsi que sur les sites des sociétés savantes de médecine générale : la société Française de Médecine Générale.

Nous avons trouvé plusieurs exemples d'auto-questionnaires médicaux, mais aucun autour de la grossesse ou apportant une aide quelconque aux praticiens à la prise en charge des femmes enceintes.

- Une seconde analyse bibliographique a été réalisée pour la construction des items du questionnaire, qui relève principalement des recommandations du CNGOF et de la HAS ;

4.2. Le détail des méthodes

Il s'agit d'une étude qui s'articule en trois temps :

- **Une période préalable, recueillant l'opinion d'un échantillon de médecins généralistes** sur leur besoin et donc sur l'intérêt à la création d'un outil d'aide à la pratique dans le recueil des antécédents chez la femme enceinte (**Annexes 1 et 2**).

- **Une période d'élaboration de l'outil ou de l'auto-questionnaire administré**, qui comprend (**Annexe 3**) :
 - une phase d'élaboration d'un premier prototype au regard des recommandations du CNGOF et de la HAS ;

 - une phase pré-test qui inclut :
 - l'évaluation orale de l'adhésion et la compréhension de l'outil auprès d'un échantillon de femmes enceintes ;
 - l'analyse du QAA auprès d'un Focus Groupe de cinq médecins, nous permettent d'améliorer et de perfectionner l'outil ;

 - l'obtention d'un second prototype pour la phase test de l'outil.

- **Une période test ou de mise en œuvre de l'outil en pratique courante**, qui comprend :
 - Une première partie recueillant l'avis des praticiens et de leurs patientes grâce à un feuillet anonyme joint et détachable du questionnaire, composé de deux parties qui évaluent (**Annexes 4 et 5**) :
 - l'adhésion et la compréhension de l'outil par les patientes ;
 - l'intérêt spécifique de chaque questionnaire pour les praticiens ;

 - Une seconde partie recueillant anonymement l'avis des praticiens ayant participé à l'étude sur leur utilisation de l'outil en pratique courante grâce à une **enquête d'opinion finale (Annexes 6 et 7)**.

4.3. L'enquête d'opinion-initiale

Cette enquête a été réalisée avant notre étude, afin de recueillir l'opinion d'un échantillon de médecins généralistes au sujet de leur besoin éventuel d'un outil d'aide à la pratique, dans le recueil de données chez la femme enceinte.

L'enquête est composée de cinq questions à réponses fermées et à choix multiples type échelle de Likert (**Annexe 1**). Le praticien interrogé est invité à exprimer son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une série de cinq affirmations énoncées.

- La première question : demande au praticien ce qu'il pense de l'utilité de la consultation préconceptionnelle recommandée par la HAS (pour les couples et les femmes désireuses d'enfant) ;
- La seconde question : demande au praticien ce qu'il pense de la longueur d'une consultation où doit-être réalisé le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), chez les femmes en début de grossesse, ou désireuse de le devenir ;
- La troisième question : pose la question de l'opinion des intéressés sur l'utilité d'intégrer un outil d'aide à la pratique, dans le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), lors des premières consultations du suivi de grossesse ;
- La quatrième question : demande si un outil, sous la forme d'un questionnaire auto-administré, pour le recueil des antécédents médicaux, leur paraîtrait adapté, afin de les aider lors des premières consultations du suivi de grossesse ;
- Enfin, la cinquième question : demande si le praticien accepte de participer à notre étude et, ou un cadre à texte libre permet aux volontaires potentiels d'y laisser leurs coordonnées, afin d'être contactés s'ils le souhaitent.

Un courriel, contenant un lien internet amenant à cette enquête d'opinion anonyme a été adressé à une liste de 260 médecins généralistes sans sélection préalable (**Annexe 2**).

4.4. La consultation des recommandations permettant l'élaboration du premier prototype du questionnaire auto-administré

Pour l'élaboration de l'auto-questionnaire destiné aux patientes, nous avons consulté les publications de la littérature médicale concernant le suivi de la grossesse et notamment les recommandations du CNGOF [36] et de la HAS.

Nous nous sommes également inspirés des questionnaires médicaux déjà existants, découverts suite à notre recherche documentaire.

Aussi nous nous sommes basés sur le carnet de maternité distribué actuellement par la région Réunion, ainsi que le projet du nouveau carnet de maternité organisé selon le modèle d'une checklist, présenté par Graham Donlon dans sa thèse d'exercice en médecine générale soutenue en 2013 [16] qui est actuellement à l'étude par le réseau périnatal Repère.

Afin de diminuer le temps de réponse et ainsi favoriser la participation des patientes, un premier prototype du QAA a été construit sur le même modèle type check-list, permettant donc de limiter les questions à réponses ouvertes (**Annexe 3**).

4.4.1. Rappel sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé

La HAS a publié des recommandations professionnelles concernant le suivi de la grossesse et le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiés [37].

4.4.1.1. Définition d'une grossesse « normale »

Une grossesse est dite « normale », soit « sans complications » si l'enfant est né à terme, bien portant, et que la mère est rentrée chez elle en bonne santé.

4.4.1.2. Quand évaluer le niveau de risque d'une grossesse

Le niveau de risque d'une grossesse est évolutif et doit être évalué dès la période anté-conceptionnelle et jusqu'à l'accouchement.

Le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différences (grade A, [6]). La littérature est en faveur d'un avantage du suivi assuré par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte se sent en confiance (grade A).

4.4.1.3. Les grossesses à risques

En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complications ou avec un faible niveau de risque et ayant accouché d'un enfant en bonne santé. Certains rapports estiment à 80 % la proportion de femmes pour lesquelles la grossesse se déroulerait sans complication majeure.

En 2010, 802 224 enfants sont nés en France métropolitaine et 14 142 à la Réunion [38]. Le suivi des grossesses représente donc un motif fréquent de consultations pour les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens.

4.4.1.3.1. Les situations à risque

L'analyse et la synthèse de la littérature portant sur les données épidémiologiques disponibles ont permis d'identifier :

- les facteurs de risque et les causes obstétricales (directes et indirectes) de mortalité et morbidité maternelles ;
- les facteurs de risque et les causes fœtales, maternelles et obstétricales de mortalité et de morbidité périnatales ;
- les anomalies ou pathologies génétiques reconnues, les facteurs environnementaux, y compris infectieux, et les autres facteurs de risque impliqués dans les anomalies congénitales.

Sur la base de ce travail, une liste indicative non exhaustive des situations à risque, considérées indépendamment les unes des autres, a été établie [37].

En cas d'association de plusieurs situations à risque, le niveau de risque cumulé doit être envisagé au cas par cas.

4.4.1.3.2. Les grossesses à « bas risque »

La grossesse à « bas risque » est définie comme étant une grossesse pour laquelle une évolution normale peut être attendue, à savoir une grossesse dont le déroulement est sans complication avérée chez une femme en bonne santé qui le reste et qui se termine par un accouchement normal et par la naissance d'un enfant en bonne santé [37].

Ce type de grossesse peut être suivie par un médecin généraliste ou une sage-femme (suivi A).

4.4.1.3.3. Les grossesses à « haut risque »

Une grossesse est dite à « haut risque » lorsqu'elle expose la mère et/ou l'enfant à une morbidité ou une mortalité accrue au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum, par rapport à une grossesse normale.

Ce type de grossesse doit être prise en charge par un obstétricien, parfois en collaboration avec un médecin généraliste ou une sage-femme (suivi A2).

4.4.1.3.4. Les grossesses pathologiques

Il s'agit d'une grossesse au cours de laquelle il existe une pathologie maternelle chronique ou une pathologie liée à la grossesse susceptible d'augmenter la mortalité ou la morbidité maternelle et/ou fœtale [37].

Une prise en charge spécialisée s'impose (suivi B).

4.5. L'élaboration du premier prototype du questionnaire auto-administré

Pour une meilleure compréhension, nous avons choisi de placer les détails de son élaboration dans la partie méthode, y sont également inséré une partie des recherches bibliographiques qui justifient la présence de certains items.

Nous avons élaboré les premières versions du questionnaire à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010.

Il en résulte un questionnaire s'articulant en huit parties (ou huit encadrés : **Annexe 3**) que nous allons détailler une par une, toutes centrées autour du recueil des antécédents médicaux, gynécologiques, et obstétricaux de la femme enceinte ou en projet de le devenir :

– le premier encadré est intitulé « **Votre identité** », il relève les données administratives :

Il est composé de six items à réponses ouvertes.

L'identité de la patiente est demandée pour la tenue du dossier médical : nom, prénom, date de naissance, âge, numéro de téléphone et code postal.

En effet, la Société Scientifique de Médecine Générale, a établi des recommandations de bonne pratique sur la tenue du dossier médical [39] :

- l'état civil est indispensable à l'identification de la patiente, ainsi que la date de naissance, permettant de connaître son âge, et de différencier deux patientes, en cas d'homonymes ;
- le numéro de téléphone permet de joindre la patiente.

– le second encadré est intitulé « **Votre mode de vie** » :

Il est constitué de trois questions à réponses ouvertes et cinq questions à réponses fermées.

Il recueille les informations sur le mode de vie de la patiente : sa profession et son mode de transport quotidien, permettant ainsi de connaître les facteurs de risques liés à son exercice (horaire, exposition à des produits toxiques, contraintes physiques) ;

Une question demande si la patiente vit seule, car la connaissance de la situation familiale apprécie l'environnement de la patiente. La prise en charge et les risques liés à la grossesse sont différents si la patiente est isolée.

Il demande également des informations sur une consommation éventuelle de substances toxiques ; en effet, rappelons qu'il est fondamental d'informer la patiente sur les risques liés à l'intoxication tabagique et alcoolique et le médecin se doit d'exposer à chaque patiente les risques qu'elles encourent [40, 41, 42].

– le troisième encadré est intitulé « **Votre histoire médicale familiale** » :

Il est composé de neuf questions à réponses fermées.

L'histoire familiale peut être utilisée comme un outil de santé public et de médecine préventive. Rappelons que selon la HAS, le dépistage de maladies génétiques (telle que la mucoviscidose) en cas d'antécédents familiaux peut être entrepris avant la grossesse afin de conseiller au mieux les parents [6, 9, 37].

Il recueille des informations sur la présence éventuelle de maladies génétiques ou héréditaires chez les membres de sa famille ou dans la famille du père et sur l'existence d'enfants atteints de maladies congénitales, ou malformations existantes.

La question de la parenté avec le père du bébé est soulevée.

Il est demandé également à la patiente s'il y a présence de certaines pathologies chroniques chez des membres de sa famille (diabète, hypertension, maladies du sang, ou maladies thromboemboliques).

– Le quatrième encadré est intitulé « **Votre Histoire médicale** » :

Il est composé de quatre questions à réponses ouvertes, et de douze questions à réponses fermées.

Il recueille les informations sur l'histoire médicale de la patiente :

- son poids et sa taille permettant le calcul de l'IMC ;
- la détermination du groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell), si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, deux déterminations sont nécessaires ;
- il est demandé à la patiente si elle est atteinte de certaines pathologies chroniques qui pourraient entraîner un risque au cours de la grossesse (diabète, HTA, maladies du sang, cancer, ou anémie) ;
- des renseignements sur les antécédents généraux tels que des interventions chirurgicales précédentes ou une transfusion sont sollicités ;
- la liste des médicaments pris par la patiente, ce qui permet d'avoir un aperçu des pathologies préexistantes à la grossesse et, en cas de maladie chronique ou de traitement au long cours, d'anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques à effectuer (l'arrêt ou la substitution de ces substances) ;
- on demande également s'il y a eu une prise de Spéciafoldine® (ou acide folique) au premier trimestre de la grossesse, en prévention des anomalies de non fermeture du tube neural [43] ;
- Une question renseigne sur les allergies éventuelles. Rappelons que les allergies doivent être notées dans le dossier médical de façon bien lisible, et en message d'alerte dans les dossiers informatisés.

– le cinquième encadré est intitulé « Vos vaccinations-maladies transmissibles » :

Il contient huit questions à réponses fermées.

Il recueille les informations sur l'état vaccinal. En effet dans tous les cas, il faut vérifier le carnet de vaccination de la femme enceinte ou en projet de le devenir, afin d'envisager avec elle les rappels ou vaccinations indispensables [44].

Il recueille également des informations sur son statut sérologique vis-à-vis des maladies transmissibles, dont le dépistage est obligatoire au cours de la grossesse [45] :

- la toxoplasmose (en l'absence de preuve écrite de l'immunité), et
- la rubéole (sauf si deux vaccinations documentées ont été antérieurement réalisées, quel que soit le résultat de la sérologie).

Il renseigne aussi sur un contact éventuel avec des maladies sexuellement transmissibles.

– le sixième encadré est intitulé « Votre histoire gynécologique » :

Il contient quatorze questions recueillant des informations sur son histoire gynécologique :

- sept questions à réponses fermées demandant : la régularité des règles, le moyen de contraception antérieure, l'existence d'un frottis cervicaux-vaginal (FCV) à jour, l'existence d'éventuelles IVG, fausses couches spontanées (FCS), grossesse extra-utérine (GEU), interruption médicale de grossesse (IMG) ;
- sept questions à réponses ouvertes demandant : date des dernières règles, nombre d'enfants, nombre de grossesses, IVG, FCS, GEU, et IMG.

– le septième encadré est intitulé « Détaillez vos accouchements précédents » :

Il s'agit d'un tableau avec cinq colonnes.

Il est demandé à la patiente la date de naissance et le sexe du ou des enfant(s) né(s) précédemment, leur(s) terme ainsi que leur poids de naissance, et le mode d'accouchement (naturel, césarienne, avec instruments...).

Le recueil des détails sur le mode de ces accouchements précédents, pouvant permettre de dépister des situations à risque pour le fœtus (prématurité, RCIU...), ou la mère, lors du futur accouchement (antécédent de césarienne...).

– le huitième encadré est intitulé « Vos grossesses précédentes » :

Il contient douze questions à réponses fermées, ou il s'agit de cocher ou non la case correspondante aux antécédents présentés par la patiente lors d'une grossesse ou d'un accouchement précédent, permettant ainsi la recherche de facteurs de risques.

Il recueille l'existence de pathologies impliquant des dispositions particulières pour la grossesse présente ou à venir.

4.6. La phase pré-test

4.6.1. La phase pré-test, évaluant la compréhension du premier prototype de l'auto-questionnaire auprès d'un échantillon de patiente

4.6.1.1. Constitution de l'échantillon patiente

Vingt questionnaires du premier prototype ont été testés et remplis par des patientes enceintes du premier, second ou troisième trimestre de leur grossesse.

Il s'agit de toutes les patientes enceintes consultées dans un cabinet de médecine générale situé au Port, pendant ma période de remplacement d'un mois, en Mars 2014. Je remplaçais alors à temps plein deux médecins généralistes de sexe masculin.

Etant donné que nous voulions simplement tester la compréhension du questionnaire, il nous a paru utile de l'essayer auprès de toutes les femmes enceintes rencontrées, et ce, indépendamment du terme.

4.6.1.2. Description de la phase pré-test auprès des patientes

Nous avons donc cherché à évaluer l'adhésion et la compréhension du questionnaire auprès d'un échantillon de femmes enceintes.

Le questionnaire a été remis personnellement et par moi-même à chacune des 20 patientes. Il leur a été soumis comme étant un outil d'aide au recueil d'informations médicales et au dépistage d'éventuels facteurs de risques de leur grossesse afin d'optimiser leur suivi.

Toutes ces patientes venaient en consultation de routine, ou pour le suivi de leur grossesse et ont toutes accepté volontairement de répondre au questionnaire.

Après leur avoir fait remplir le QAA avec tout le temps nécessaire, chez elle ou dans la salle d'attente du cabinet ; je leur ai demandé pendant un entretien oral, leur évaluation, pour chacune des questions. C'est-à-dire, si les formulations étaient suffisamment claires et compréhensibles pour y répondre sans difficulté.

Je leur ai posé oralement trois questions :

- la formulation des questions est-elle claire et compréhensible ?
- quelle(s) question(s) n'avez-vous pas comprise ? Pourquoi ?
- à quelle(s) question(s) n'avez-vous pas répondu ? Pourquoi ?

4.6.2. La phase pré-test auprès du Focus Groupe

A la suite du pré-test auprès de notre échantillon de patientes, nous avons confronté ce premier prototype à un Focus groupe composé de cinq médecins.

Nous avons pour objectifs :

- de recueillir verbalement leurs avis sur le questionnaire ;
- d'utiliser leurs suggestions afin d'améliorer ce premier prototype avant la phase test auprès des praticiens.

4.6.2.1. Le type d'enquête

La méthode du Focus Groupe est une méthode qualitative de recherche en sciences sociales favorisant l'émergence de toutes les opinions. Ils constituent une catégorie particulière d'interviews de groupe. La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs, et son vécu.

On obtient des informations qui sont le résultat des interactions entre les différents membres du groupe.

Cette technique permet d'évaluer les besoins, les attentes, les satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations, ou des comportements. Elle peut également faire émerger de nouvelles idées inattendues.

4.6.2.2. La population du Focus Groupe

Les médecins ont été recrutés sur la base du volontariat.

La sélection des participants a été faite de façon à panacher les opinions afin de faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Il ne s'agissait pas d'être représentatif de la population source, mais d'obtenir une diversification de l'échantillon. Un nombre compris entre 5 et 10 est généralement considéré comme suffisant [46].

Dans notre cas, les participants étaient trois médecins généralistes (trois praticiens installés), et deux gynécologues (un hospitalier, et un installé).

Les questions posées étaient les suivantes :

- que pensez-vous de l'utilisation du QAA lors d'une consultation préconceptionnelle ou de début de grossesse ?
- que pensez-vous du questionnaire ?
- quelle est votre opinion sur les différentes questions ?
- quelles modifications y feriez-vous avant de le tester en pratique courante du suivi de la grossesse chez les praticiens de ville ?

4.6.3. Conclusion de la phase pré-test : l'élaboration du second prototype pour la phase test

L'analyse des résultats de la phase pré-test auprès de l'échantillon de patientes et du Focus Groupe nous a permis de modifier le premier prototype du questionnaire et d'obtenir le second prototype qui sera utilisé pour la phase test de l'étude.

4.7. La phase test

4.7.1. La phase test de l'outil auprès des praticiens

4.7.1.1. Le type d'enquête

Afin de pouvoir évaluer l'intérêt et la pertinence du QAA par un échantillon de praticiens de l'île de la Réunion, nous avons réalisé une étude prospective, composée des étapes suivantes :

- construction du protocole détaillé de l'étude pour les praticiens investigateurs ;
- élaboration de l'enquête d'opinion finale qui permet de recueillir l'avis des participants à la fin de la phase test ;
- recrutement des investigateurs ;
- phase test du questionnaire en pratique courante ;
- récupération du matériel de l'étude après celle-ci auprès des investigateurs ;
- interprétation des résultats.

La phase test de l'étude a été réalisée dans la région et département de l'île de la Réunion du 17 avril jusqu'au 28 juin 2014 chez les médecins généralistes installés et jusqu'au 12 juillet chez les praticiens hospitaliers.

4.7.1.2. Constitution de la population de médecins généralistes investigateurs

Pour notre étude, nous avons recherché à recueillir l'opinion d'un premier échantillon de praticiens sur la mise en pratique courante de notre outil. Nous n'avons donc pas recherché à être représentatif de la population étudiée.

Il était tout de même important que certaines variables principales soient représentées, définies ici par quatre caractéristiques sociodémographiques (le genre ; le secteur géographique urbain ou rurale ; l'ancienneté d'installation et l'implication dans l'enseignement, comme l'adhésion au réseau REPERE).

Ces variables doivent être en nombre proportionnés à l'échantillon par rapport aux possibilités de l'étude, l'objectif étant que chaque profil soit représenté.

Aussi, nous avons pris en compte le fait que des différences notables aient été retrouvées dans l'intérêt à l'utilisation d'un QAA selon le sexe du participant [8]. Et avons recruté un nombre sensiblement égal d'hommes et de femmes pour pouvoir comparer nos résultats.

Généralement, dans ce type d'enquête, un nombre de 25 médecins investigateurs est reconnu comme suffisant pour 8 profils [47].

4.7.1.3. Recrutement des médecins généralistes investigateurs

Les médecins généralistes ont été sélectionnés sur la base du volontariat et principalement par entretien individuel.

- ⇒ J'ai d'abord cherché à constituer un groupe de médecins généralistes à priori impliqués dans le suivi de la grossesse, et donc plus à même d'être volontaires pour participer à notre étude ;

Pour ce faire, j'ai demandé conseils aux médecins impliqués dans le projet SUPREME du réseau périnatal, afin qu'ils me donnent des noms de médecins qui selon eux, sont engagés dans le suivi de la grossesse.

Aussi, lorsque j'ai envoyé les courriels lors de l'enquête d'opinion initiale, j'avais laissé, à la fin de celle-ci, une case où des volontaires potentiels pouvaient noter leurs coordonnées s'ils souhaitaient être contactés afin de réaliser l'étude.

Une liste nominative d'environ 50 médecins a pu être constituée par ces deux moyens.

Puis, je suis allée en entretien individuel dans le cabinet de chacun des médecins de cette liste, afin de leur demander personnellement leur participation à notre étude et leur expliquer son protocole.

- ⇒ Ensuite, afin d'augmenter la qualité de l'étude et de dissoudre un éventuel biais de sélection, je suis allée voir en entretien individuel environ 38 médecins pris au hasard de mes déplacements ;

Sur 88 entretiens individuels, 84 médecins généralistes ont initialement accepté de participer à l'étude.

Quatre ont refusé par manque de temps, ou parce qu'ils ne suivaient pas de grossesses, ou encore, parce qu'ils étaient peu intéressés par le sujet de l'étude.

4.7.1.4. Recrutement des investigateurs hospitaliers

- ⇒ Du côté hospitalier, ma directrice de thèse le Dr Laffitte et moi-même avons pu impliquer trois sages-femmes et deux gynécologues du CHU Sud Réunion de Saint-Pierre.

Le protocole de l'étude leur a été détaillé par entretien individuel, puis envoyé par courriel, comme pour les médecins généralistes.

4.7.1.6. Descriptif des modalités pratiques de l'étude

A la suite de mon entretien individuel avec chacun des praticiens volontaires à l'étude, je leur ai adressé un courriel récapitulatif du descriptif du protocole déjà expliqué oralement (**Annexe 4**).

A ce courriel, était jointe une version PDF du questionnaire (**Annexe 5**) pour qu'il puisse être imprimé par les participants selon le nombre de patientes qu'ils allaient inclure dans notre étude pendant la période du 17 avril au 12 juillet 2014.

Il expliquait les modalités de remise du questionnaire à la patiente et le recueil de ce dernier, ainsi que de la nécessité de conserver le dernier feuillet détachable qui sera analysé pour l'étude.

Chaque praticien participant a donc disposé :

- d'un entretien individuel où je leur demandais leur participation, et leur expliquais le protocole de l'étude ;
- d'une remise de quelques exemplaires du QAA (selon leur demande) ;
- de l'envoi d'un courriel rappelant le descriptif de l'étude, avec en pièce jointe et en format PDF, le QAA, afin de pouvoir l'imprimer au nombre nécessaire ;
- de l'envoi de plusieurs courriels de rappel pour ne pas oublier de participer à l'étude ;
- d'un courriel les informant de la fin de l'étude,
- d'un courriel et d'un appel téléphonique leur demandant confirmation de mon passage afin de collecter les feuillets détachables des questionnaires ;
- de l'envoi d'un courriel clôturant l'étude, contenant le lien internet amenant à notre enquête d'opinion finale et anonyme afin de recueillir leurs avis sur leur utilisation de l'outil en pratique courante (**Annexe 7**).

4.7.2. Le feuillet détachable de l'auto-questionnaire : évaluant sa compréhension auprès des patientes et son intérêt individuel auprès des praticiens

Les résultats du Focus groupe nous ont fait ajouter un feuillet détachable et anonyme au questionnaire (**Annexe 5**) constitué de deux parties :

- la première partie à remplir par la patiente ;
- la deuxième partie à remplir par le praticien.

4.7.2.1. Partie du feuillet évaluant le remplissage et la compréhension du questionnaire par les patientes

La première partie du feuillet détachable est à remplir par la patiente. Il a été créé afin d'évaluer leur adhésion et leur compréhension au QAA (**Annexe 5**).

Elle est composée de quatre questions à réponses fermées et à choix multiples : pour recueillir l'avis des patientes, nous leur avons demandé de répondre à un questionnaire construit sur un modèle type échelle de Likert. Ce questionnaire invitait la patiente interrogée à exprimer son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une série d'affirmations énoncées.

- La première question évalue la facilité ressentie au remplissage du questionnaire :

« Avez-vous trouvé ce questionnaire facile à remplir » ; la patiente pouvait nuancer son degré d'accord d'un niveau allant de 1 à 5 :

1. Très difficile ;
2. Plutôt difficile ;
3. Sans opinion ;
4. Plutôt facile ;
5. Très Facile.

- La seconde question évalue le temps de réponse à l'auto-questionnaire grâce à une échelle de cinq choix possibles :

1. Inférieur à 5 min ;
2. Entre 5 et 15 min ;
3. Entre 15 et 20 min ;
4. Entre 20 et 30 min ;
5. Supérieur à 30 min.

- La troisième question évalue le besoin d'aide pour remplir le questionnaire, nous demandions ainsi à la patiente avec qui elle l'avait rempli :

1. Seule ;
2. Avec votre famille proche (conjoint, enfants) ;
3. Avec votre famille au sens large (parents, sœurs...) ;
4. Avec vos amis ;
5. Avec une autre personne.

- La quatrième et dernière question, évalue l'utilité du questionnaire ressentie par la patiente : c'est-à-dire, que nous demandions si le questionnaire lui avait permis de réfléchir sur des points particuliers concernant sa grossesse ; la patiente avait le choix entre trois réponses :

1. Non ;
2. Sans opinion ;
3. Oui.

4.7.2.2. Partie du feuillet évaluant l'intérêt de chaque questionnaire par le praticien

La seconde partie du feuillet est à remplir par le praticien (**Annexe 5**). Elle a été créée dans le but d'évaluer le ressenti de ce dernier sur l'intérêt individuel de notre outil pour chacune des patientes interrogées.

Nous avons demandé aux praticiens de répondre à une liste de quatre questions à réponses fermées, construits sur le même modèle que celui utilisé pour la première partie du feuillet, type Likert.

- A la première question, nous demandons au praticien sa spécialité :

Généraliste, gynécologue, ou sage-femme.

- La seconde question évalue l'intérêt et l'utilité individuelle ressentie du questionnaire pour chaque patiente :

« Ce questionnaire a-t-il été utile pour la prise en charge de cette patiente ? »,

1. « Pas du tout utile » ;
2. « Peu utile » ;
3. « Sans opinion » ;
4. « Plutôt utile » ;
5. « Tout à fait utile ».

- A la troisième question nous évaluons la capacité pour chaque questionnaire à dépister les risques de la grossesse :

« Ce questionnaire a-t-il été utile pour dépister une grossesse à risque chez cette patiente ? » ; le praticien a le choix entre trois réponses,

1. « Non » ;
2. « Sans opinion » ;
3. « Oui ».

4.7.3. La phase d'élaboration de l'enquête d'opinion finale : recueillant les caractéristiques sociodémographiques des praticiens de l'étude, et leur avis sur la pertinence de l'outil

Pour l'élaboration de ce questionnaire :

- nous nous sommes basés sur les différents travaux de thèse qui ont été réalisés pour d'élaboration d'auto-questionnaires administrés ;
- nous avons demandé conseils auprès du centre méthodologique du pôle Hospitalier Universitaire Felix Guyon.

Les critères d'évaluation ont été élaborés afin de répondre aux hypothèses formulées à partir de la question de recherche, ainsi que pour répondre aux craintes formulées lors du Focus Groupe.

Pour recueillir l'avis des praticiens et afin de diminuer leur temps de réponse et simplifier leur participation, les questions ouvertes ont été limitées.

Pour élargir leur choix de réponse, comme pour le feuillet détachable nous leur avons demandé de répondre à un questionnaire construit sur un modèle type échelle de Likert (donnant le choix entre cinq réponses possibles en moyenne).

Ce questionnaire s'articule en deux parties (**Annexe 6**) :

- une première partie concerne le recueil de données générales sur le praticien.

Elle est composée de dix questions et deux sous-questions qui déterminent les caractéristiques sociodémographiques de chaque praticien impliqué dans l'étude : Comment le praticien a-t-il été contacté, son âge, son sexe, sa spécialité, son lieu, mode et secteur d'exercice, son ancienneté d'installation (plus ou moins 15 ans), son type d'activité (rurale, urbaine..), le nombre annuel de grossesses suivies et jusqu'à quel terme, et enfin si le praticien fait partie du réseau REPERE.

- une seconde partie concerne l'évaluation de l'outil (le QAA destiné aux patientes) par les médecins généralistes ayant participé à l'étude.

Elle s'articule autour de quatorze questions :

Douze questions fermées avec une possibilité de cinq réponses type échelle de Likert.

Deux questions ouvertes demandant, d'une part de détailler les raisons éventuelles qui feraient perdre du temps lors de l'utilisation de l'outil (question 10) ; et d'autre part d'indiquer les éventuels changements que les participants voudraient y apporter (question 14).

- ❖ La première question demande au praticien **s'il a pu effectuer l'étude**, et sinon, d'en expliquer la ou les raisons :

« Par oubli », par « manque de temps », parce qu'ils n'ont « pas eu à suivre de grossesses durant la période test » ; ou encore, parce qu'ils n'ont « pas récupéré les questionnaires ».

- ❖ La seconde question, évalue **la facilité de mise en œuvre de l'outil** auprès des participants :

La personne pouvait nuancer son degré d'accords selon une échelle allant de 1 à 5, de « très compliqué », à « très facile ».

- ❖ Les troisième et quatrième questions testent **l'intérêt du questionnaire dans l'amélioration du recueil d'informations** :

- la troisième question demande si le questionnaire a aidé à rendre plus exhaustif le recueil des informations médicales chez leurs patientes ;

- la quatrième question demande si le questionnaire a permis de dépister des risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez les patientes.

- ❖ La cinquième question teste l'intérêt du questionnaire dans la relation médecin malade.

- ❖ Les sixième et septième questions testent l'intérêt du questionnaire dans l'éducation, la participation et la responsabilisation de la patiente :

- Sixième question : « L'utilisation de ce questionnaire a-t'il permis une plus grande participation de la patiente lors de la consultation ? » ;
- Septième question : « L'utilisation de ce questionnaire a-t'il permis une plus grande responsabilisation de la patiente vis à vis des risques de sa grossesse ? ».

- ❖ La huitième question teste l'intérêt du questionnaire dans la structuration de la consultation.

- ❖ Les neuvième et dixième questions testent l'intérêt du questionnaire dans la modification de la durée de consultation :

- Neuvième question : s'il a fait gagner du temps ;
- Dixième question : au contraire s'il lui fait perdre du temps.

- ❖ La onzième question évalue le ressenti vis-à-vis de la longueur du questionnaire.

Il y a quatre possibilités de réponse : « trop long », « adapté », « trop court », ou « sans opinion ».

- ❖ La douzième question évalue le ressenti vis-à-vis l'utilité globale du questionnaire.

- ❖ La treizième question évalue la poursuite de l'utilisation du questionnaire par les utilisateurs dans leur pratique.

- ❖ A la quatorzième question les praticiens peuvent notifier les modifications qu'ils veulent y apporter.

5. RÉSULTATS

5.1. Les résultats de la recherche bibliographique

5.1.1. Les différents types de questionnaires et leurs utilisations

Les questionnaires auto-administrés (ou auto-questionnaires) sont des outils pratiques, pouvant permettre d'explorer succinctement les principaux problèmes médicaux des patients et leurs ressentis éventuels ; ou peuvent permettre un bilan éducationnel, s'ils sont orientés dans ce sens.

5.1.1.1. Les questionnaires auto-administrés globaux

Les meilleurs exemples en sont :

- ceux des centres de santé ou des organismes d'assurance maladie qui utilisent des QAA globaux permettant une appréciation large de l'état de santé de l'intéressé, axés sur les principaux enjeux de santé publique ;
- ou ceux des compagnies d'assurances qui ont comme but le repérage de problèmes pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou les capacités de travail du futur assuré, pour permettre de sélectionner les meilleurs candidats à l'entrée dans l'assurance.

D'autres QAA sont des outils épidémiologiques permettant une recherche descriptive de l'état de santé d'une population.

5.1.1.2. Les questionnaires spécifiques

5.1.1.2.1. Selon les antécédents familiaux

La mise à jour des antécédents familiaux des patients représente un casse-tête quotidien pour les médecins de premier recours. L'importance de ces antécédents est par exemple déjà établi pour les pathologies cardiovasculaires (calcul du RCVA), la démence d'Alzheimer ou les fractures ostéoporotiques. De même, la connaissance des antécédents est déterminante dans les campagnes de dépistage de certains cancers.

5.1.1.2.2. Selon la pathologie

Les conduites addictives ou les problèmes psychiatriques sont des thèmes de prédilection pour ces QAA. Le dossier validé par la Société française de Tabacologie est l'archétype de ce type de questionnaire. Un questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété est utilisé pour évaluer les critères diagnostiques des troubles de l'anxiété généralisée. Il contient un sous-questionnaire de repérage des troubles anxio-dépressifs ou de mésusage d'alcool [48, 49].

Plusieurs types d'outils auto-administrés à visée topographique ou de description verbale (questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA), ou des questionnaires concis sur les douleurs (QCD)) sont validés pour l'évaluation de la douleur.

5.1.1.2.3. Explorant de la qualité de vie

Elle repose essentiellement sur une évaluation par les patients eux-mêmes des répercussions de leur état de santé sur leur bien-être physique, psychologique et social tel qu'ils le perçoivent.

5.2. Les résultats de l'enquête d'opinion initiale auprès des médecins

L'enquête initiale a été proposée à 260 médecins. Le nombre de participants ayant réellement répondu à l'enquête est de 62, ce qui fait un taux de réponse à 23.85 %.

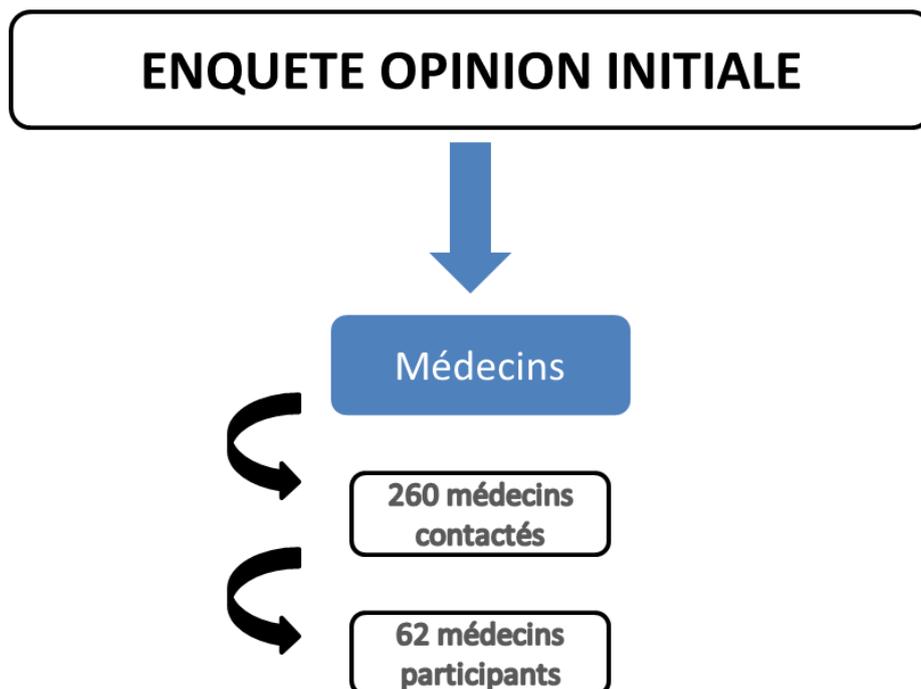


Figure 8 : Schéma récapitulatif de l'enquête d'opinion initiale.

5.2.1. Les résultats détaillés par questions

➤ Réponses à la première question : « Que pensez-vous de l'utilité de la consultation préconceptionnelle recommandée par la HAS ? (Pour les couples et les femmes désireuses d'enfant) »

- 1 participant (1.61 % des participants) a répondu que la consultation préconceptionnelle recommandée par la HAS n'est « Pas du tout utile » ;
- 6 participants (9.68 % des réponses) ont répondu « Plutôt pas utile » ;
- 11 participants (17.74 %) « Sans opinion » ;
- 26 participants ont répondu « Plutôt utile » (41.94 % des réponses) ;
- 18 participants ont répondu « Tout à fait utile » (29.03 % des réponses).

Les items « Pas du tout d'utilité » et « Plutôt pas d'utilité » ont été regroupés par soucis de clarté, de même que les items « Tout à fait utile » et « Plutôt utile ».

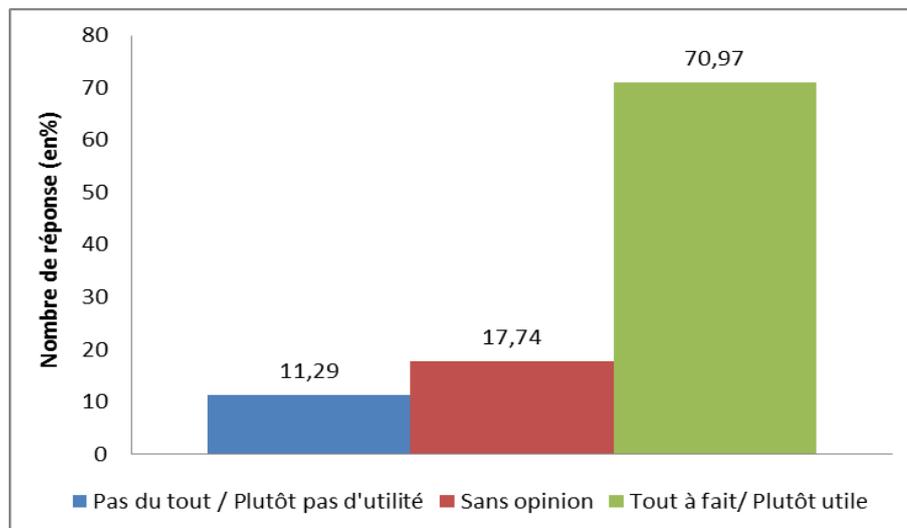


Figure 9 : Réponses des praticiens à la question concernant l'utilité de la consultation préconceptionnelle recommandée par la HAS (n=62).

➤ Réponses à la seconde question : « Pensez-vous que le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...) chez les femmes en début de grossesse, ou désireuse de le devenir, constitue une longue étape lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ? »

- 3 participants (4.84 %) ont répondu qu'ils n'étaient « Pas du tout d'accord » ;
- 24 participants (38.71 %) ont répondu qu'ils n'étaient « Plutôt pas d'accord » ;
- 3 participants (4.84 %) ont répondu « Sans opinion » ;
- 23 participants (37.10 %) ont répondu qu'ils étaient « Plutôt d'accord » ;
- 9 participants (14.52 %) ont répondu qu'ils étaient « Tout à fait d'accord ».

Les items « Pas du tout d'accord » et « Plutôt pas d'accord » ont été regroupés par soucis de clarté, de même que les items « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord ».

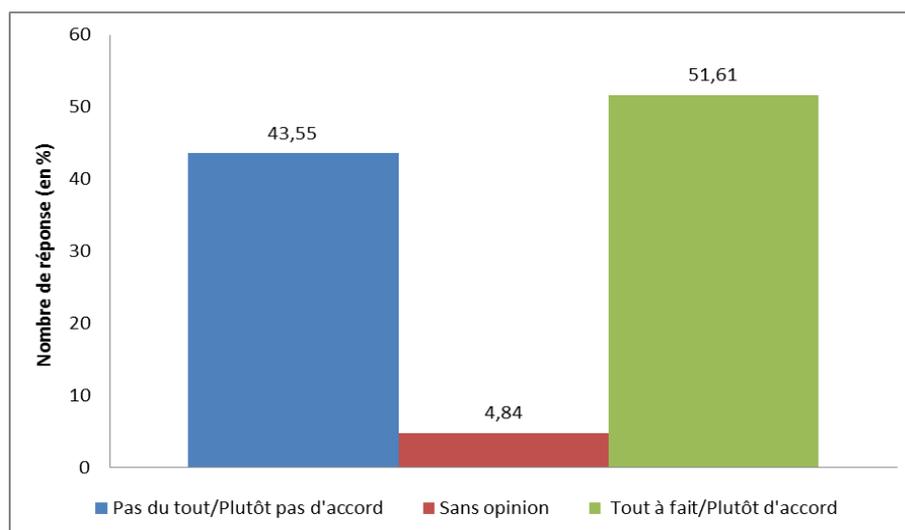


Figure 10 : Réponses des praticiens concernant leur avis sur le temps du recueil des antécédents médicaux chez la femme en début de grossesse (n=62).

➤ Réponses à la troisième question : « Que pensez-vous de l'utilité d'intégrer un outil d'aide à la pratique, dans le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ? »

- 1 participant (1.61 %) a répondu qu'il n'y trouvait « Pas du tout d'utilité » ;
- 5 participants (8.06 %) ont répondu « Plutôt pas d'utilité » à penser intégrer cet outil ;
- 5 participants (8.06 %) sont « Sans opinion » ;
- 37 participants (59.68 %) ont répondu « Plutôt utile » à la question ;
- 14 participants (22.58 %) ont répondu « Tout à fait d'accord » à intégrer un outil dans ce cas.

Les items « Pas du tout d'utilité » et « Plutôt pas d'utilité » ont été regroupés par soucis de clarté, de même que les items « Tout à fait utile » et « Plutôt utile ».

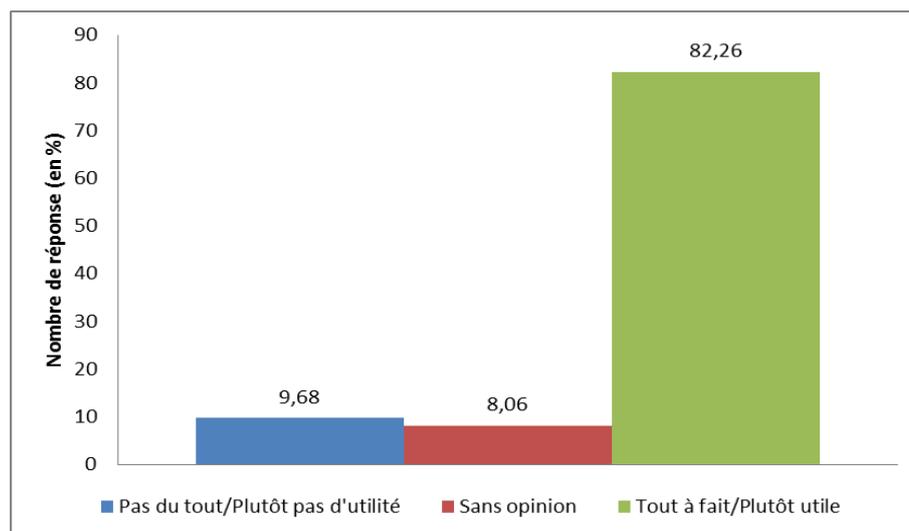


Figure 11 : Réponses des praticiens concernant l'utilité d'intégrer un outil pour le recueil des antécédents médicaux chez la femme en début de grossesse (n=62).

➤ Réponses à la quatrième question : « Un outil, sous forme d'un questionnaire auto-administré, pour le recueil des antécédents médicaux, vous paraîtrait-il adapté pour vous aider lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ? »

- 2 médecins (3.23 %) ont répondu « Pas du tout adapté » ;
- 11 participants (17.74 %) pensent qu'il n'est « Plutôt pas adapté » ;
- 10 participants (16.13 %) sont « Sans opinion » ;
- 30 participants (48.39 %) ont répondu « Plutôt adapté » ;
- 9 professionnels (14.52 %) ont répondu « Tout à fait adapté ».

Les items « Pas du tout adapté » et « Plutôt pas adapté » ont été regroupés par soucis de clarté, de même que les items « Tout à fait adapté » et « Plutôt adapté ».

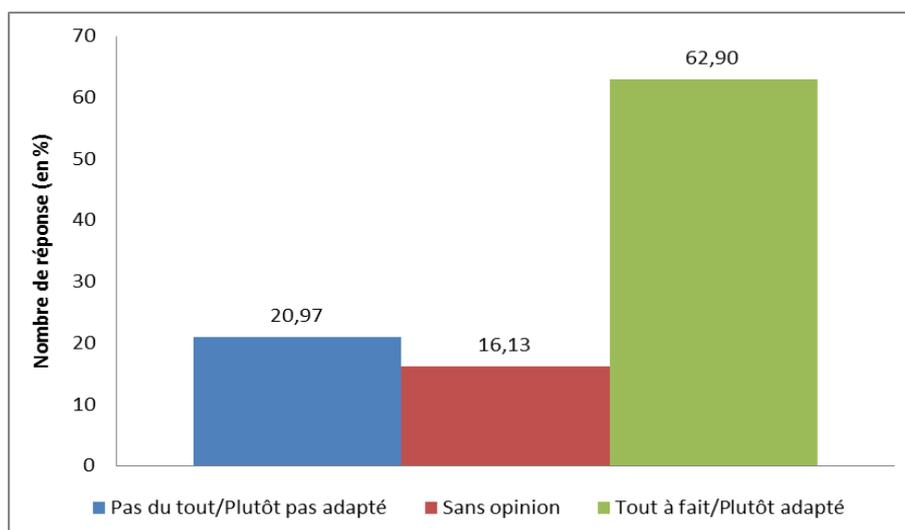


Figure 12 : Réponses des praticiens concernant l'utilisation d'un outil sous forme d'auto-questionnaire (n=62).

➤ Réponses à la cinquième question : « Accepteriez-vous, de participer à un travail de thèse sur l'évaluation d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil des antécédents chez les femmes enceintes ? »

- 17 médecins ont répondu « Non » ;
- 6 participants ont répondu « Ne sais pas » ;
- 5 participants sont « Sans opinion » ;
- 34 participants ont répondu « Oui ».

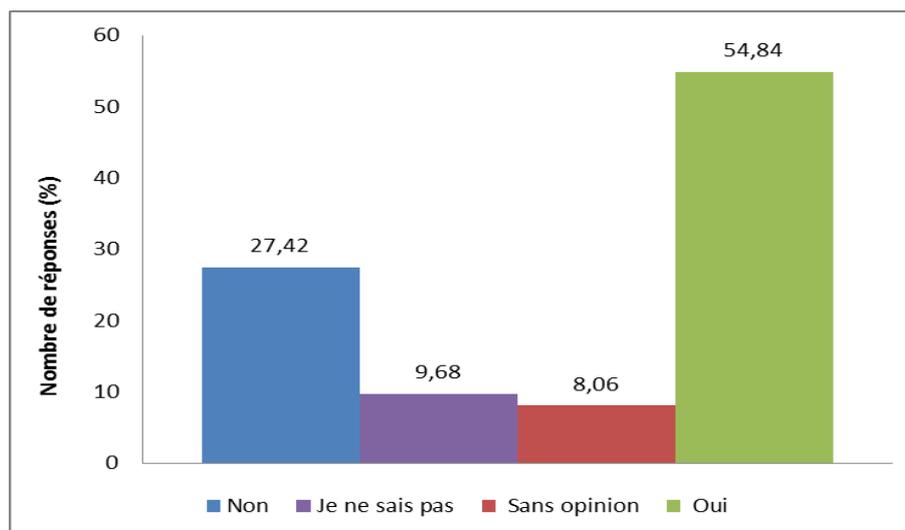


Figure 13 : Réponses des praticiens concernant la participation à une étude concernant l'évaluation de l'auto-questionnaire (n=62).

5.2.2. Les résultats par groupes

5.2.2.1. Parmi le groupe ayant répondu favorablement à la première question

Parmi les sondés, 44 participants pensent que la consultation préconceptionnelle de la HAS est « Plutôt utile » ou « Tout à fait utile » ;

- parmi cet échantillon, 90.91 % pensent qu'un outil d'aide à la pratique dans le recueil des antécédents est « Plutôt utile » ou « Tout à fait utile » ;
- 70.65 % des interrogés ont répondu « Plutôt adapté » ou « Tout à fait adapté » un outil sous forme d'auto-questionnaire.

2. Pensez-vous que le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), chez les femmes en début de grossesse, ou désireuse de le devenir, constitue une longue étape lors de vos premières consultations du suivi de grossesse?		Pas du tout/Plutôt pas d'accord	Tout à fait/ Plutôt d'accord
	n (%)	22 (50.00 %)	22 (50.00 %)
3. Que pensez-vous de l'utilité d'intégrer un outil d'aide à la pratique, dans le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ?		Pas du tout/Plutôt pas d'utilité	Tout à fait/Plutôt utile
	n (%)	3 (6.82 %)	40 (90.91 %)
4. Un outil, sous forme d'un questionnaire auto-administré, pour le recueil des antécédents médicaux, vous paraîtrait-il adapté pour vous aider lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ?		Pas du tout/Plutôt pas adapté	Tout à fait/Plutôt adapté
	n (%)	9 (20.45 %)	31 (70.45 %)

TABLEAU 1 : REPONSES DES PARTICIPANTS FAVORABLES A LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE MISE EN PLACE PAR LA HAS.

5.2.2.2. Parmi le groupe ayant répondu non favorablement à la première question

Parmi les sondés, 7 participants pensent que la consultation préconceptionnelle de la HAS n'a « Pas du tout d'utilité » ou « Pas d'utilité » ;

- parmi cet échantillon, 57.14 % ont répondu « Plutôt utile » ou « Tout à fait utile » à la question sur l'utilité d'intégrer un outil d'aide à la pratique dans le recueil des antécédents ;
- et 42.86 % des interrogés de cet échantillon, ont répondu « Plutôt adapté » ou « Tout à fait adapté » à la question leur demandant leur opinion sur le fait qu'un outil sous forme d'auto-questionnaire serait adapté (un participant n'a pas répondu).

2. Pensez-vous que le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), chez les femmes en début de grossesse, ou désireuse de le devenir, constitue une longue étape lors de vos premières consultations du suivi de grossesse?		Pas du tout/Plutôt pas d'accord	Tout à fait/Plutôt d'accord
	n (%)	2 (28.57 %)	5 (71.43 %)
3. Que pensez-vous de l'utilité d'intégrer un outil d'aide à la pratique, dans le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ?		Pas du tout/Plutôt pas d'utilité	Tout à fait/Plutôt utile
	n (%)	3 (42.86 %)	4 (57.14 %)
4. Un outil, sous forme d'un questionnaire auto-administré, pour le recueil des antécédents médicaux, vous paraîtrait-il adapté pour vous aider lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ?		Pas du tout/Plutôt pas adapté	Tout à fait/Plutôt adapté
	n (%)	3 (42.86 %)	3 (42.86 %)

TABLEAU 2 : REPONSES DES PARTICIPANTS NON FAVORABLES A LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE MISE EN PLACE PAR LA HAS.

5.3. Les résultats de la phase pré-test

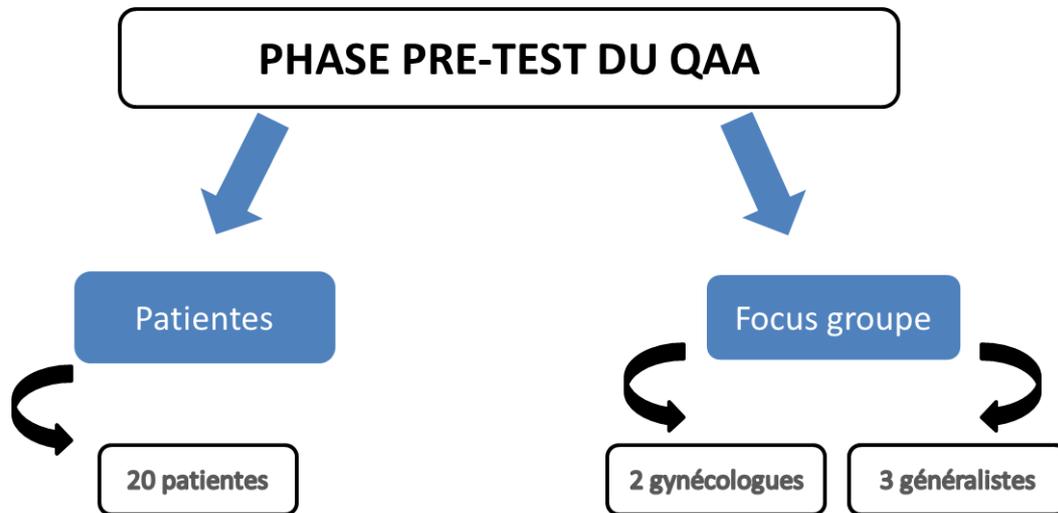


Figure 14 : Schéma récapitulatif de la phase pré-test du QAA.

5.3.1. Les résultats de la phase pré-test évaluant la compréhension de l'auto-questionnaire auprès d'un échantillon de patientes

Durant ce test, le premier prototype du questionnaire a été testé auprès d'un échantillon de 20 patientes. Voici les résultats, qui par soucis d'une meilleur compréhension sont présentés par cadre.

5.3.1.1. Pour le premier cadre intitulé « Votre identité »

Ce cadre a été correctement rempli par 15 patientes.

Cinq patientes n'ont pas indiqué leur numéro de téléphone.

L'ensemble des participantes ont indiqué leur âge : l'âge moyen des patientes de l'étude est de 27.9 ans. L'âge médian est de 28.5 ans. L'étendue des âges va de 17.5 à 42 ans.

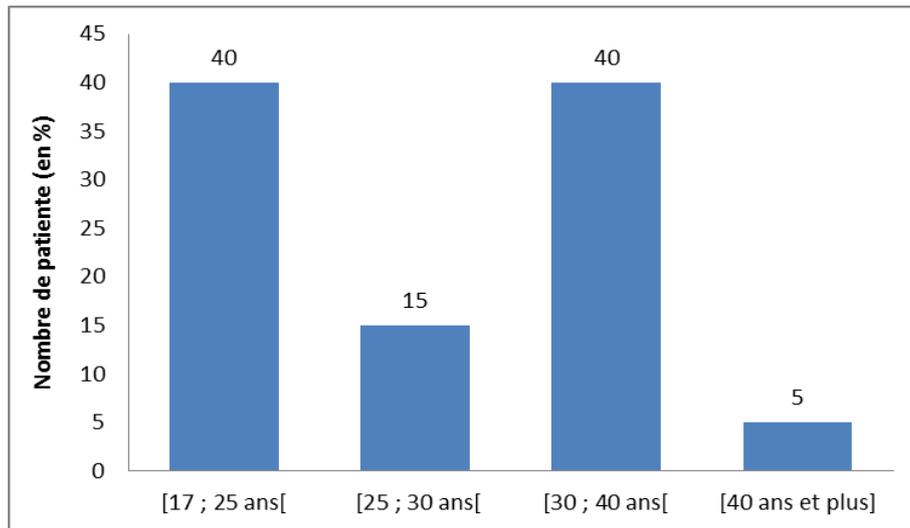


Figure 15 : Classement de patientes par tranche d'âge (n=20).

5.3.1.2. Pour le second cadre intitulé « Votre mode de vie »

Ce cadre est constitué de huit questions.

- A la question « Quelle est votre profession ? » : 19 patientes ont répondu.
- A la question « Quelle est la durée de votre trajet quotidien (domicile-travail) ? » : 13 personnes ont répondu, 7 n'ont pas donné de réponses.
- A la question « Quel est votre mode de transport ? » 16 personnes ont répondu, dont 3 personnes n'ayant pas de situation professionnelle, 4 n'ont pas donné de réponse.
- A la question « Vivez-vous seule ? », 17 personnes ont répondu à la question. Parmi ces réponses : 2 ont dit « oui », 15 « non ». Trois personnes n'ont pas répondu à cet item.
- L'ensemble des participantes ont répondu aux questions concernant la consommation de toxiques (tabac, alcool, zamal, et autres drogues...). Six patientes ont indiqué consommer du tabac avant leur grossesse, dont une pendant également. Deux patientes ont indiqué qu'elles avaient consommé de l'alcool avant leur grossesse.

Pour ce cadre, trois questionnaires n'ont pas été complètement remplis, concernant les questions « Quelle est votre profession » et « Vivez-vous-seule ? ».

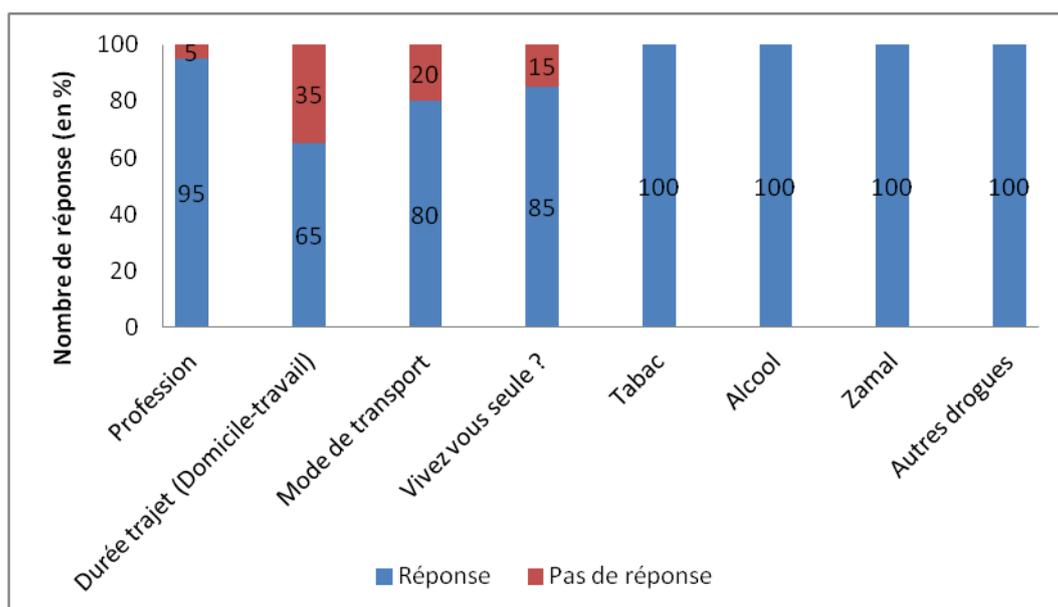


Figure 16 : Nombre de réponses correspondant à l'encadré « Votre mode de vie ».

5.3.1.3. Pour le troisième cadre intitulé « Votre histoire médicale familiale »

Ce cadre est composé de neuf questions à réponses fermées et à choix multiples.

- La totalité des patientes ont répondu « Non » aux items concernant :
 - o l'existence de maladies héréditaires ou génétiques au sein de la famille ;
 - o la possibilité d'avoir eu des enfants atteints de maladies congénitales, de malformations et de maladies héréditaires ou génétiques ;
 - o la possibilité que le père du bébé soit un membre de la famille.
- A la question «Y- a-t-il dans votre famille des personnes ayant du diabète ? », 8 patientes ont répondu « Oui » et 12 « Non ».
- A la question «Y-a-t-il dans votre famille des personnes ayant de la tension artérielle ? », 9 patientes ont répondu « Oui » contre 10 «Non ». Un questionnaire n'a pas été rempli pour cet item.
- A la question «Y-a-t-il dans votre famille des personnes ayant des problèmes de formation de caillots dans le sang et/ou dans les veines? », 2 patientes ont répondu « Oui » contre 17 « Non ». Un questionnaire n'a pas été rempli pour cet item.
- A la question « Y-a-t-il dans votre famille des personnes ayant des problèmes de maladies du sang? », 1 patiente a répondu « Oui » contre 18 « Non ». Un questionnaire n'a pas été rempli pour cet item.
- un seul et même questionnaire ne comporte aucune réponse concernant les questions « Y-a-t-il dans votre famille des personnes ayant de la tension artérielle ?, des problèmes de formation de caillot dans le sang et/ou dans les veines ?, des maladies du sang ? ».

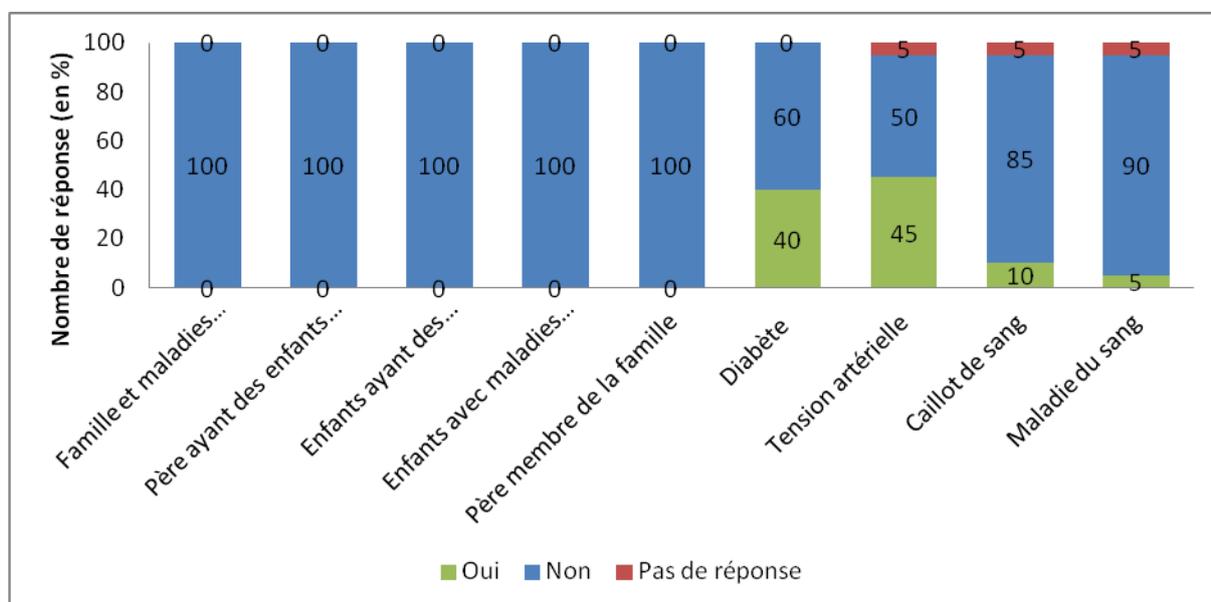


Figure 17 : Nombre de réponses correspondant à l'encadré « Votre histoire familiale ».

5.3.1.4. Pour le quatrième cadre intitulé « votre histoire médicale »

Rappelons que ce cadre est composé de seize questions.

- Treize personnes ont répondu à la question portant sur le poids et la taille, 7 n'ont pas répondu.
- A la question concernant le groupe sanguin, 16 participantes ont répondu « Oui » à la question, contre 4 « Non ». Parmi les patientes connaissant leur groupe sanguin, 8 patientes ont déclaré qu'elles étaient O⁺, 7 patientes A⁺ et 1 patiente B⁺.
- A la question concernant le diabète, une seule participante a répondu « Oui », 19 « Non ».
- A la question concernant la tension artérielle, 2 patientes ont répondu « Oui » contre 18 « Non ».
- La totalité des patientes ont répondu « Non » aux items concernant :
 - o le fait qu'elles aient un cancer ;
 - o le fait qu'elles aient des maladies du sang ;
 - o ou le fait qu'elles aient des problèmes de formation de caillots dans le sang et/ou dans les veines.
- A la question concernant l'anémie, 4 personnes ont répondu « Oui », 16 « Non ».
- A la question concernant les transfusions sanguines, 2 patientes ont répondu « Oui » et 18 « Non ».
- La moitié des patientes ont déjà été opérées. L'autre moitié a coché « Non ».
- Quatre patientes ont répondu prendre des médicaments. Parmi ces patientes, une seule n'a pas précisé lesquels.
- Trois patientes ont déclaré prendre, ou avoir déjà pris de la Spéciafoldine®.
- Deux personnes déclarent avoir des allergies. Une a précisé être allergique aux poils d'animaux, et l'autre, aux acariens, pollens et poils d'animaux, 17 « Non », une n'a pas répondu.

Au total 8 questionnaires différents n'ont pas été complètement remplis concernant les questions sur le poids, la taille (7 questionnaires) et les allergies (1 questionnaire).

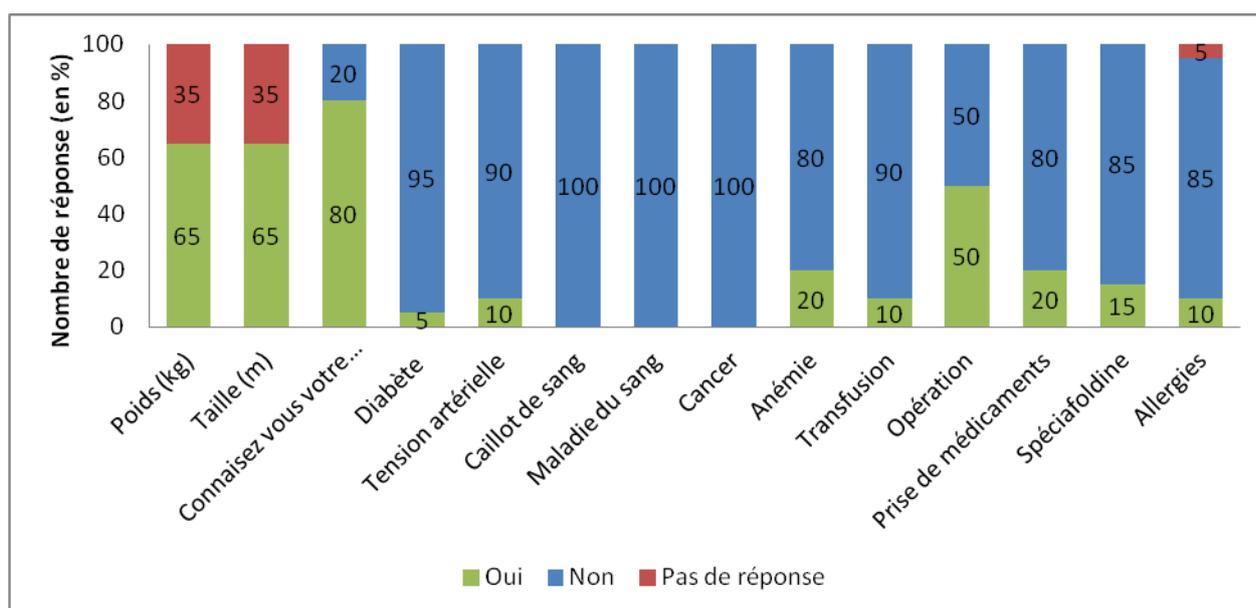


Figure 18 : Nombre de réponses correspondant à l'encadré « Votre histoire médicale ».

5.3.1.5. Pour le cinquième cadre intitulé « Vos vaccinations-maladies transmissibles »

Il contient huit questions (à réponses fermes et choix multiples).

- A propos de la mise à jour des statuts vaccinaux :
 - o pour l'hépatite B : 11 personnes ont répondu « Oui », 7 « Ne sais pas », 1 « Non » et 1 personne n'a pas répondu.
 - o pour le ROR : 12 personnes ont répondu « Oui », 7 « Ne sais pas » et 1 personne n'a pas répondu.
 - o pour le DTP : 11 personnes ont répondu « Oui », 7 « Ne sais pas » et 2 personnes n'ont pas répondu.
- A la question « Avez-vous eu la varicelle ? » : 14 personnes ont répondu « Oui », 2 « Non », 14 « Ne sais pas ».
- A la question « Avez-vous déjà été immunisé contre la toxoplasmose ? » : 4 personnes ont répondu « Oui », 8 « Non », 6 « Ne sais pas » et 2 n'ont pas répondu à la question.
- Aux questions « Avez-vous déjà eu de l'herpès génital ? » et « Avez-vous eu des maladies sexuellement transmissibles ? » : 19 personnes ont coché « Non » et 1 « Ne sais pas » (au sujet de l'herpès).
- A la question « Avez-vous le SIDA ou le VIH ? », l'ensemble des patientes ont coché « Non ».

Au total quatre questionnaires n'ont pas été remplis complètement. Deux n'ont pas trouvé de réponses concernant la question sur la toxoplasmose, un concernant le DTP et un concernant l'hépatite B, le ROR et le DTP.

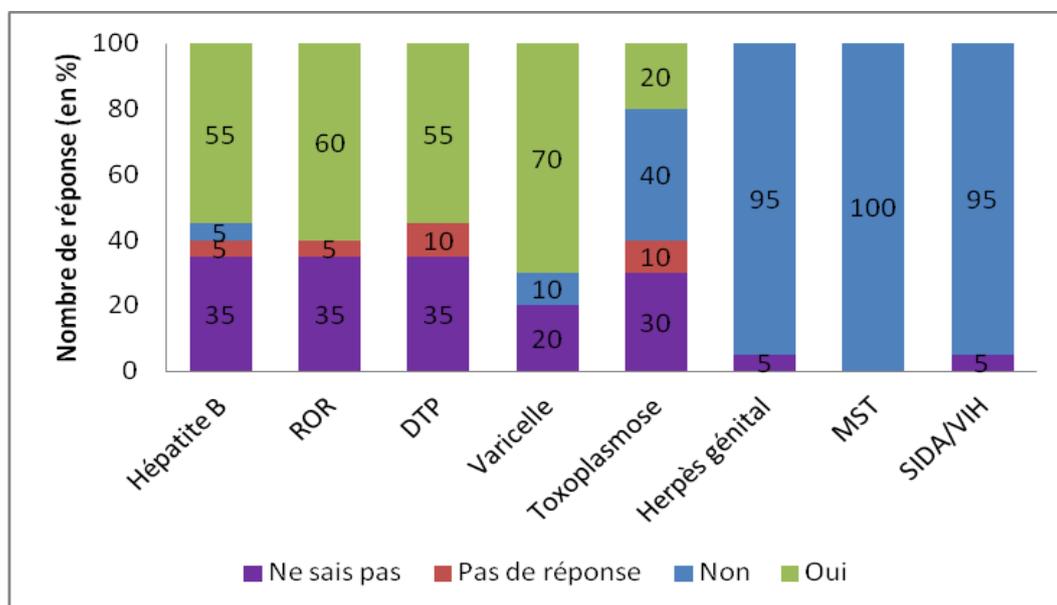


Figure 19 : Nombre de réponses correspondant à l'encadré « Vos vaccinations et maladies transmissibles ».

5.3.1.6. Pour le sixième cadre intitulé « Votre histoire gynécologique »

Il contient quatorze questions.

Un seul questionnaire n'a pas trouvé de réponses pour ce cadre.

Parmi les 19 questionnaires complétés :

- dans cinq questionnaires, la date des dernières règles n'a pas été mentionnée ;
- pour l'ensemble des patientes ayant répondu :
 - o 8 patientes étaient au 1^{er} trimestre de leur grossesse ;
 - o 5 patientes étaient au 2nd trimestre de leur grossesse ;
 - o 2 patientes étaient au 3^{ème} trimestre de leur grossesse.

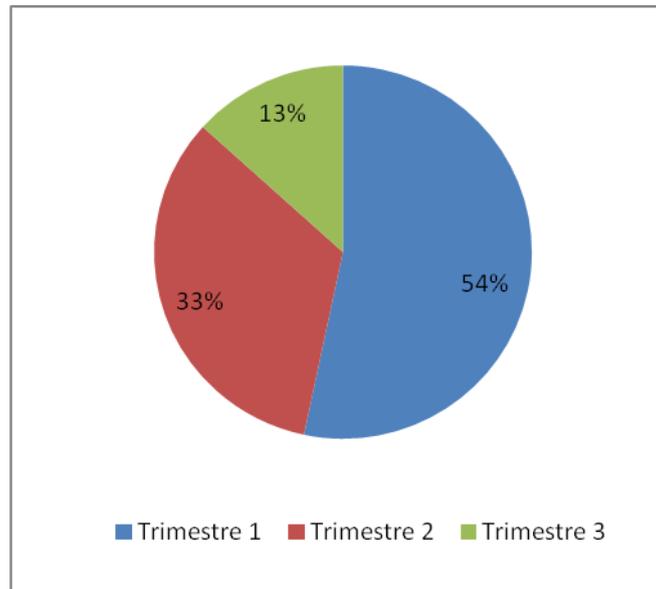


Figure 20 : Nombre de patientes classées en fonction de leur trimestre de grossesse (n=15).

- A la question « Vos règles étaient-elles régulières ? » 15 patientes ont coché « Oui », 4 « Non ».
- A la question « Quel était votre moyen de contraception avant la grossesse ? » 4 ont coché « Préservatif », 13 « Pilule », 1 « Stérilet », 1 « Implant ».
- A la question « Avez-vous fait un frottis cervico-vaginal de moins de 3 ans ? », 12 ont répondu « Oui », 6 « Non » et 1 n'a pas donné de réponse.
- A la question « Combien d'enfant avez-vous ? », 3 ont répondu « 0 », 10 ont répondu « 1 », 2 ont répondu « 2 », 2 ont répondu « 3 », une a répondu « 4 » et une « 6 ».
- A la question « Combien de fois avez-vous été enceinte ? », 2 patientes ont répondu « 0 », 7 ont répondu « 1 », 2 ont répondu « 2 », 4 ont répondu « 3 », une a répondu « 4 », une « 5 », une « 8 » et enfin une a répondu « 8 ».
- A la question « Avez-vous eu une IVG ? », 6 patientes ont « Oui » dont 4 « une fois », 1 « deux fois » et 1 « six fois ». Onze patientes ont coché « Non » et une n'a pas donné de réponse.

- A la question « Avez-vous eu une/des fausse(s) couche(s) ? », 5 ont coché « Oui » dont 4 ont précisé « 1 fausse couche » et 1 « 2 fausses couches », et 14 ont coché « Non ».
- A la question « Avez-vous eu une/des grossesse(s) extra-utérine ? », 19 patientes ont coché « Non ».
- A la question « Avez-vous eu une interruption médicale de grossesse ? », 1 patiente a coché « Oui » et a précisé « pour une malformation cardiaque », 18 ont répondu « Non ».

Au total pour ce cadre, 7 questionnaires ne sont pas totalement complétés et 1 ne présente aucune réponse.

5.3.1.7. Pour le septième cadre intitulé « détaillez vos accouchements précédents »

Il s'agit du tableau à cinq colonnes.

- Une seule patiente n'a pas complétée, ni le terme, ni le poids de naissance de son enfant.
- L'ensemble des 19 autres patientes ont complété les colonnes. Parmi les réponses données, 4 enfants de deux patientes différentes sont nés prématurés, ou avec un RCIU (inférieur à 37 SA ou inférieur à 2 500 g).
- Le nombre d'enfants par patiente : la moitié des patientes interrogées ont déjà eu au moins 1 enfant. Deux patientes ont eu 2 enfants. Deux patientes ont déjà eu 3 enfants. Une patiente a déjà 4 enfants et une à 6 enfants. Quatre patientes n'ont pas encore d'enfants (N° 6, 13, 16, 19).

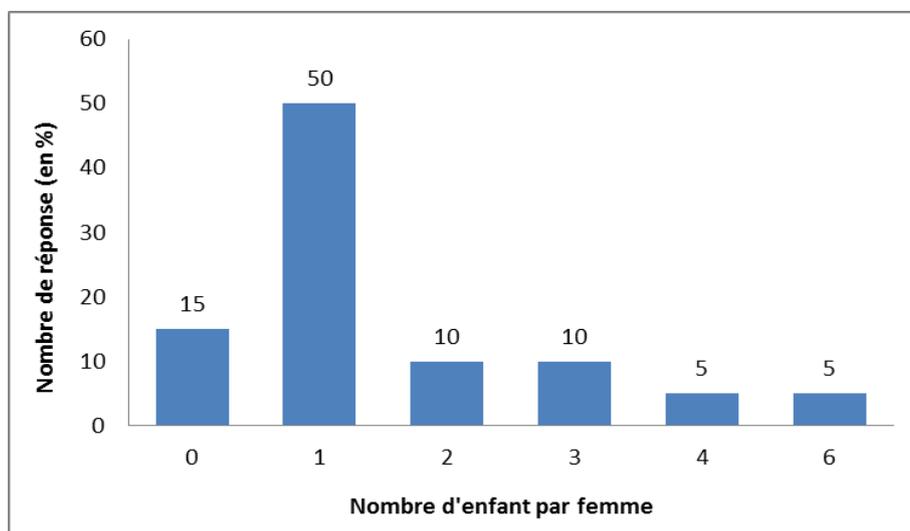


Figure 21 : Nombre de patientes classées en fonction du nombre d'enfants (n=19).

5.3.1.8. Pour le huitième cadre intitulé « vos grossesses précédentes »

Il contient douze questions.

7 questionnaires présentent des cases cochées. Parmi ceux-là :

- deux patientes ont coché la case « un diabète gestationnel ».
- une patiente la case « une hypertension artérielle ».
- deux patientes la case « un bébé né prématuré (inférieur à 37 semaines d'aménorrhées) ».
- une patiente la case « une hémorragie après l'accouchement (post-partum).
- une patiente la case « des infections urinaires à répétition (supérieure à 2).
- quatre patientes ont coché la case « une menace d'accouchement prématuré »

Parmi ces patientes :

- une patiente a coché à la fois :
 - un bébé né prématuré (inférieur à 37 semaines d'aménorrhées) ;
 - et une menace d'accouchement prématuré.
- une autre a coché à la fois :
 - hypertension artérielle ;
 - et une menace d'accouchement prématuré.
- enfin une dernière a coché à la fois :
 - un bébé né prématuré (inférieur à 37 semaines d'aménorrhées) ;
 - une menace d'accouchement prématuré ;
 - infections urinaires à répétition.
- pour les autres patientes, une seule case a été cochée.

5.3.1.9. Le nombre de réponses par cadre

Les cadres présentant le moins de réponses sont les cadres 4 et 6. Notamment pour les questions concernant le poids, la taille et la date des dernières règles.

Pour cette figure, nous n'avons pas pris en compte les réponses du cadre N°8.

Le pourcentage global de réponses aux questions ouvertes est de 92.8 %, pour les questions à réponses fermées, ceci représente 97.2 % de réponses.

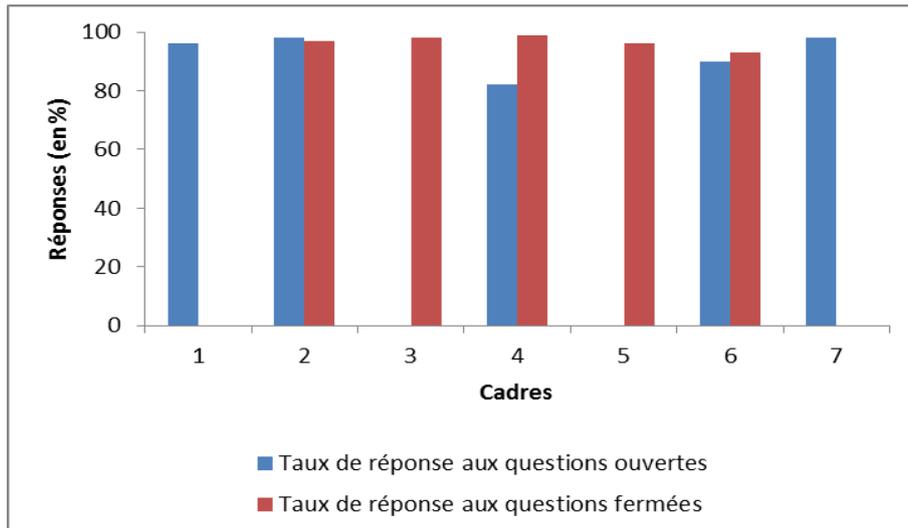


Figure 22 : Taux de réponses par cadre (n=20).

5.3.1.10. Les réponses par patiente

Au total 5 questionnaires sont totalement complétés. En moyenne 1.9 questions n'ont pas été complétées par les patientes.

Parmi les 15 questionnaires incomplets on retrouve :

- 5 patientes n'ayant pas répondu à une seule question ;
- 5 patientes n'ayant pas répondu à deux questions ;
- 1 patiente n'ayant pas répondu à trois questions ;
- 2 patientes n'ayant pas répondu à quatre questions ;
- 1 patiente n'ayant pas répondu à six questions ;
- 1 patiente n'ayant pas répondu à sept questions.

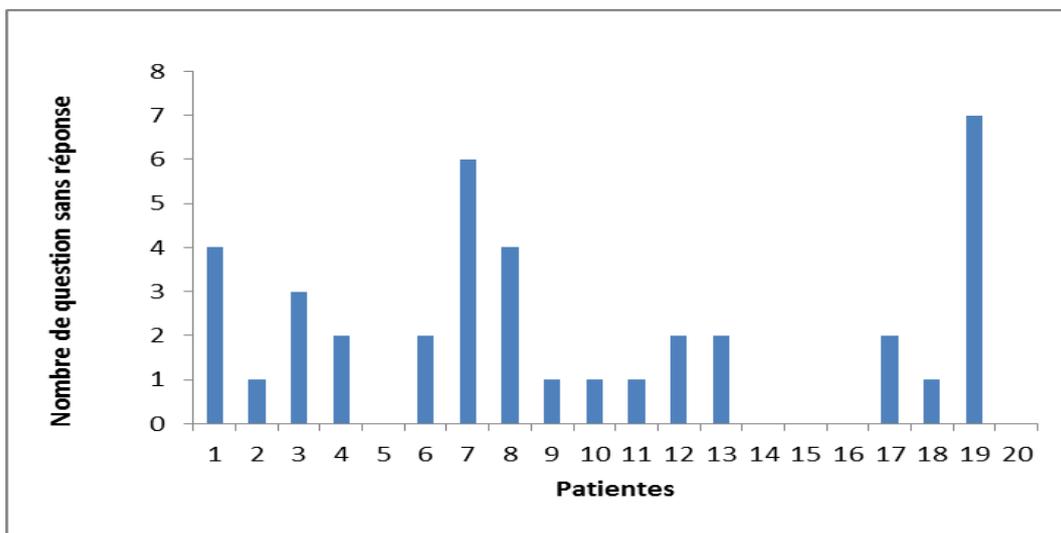


Figure 23 : Nombre de questions sans réponse par patientes du cadre 1 à 7, sur un total de n= 60 questions.

5.3.2. Les résultats de la phase pré-test auprès du Focus Groupe

Le focus groupe a eu lieu en fin mars 2014.

Caractéristiques des médecins participants : Un gynécologue hospitalier (directeur de thèse) ; un gynécologue installé dans l'ouest de l'île et trois médecins généralistes installés.

5.3.2.1. L'analyse des données

L'analyse des données qualitatives est la méthode la plus répandue pour étudier les interviewés. Cette méthode qui rend compte des avis des participants reste la plus objective [46].

La phase de collecte des données s'est déroulée au-cour d'une séance de deux heures.

Les paroles de chaque intervenant ont été notées et retranscrites sur support papier par moi-même.

➤ Critères positifs exprimés par les médecins :

- Questionnaire utile en tant que trame pour un interrogatoire complet :

« Au lieu d'aller à la pêche aux informations, on peut les avoir à disposition »

« Les antécédents sont notés dans le dossier, mais on n'y revient pas systématiquement, le QAA pourrait peut-être aider à être plus complet »

« Il est plus complet que la première partie du carnet de maternité, et on s'en servira pour le remplir car de toute manière, les patientes ne le font jamais »

- Questionnaire utile à un gain de temps :

« On peut gagner du temps, en demandant déjà les informations aux patientes de leur côté. »

- Questionnaire utile pour une relation médecin-malade plus participative :

« Le fait que la QAA soit remis par le médecin peut être un plus, incitant la patiente à le remplir systématiquement »

« Oui, de toute façon, elles ne remplissent jamais leur carnet de maternité, un questionnaire remis en mains propres, à réponses fermées, pourrait inciter à leur participation plus active »

« Les patientes pourront demander des réponses ou des précisions aux questions non comprises »

« Oui, cela pourrait lui permettre de se prendre en charge, de s'impliquer plus, d'avoir plus de temps pour réfléchir aux questions »

« Cela pourrait aussi l'inciter à réfléchir sur certains aspect de sa grossesse et elle pourrait revenir avec des questions précises, on discute alors plus directement de ces préoccupations»

« Les patientes peuvent de sentir valorisées, par notre demande »

« Il pourrait peut-être aider à créer une consultation différente, plus personnelle ».

- Questionnaire utile pour améliorer le recueil des données :

« Au moins on n'oublie presque rien... »

« Il est certain qu'il y a des questions que je ne pose jamais aux patientes »

« Il peut aussi être intéressant pour dépister des éléments souvent négligés comme celle du conjoint proche au niveau familial... »

➤ **Critères négatifs exprimés par les médecins :**

- La crainte de perdre du temps en utilisant l'outil, par exemple le remplir avec la patiente :

« Avec le peu de temps dont je dispose, je ne voudrais pas me retrouver avec le double de travail, comme pour les questionnaires d'anesthésie, que je dois remplir moi-même.... »

« Pourquoi perdre du temps à collecter des informations dont l'on dispose déjà pour la moitié, comme les antécédents généraux ? »

- La crainte que la patiente ne comprenne pas les questions :

« J'ai des patientes pas très futées, et je doute qu'elles aient la capacité de répondre à ces questions compliquées... »

« Comment fait-on quand elle se savent pas lire ? »

- Le problème du double emploi avec le carnet de maternité, ou l'outil informatique :

« On n'a déjà pas mal d'informations sur les antécédents de nos patientes dans les dossiers, on les connaît bien » ; « ça fait répétition des informations »

« On va perdre du temps si on doit noter les informations sur trois supports différents... »

« Mais on pourrait demander à la secrétaire de saisir les données... »

- Le problème de la longueur du questionnaire a été posé.

- Le problème aussi de son utilité :

« Je connais mes patientes par cœur, ce questionnaire ne me sera d'aucune utilité... »

➤ **Propositions du groupe :**

- distribuer le questionnaire aux femmes dès le désir de grossesse pour aider à réaliser la consultation préconceptionnelle, ou au cours du premier trimestre de leur grossesse par exemple au moment où leur est prescrit le premier bilan biologique : « Parce que l'on a besoin de ces informations au début de la grossesse » ;
- élargir la distribution aux femmes enceintes jusqu'au second trimestre si l'on en trouve la nécessité ;
- ajouter une phrase précisant à la patiente de remplir le questionnaire sans l'aide du praticien ;
- annexer à l'encadrer « Votre mode de vie », si la patiente a connaissance des recommandations la concernant sur l'hygiène de vie durant la grossesse ;

- y ajouter également les toxiques médicamenteux spécifiques consommés à la Réunion (type Artane® et Rivotril®) ;
- ajouter dans l'encadré « Votre histoire familiale » des exemples aux maladies héréditaires (myopathie) et aux maladies congénitales (trisomie) ;
- ajouter dans le cadre « Votre histoire médicale » les items « maladies neurologiques » et « autres » aux pathologies susceptibles d'être présentées par la patiente ;
- préciser vitamine B9 à la question sur la prise de Spéciafoldine® ;
- ajouter à l'encadré « Vos vaccinations-maladies transmissibles », les vaccinations de la grippe et de la coqueluche qui sont recommandées par la HAS en cas d'épidémie, ajouter des exemples pour les maladies transmissibles (type syphilis) ;
- ajouter la question de la connaissance au CMV (car sont recommandées des règles d'hygiène d'éviction des enfants en bas âges) ;
- ajouter à l'encadré « Votre histoire gynécologique » le nombre de fausses couches tardives ;
- ajouter à l'encadré « Vos grossesses précédentes » une réponse à choix multiple avec les choix « oui », « non », et « ne sais pas ». Ajouter la question demandant une hospitalisation lors de grossesse(s) précédente(s), et si elle aurait été prise en charge pour une pathologie au cours d'une grossesse ultérieure. Retirer la question sur les béances du col ;
- ajouter un feuillet détachable à la fin du questionnaire, pour évaluer la faisabilité du questionnaire auprès des patientes et aussi l'intérêt spécifique de chaque questionnaire auprès des praticiens.

5.4. Résultats de la phase pré-test et de l'analyse du Focus groupe : obtention d'un second prototype du questionnaire pour la phase test

Suite aux résultats de la phase test auprès des patientes et à l'analyse du Focus Groupe, le questionnaire a été modifié pour obtenir le second prototype utilisé lors de la phase test (**Annexe 5**).

- Au début du questionnaire, nous avons ajouté une phrase à l'attention des patientes afin de bien insister sur son caractère auto-administré :

« Afin de compléter au mieux ce questionnaire, aidez-vous de votre carnet de santé (et éventuellement de celui de vos enfants et de vos carnets de maternité précédents). Il est à remplir sans l'aide de votre médecin ».

Il a été décidé de distribuer le QAA aux femmes lors de la consultation préconceptionnelle, ou lors des premières consultations du suivi de la grossesse (éventuellement jusqu'au second trimestre si le praticien en voyait l'utilité).

- Au premier encadré « Votre identité » :

Il n'y a pas eu de modifications.

- Au second encadré « **Votre mode de vie** » :

Il y a eu deux modifications :

1. Pour augmenter d'avantage l'implication et la responsabilisation des patientes, nous avons ajouté une question explorant leurs connaissances de l'existence des recommandations sur l'hygiène de vie à respecter durant leur grossesse.

En effet, pendant la grossesse, une alimentation variée et équilibrée est nécessaire et le respect des règles d'hygiène concernant la prévention de certaines maladies transmissibles, est primordiale [44]. De même, une carence avérée doit être corrigée.

2. Nous avons décidé d'adapter la question de consommation des autres drogues, en ajoutant des substances prises en particulier à La Réunion (Rivotril®, et Artane®).

- Au troisième encadré « **Votre histoire médicale familiale** » :

Il y a eu quatre modifications :

1. Nous avons modifié la première question, en demandant s'il y a des personnes atteintes d'une même maladie dans sa famille ou dans celle du père et avons modifié les exemples entre parenthèses (en retirant la drépanocytose et le remplaçant par une maladie plus connue la myopathie) ;
2. Nous avons retiré la question portant spécifiquement sur la famille du père.
3. Nous avons ajouté l'exemple de la trisomie au sujet des maladies congénitales à la troisième question. Car, d'après les recommandations de la HAS ce dépistage doit être obligatoirement proposé au cours du premier trimestre de la grossesse [50].
4. Nous avons ajouté une question sur la prise éventuelle de Distilbène® par la mère de la patiente durant sa grossesse.

- Au quatrième « **Votre Histoire médicale** » :

Il y a eu trois modifications :

1. Ont été ajoutés les items : maladie neurologique dans le cadre de la prise possible d'antiépileptique, et autres maladies ;
2. A la question sur la prise de Spéciafoldine®, a été ajoutée la Vitamine B9 entre parenthèses et également la case « Ne sais pas » aux choix des réponses possibles ;
3. A la question sur les allergies, par soucis de simplicité le cadran des détails pour la réponse a été retiré (aux médicaments et autres).

- Au cinquième encadré « Vos vaccinations-maladies transmissibles » :

Il y a eu trois modifications :

1. Nous avons ajouté la question sur la vaccination contre la grippe et la coqueluche, qui sont des vaccinations recommandées par la HAS chez les femmes enceintes en cas d'épidémie ;
2. Ont été ajoutés pour la question sur les maladies sexuellement transmissibles des exemples tel que : syphilis (car dépistage obligatoire par la HAS au premier trimestre [44]);
3. L'ajout d'une dernière question demande si la patiente connaît l'existence du cytomégalovirus ou CMV (la sérologie n'est pas recommandée durant la grossesse, mais sont les mesures d'hygiènes prévenant sa transmission elles, le sont [44]).

- Au sixième encadré « Votre histoire gynécologique » :

Il y a eu quatre modifications :

1. A été retiré la question sur le mode de contraception avant la grossesse, remplacé par une question demandant la date de l'arrêt de celle-ci ;
2. A été ajoutée une question demandant les antécédents sur une malformation de l'utérus et/ou du vagin ;
3. A été retiré le détail de la question sur l'IVG et la GEU ;`
4. Concernant la question sur les fausses couches, est à préciser le nombre de fausses couches tardives (supérieure à trois mois) pour mieux prévenir d'éventuels risques de menace d'accouchements prématurés concernant la ou les grossesses suivantes.

- Au septième encadré « Détailler vos accouchements précédents » :

Il y a eu une modification :

1. Par souci de clarté a été ajouté entre parenthèse, à la deuxième colonne, le nombre de semaine d'aménorrhée pour la détermination du terme.

- Au huitième encadré « Vos grossesses précédentes » :

Il y a eu six modifications :

1. Ont été ajoutées trois questions, demandant si lors d'une grossesse précédente :
 - il y avait déjà eu une hospitalisation ;
 - si le dépistage du streptocoque B par prélèvement vaginal avait déjà été effectué (systématiquement à chaque grossesse, pour prévenir les infections maternofoetales [37] ;
 - si elles avaient été l'objet d'un suivi particulier pour un autre problème ;
2. Par souci de clarté, nous avons transformé les items à cocher si la patiente avait ces antécédents, en items à cocher selon un choix multiples de trois réponses possibles : « oui », « non », ou « ne sais pas » ;

3. A la question sur le Retard de croissance intra-utérin, a été ajouté petit bébé entre parenthèses ;
4. A la question sur l'éclampsie, « HELLP syndrome » a été retiré ;
5. A la question sur le placenta mal incéré l'item a été remplacé par : « un problème de position du placenta » ;
6. A été retiré la question sur le cerclage utérin.

5.5. Les résultats de la phase test

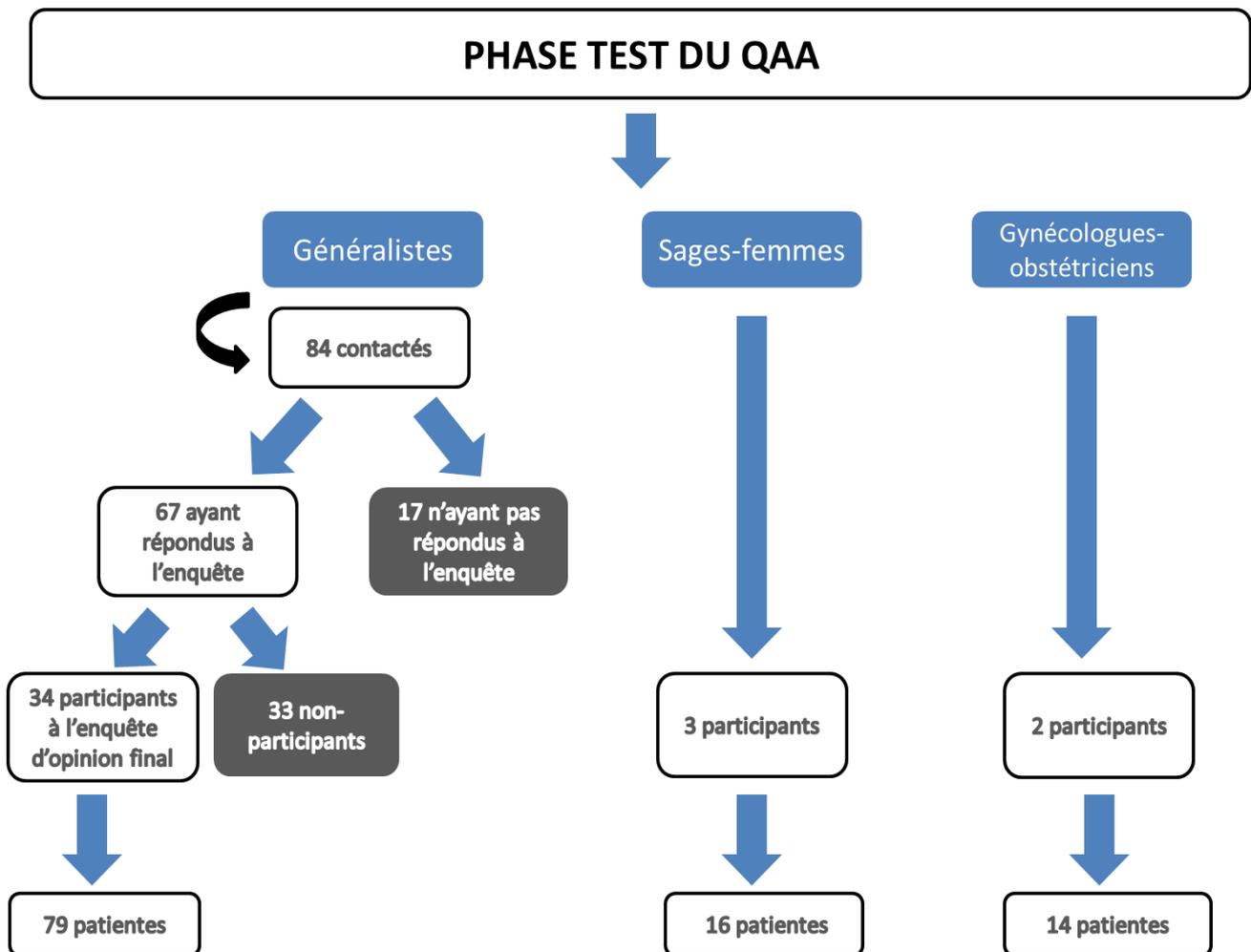


Figure 24 : Schéma récapitulatif de la phase test du QAA.

5.5.1. Les résultats de la phase test auprès des médecins généralistes

5.5.1.1. Les résultats du recueil d'informations des feuillets détachables : évaluant sa compréhension auprès des patientes et son intérêt individuel auprès des praticiens

5.5.1.1.1. Les résultats de l'évaluation anonyme de l'adhésion et de la compréhension de l'outil par les patientes ayant consulté un généraliste

Nous avons récupéré 79 feuillets détachables auprès des praticiens, ce qui correspond à 79 questionnaires remplis (par 79 patientes différentes puisqu'il y a un feuillet à remplir par questionnaire).

L'étude concerne donc les réponses des 79 patientes provenant de 34 praticiens différents.

L'ensemble des patientes ont répondu aux quatre questions posées.

➤ Réponses à la première question : « Avez-vous trouvé ce questionnaire facile à remplir ? »

- 1 patiente a coché « Très difficile » ;
- 3 patientes ont coché « Plutôt difficile » ;
- 4 patientes ont coché « Sans opinion » ;
- 35 patientes ont coché « Plutôt facile » ;
- 36 patientes ont coché « Très facile ».

Par soucis de clarté, les réponses « Très facile » et « Plutôt facile » ont été regroupées ainsi que les réponses « Très difficile » et « Plutôt difficile ».

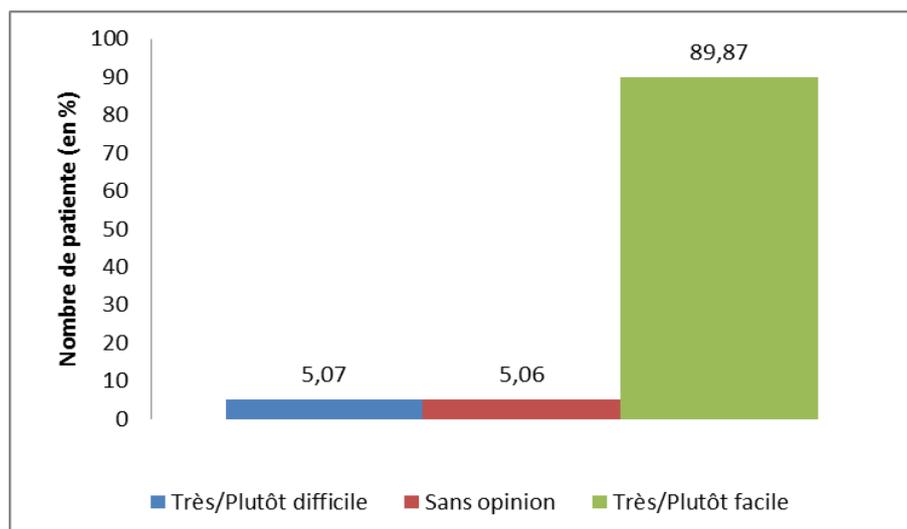


Figure 25 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Avez-vous trouvé ce questionnaire facile à remplir ? » (n=79).

➤ Réponses à la seconde question : « Combien de temps avez-vous mis pour le remplir ? »

- 7 patientes ont mis moins de 5 minutes ;
- 40 patientes ont coché « Entre 5 et 15 minutes » ;
- 23 patientes « Entre 15 et 20 minutes » ;
- 8 patientes ont mis « Entre 20 et 30 minutes » ;
- 1 patiente a coché « Supérieur à 30 minutes ».

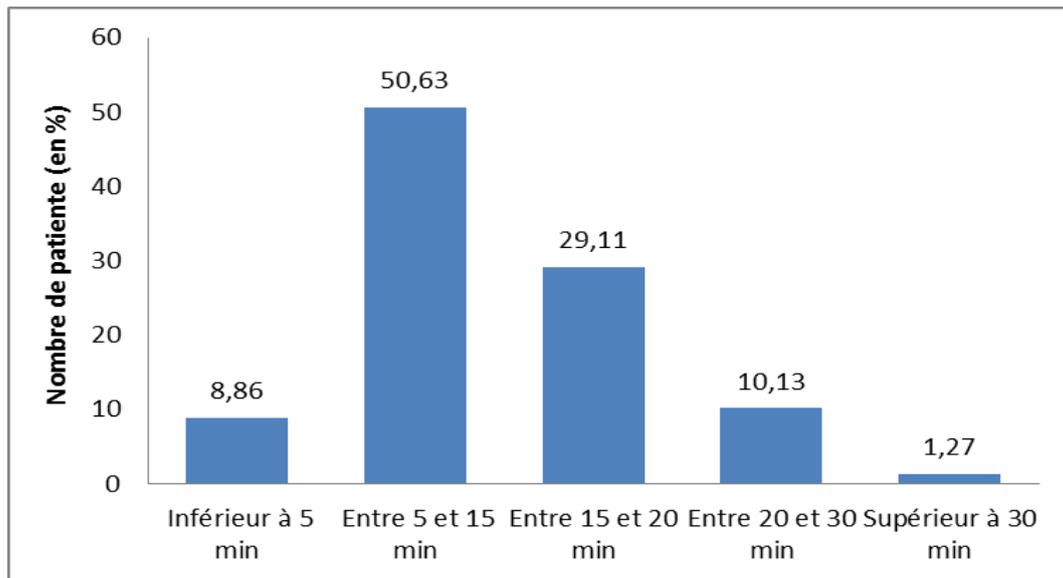


Figure 26 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Combien de temps avez-vous mis pour le remplir ? » (n=79).

➤ Réponses à la troisième question : « Avez-vous rempli ce questionnaire ? »

- 36 patientes ont coché « Seule » ;
- 21 patientes ont coché « Avec votre famille proche (conjoint, enfants) » ;
- 11 patientes l'ont rempli « Avec leur famille (parents, sœurs...)» ;
- 4 patientes ont coché « Avec vos amis » ;
- 7 patientes ont coché « Avec une autre personne ».

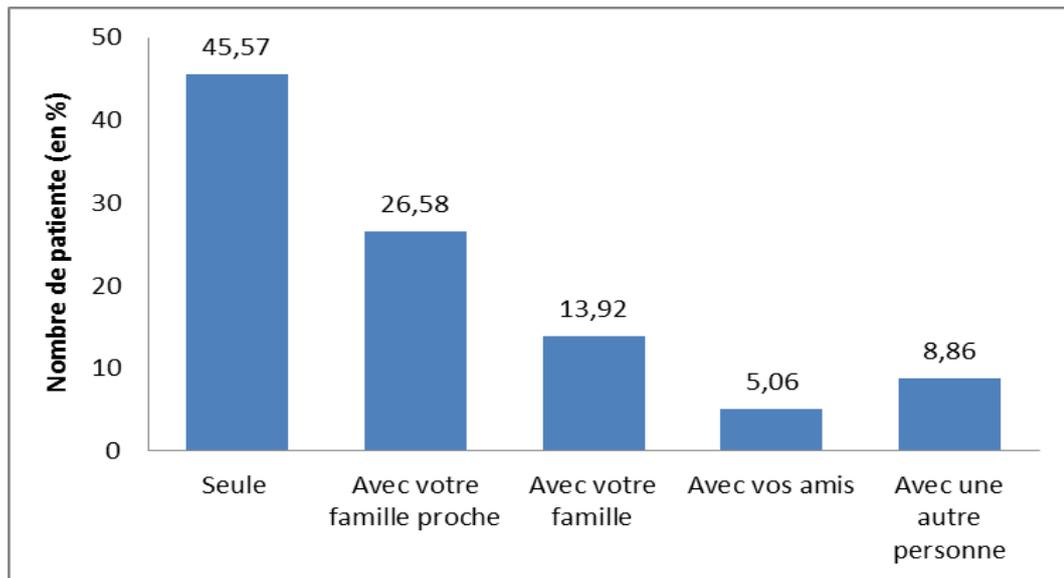


Figure 27 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Avez-vous rempli ce questionnaire ? » (n=79).

➤ Réponses à la quatrième question : « Ce questionnaire vous a-t-il fait réfléchir sur des points particuliers concernant votre grossesse (Hygiène de vie, vaccination...) ? »

- 53 patientes ont mis « Oui » ;
- 11 patientes ont coché « Sans opinion » ;
- 15 patientes ont dit « Non ».

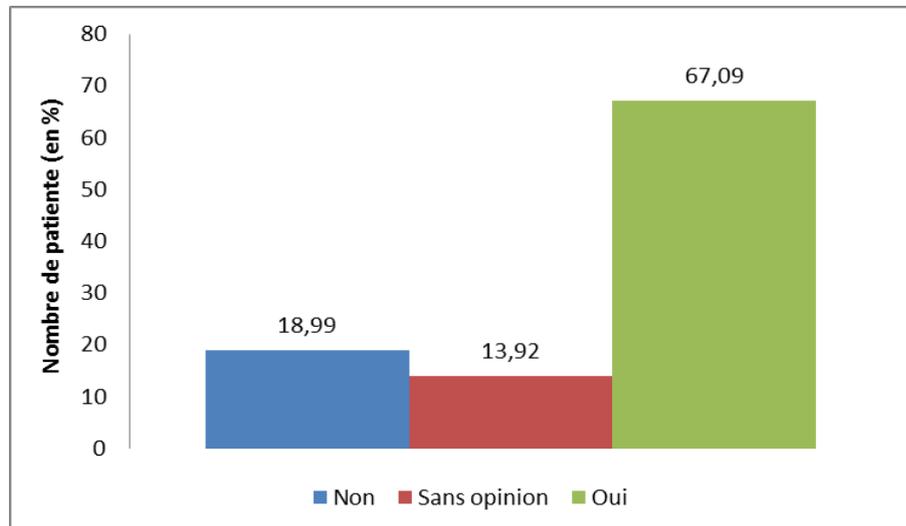


Figure 28 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Ce questionnaire vous a-t-il fait réfléchir sur des points particuliers concernant votre grossesse ? » (n=79).

5.5.1.1.2. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les médecins généralistes

Le nombre de médecins généralistes ayant complété et remis le feuillet détachable est de 34.

En moyenne chaque médecin nous a remis 2.3 feuillets. Un feuillet correspondant à une patiente.

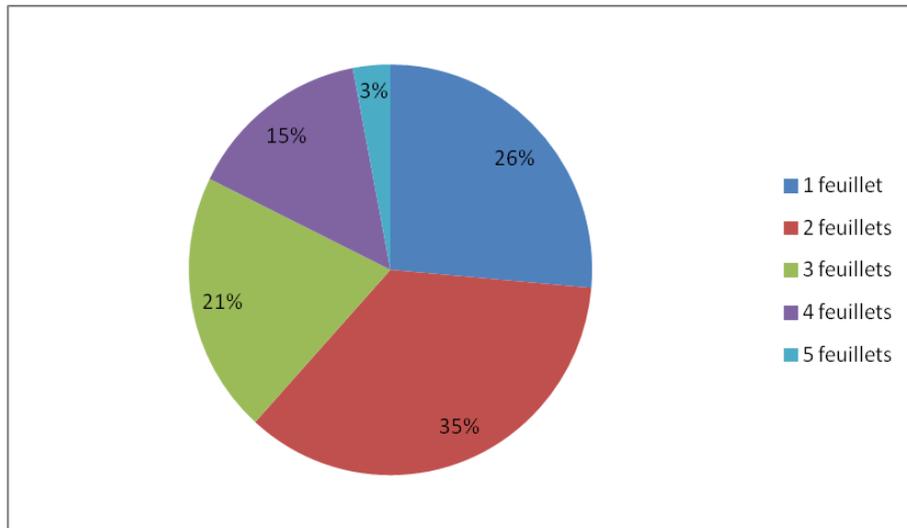


Figure 29 : Nombre de médecins (en pourcentage) nous ayant remis 1, 2, 3, 4 ou 5 feuillets détachables durant l'étude.

Pour les deux questions suivantes, évaluant l'intérêt individuel de chaque questionnaire, nous avons pris en compte les réponses des feuillets indépendamment du praticien les ayant remplis. Nous avons obtenu les résultats suivants.

Sur les figures, nous avons regroupé les réponses « Pas du tout utile » et « Peu utile », ainsi que les réponses « Tout à fait utile » et « Plutôt utile ».

- Réponses à la première question : « Ce questionnaire a-t-il été utile pour la prise en charge de cette patiente ? »
 - 13 feuillets ont été cochés « Pas du tout utile » ou « Peu utile » ;
 - 12 praticiens ont été cochés « Sans opinion » ;
 - 54 feuillets cochés « Plutôt » ou « Tout à fait utile ».

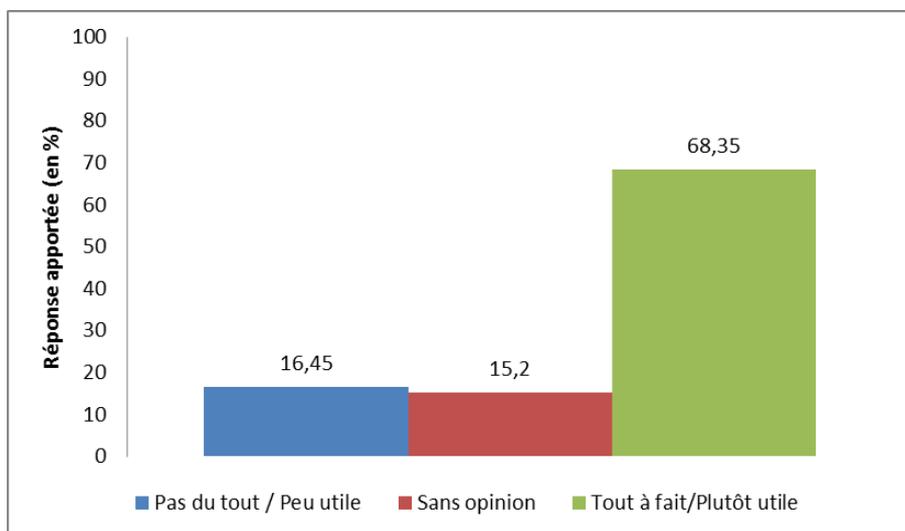


Figure 30 : Réponses apportées à la question « Ce questionnaire a-t-il été utile pour la prise en charge de cette patiente ? » pour l'ensemble des feuillets (n=79).

- Réponses à la seconde question : « Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister un (ou des) risque(s) chez cette patiente ? »
 - 56 feuillets ont été cochés « Non » ;
 - 8 praticiens ont été cochés « Sans opinion » ;
 - 15 feuillets cochés « Oui ».

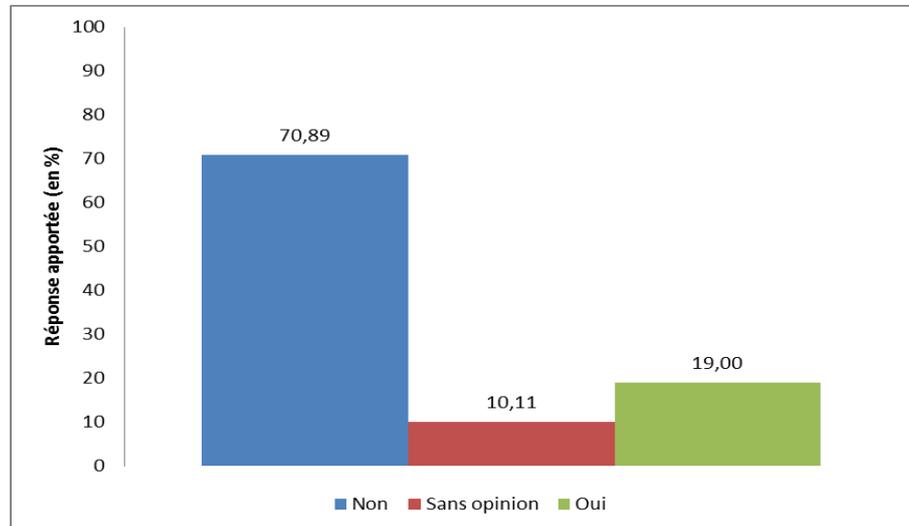


Figure 31 : Réponses apportées à la question « Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister un (ou des) risque(s) chez cette patiente ? » pour l'ensemble des feuillets (n=79).

5.5.2. Les résultats de la phase test auprès des praticiens hospitaliers

5.5.2.1. Les résultats de l'évaluation anonyme de l'adhésion et de la compréhension de l'outil par les patientes

5.5.2.1.1. Les résultats de l'évaluation anonyme par les patientes ayant consulté une sage-femme

Parmi les patientes interrogées lors de leur suivi de grossesse, nous avons récupéré 16 feuillets détachables auprès de trois sages-femmes.

L'ensemble des patientes ont répondu aux quatre questions posées.

- Réponses à la première question : « Avez-vous trouvé ce questionnaire facile à remplir ? »
 - aucune patiente n'a coché « Très difficile », ni « Plutôt difficile » ;
 - 4 patientes ont coché « Sans opinion », soit 25.00 % ;
 - 7 patientes « Plutôt facile », ce qui fait 43.75 % ;
 - 5 patientes ont coché « Très facile » ou 31.25 %.

➤ Réponses à la seconde question : « Combien de temps avez-vous mis pour le remplir ? »

- 2 patientes ont mis moins de 5 minutes ;
- 12 patientes ont coché « Entre 5 et 15 minutes » ;
- 1 patiente « Entre 15 et 20 minutes » ;
- 1 patiente a mis « Entre 20 et 30 minutes » ;
- aucune patiente n'a coché « Supérieur à 30 minutes ».

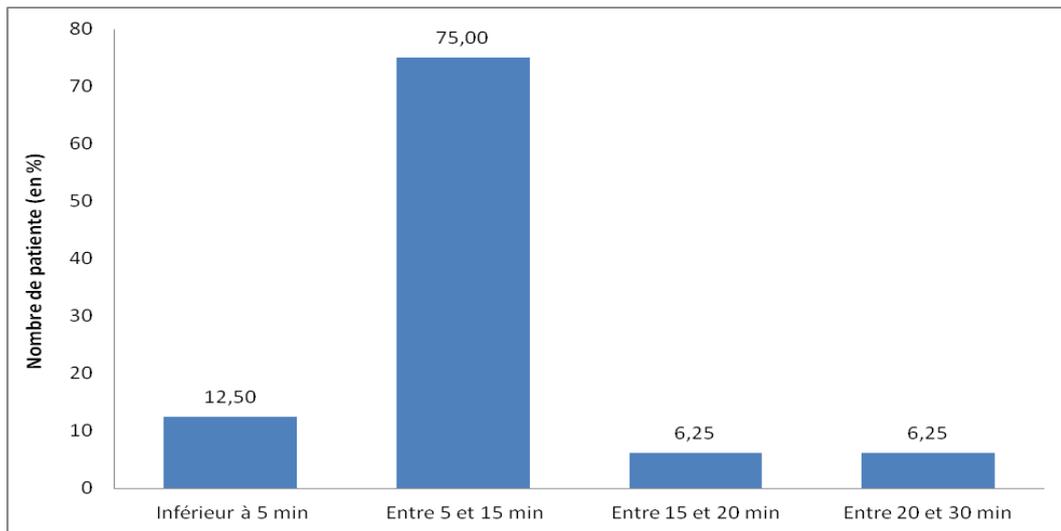


Figure 32 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Combien de temps avez-vous mis pour le remplir ? » (n=16).

➤ Réponses à la troisième la question : « Avez-vous rempli ce questionnaire ? »

- 8 patientes ont coché « Seule » ;
- 7 patientes ont coché « Avec votre famille proche (conjoint, enfants) » ;
- 1 patiente a rempli « Avec leur famille (parents, sœurs...)» ;
- aucune patiente n'a coché « Avec vos amis » ou « Avec une autre personne ».

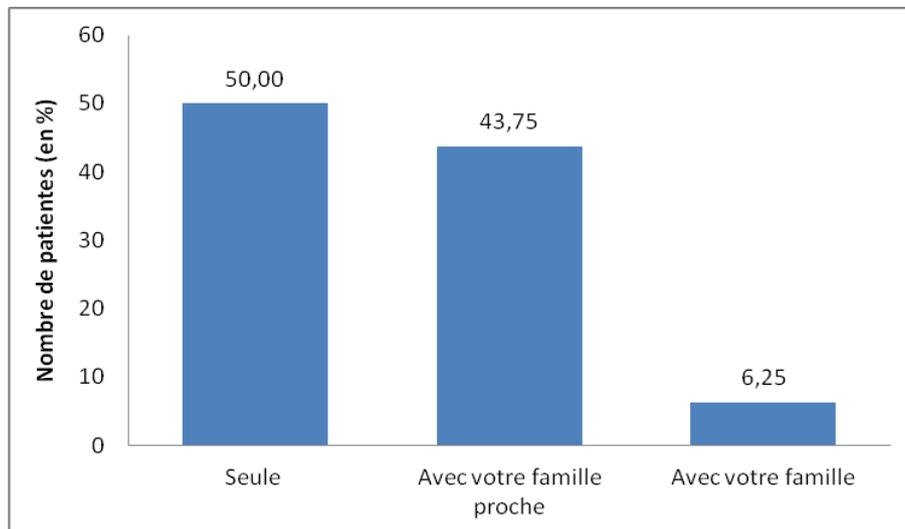


Figure 33 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Avez-vous rempli ce questionnaire ? » (n=16).

➤ Réponses à la quatrième question : « Ce questionnaire vous a-t-il fait réfléchir sur des points particuliers concernant votre grossesse (Hygiène de vie, vaccination...) ? »

- 4 patientes ont mis « Oui », soit 25.00 % ;
- 8 patientes ont coché « Sans opinion », ce qui fait 50.00 %;
- 4 patientes « Non ».

5.5.2.1.2. Les résultats de l'évaluation anonyme des patientes ayant consulté un gynécologue-obstétricien

Parmi les patientes interrogées lors de leur suivi de grossesse, nous avons récupéré 14 feuillets détachables auprès des deux gynécologues obstétriciens.

L'ensemble des patientes a répondu aux quatre questions posées.

- Réponses à la première question : « Avez-vous trouvé ce questionnaire facile à remplir ? »
 - aucune patiente n'a coché « Très difficile », ni « Plutôt difficile » ;
 - 6 patientes ont coché « Sans opinion », soit 42.86 % ;
 - 4 patientes « Plutôt facile » ce qui fait 28.57 % ;
 - 4 patientes ont coché « Très facile » ce qui fait 28.57 %.

- Réponses à la seconde question : « Combien de temps avez-vous mis pour le remplir ? »
 - 8 patientes ont mis moins de 5 minutes ;
 - 4 patientes ont coché « Entre 5 et 15 minutes » ;
 - 2 patientes « Entre 15 et 20 minutes » ;
 - aucune patiente n'a répondu « Entre 20 et 30 minutes » ni « Supérieur à 30 minutes ».

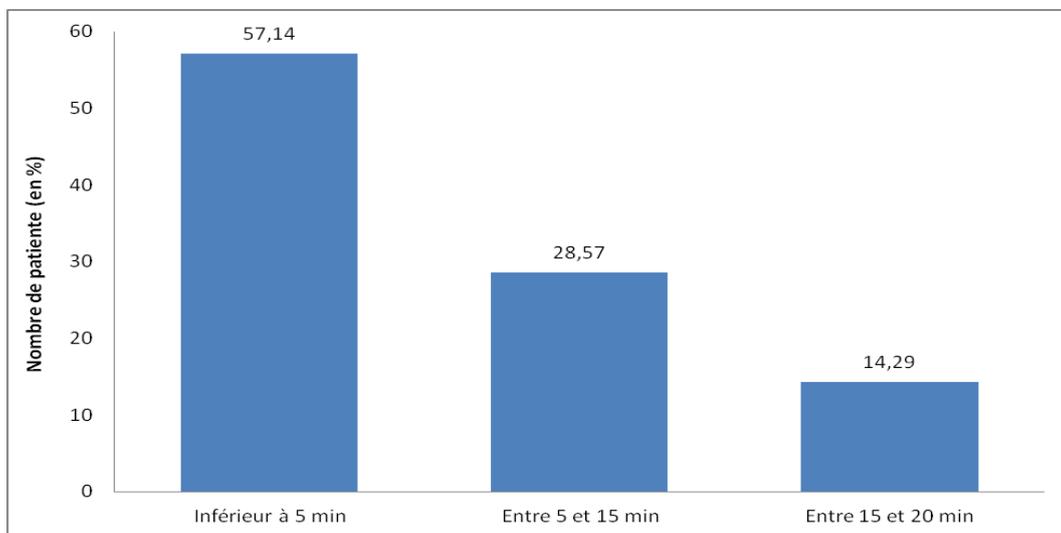


Figure 34 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Combien de temps avez-vous mis pour le remplir ? » (n=14).

➤ Réponses à la troisième question : « Avez-vous rempli ce questionnaire ? »

- 12 patientes ont coché « Seule » ;
- 2 ont coché « Avec une autre personne » ;
- aucune patiente n'a coché « Avec votre famille proche (conjoint, enfants) », « Avec leur famille (parents, sœurs...) », ou encore « Avec vos amis ».

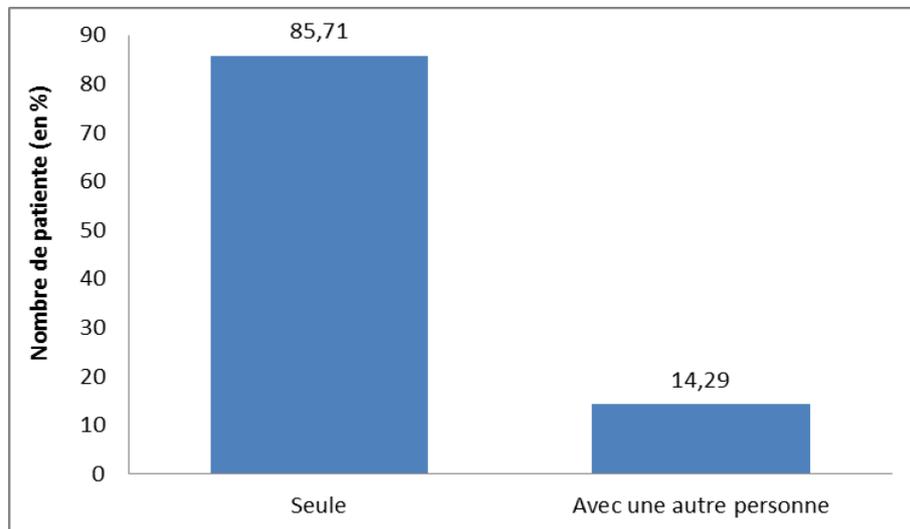


Figure 35 : Réponses apportées par les patientes concernant la question : « Avez-vous rempli ce questionnaire ? » (n=14).

➤ Réponses à la quatrième question : « Ce questionnaire vous a-t-il fait réfléchir sur des points particuliers concernant votre grossesse (Hygiène de vie, vaccination...) ? »

- 10 patientes ont mis « Oui », soit 71.42 % ;
- aucune patiente n'a coché « Sans opinion » ;
- 2 patientes « Non », ce qui fait 14.29 % ;
- 2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

5.5.2.2. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les praticiens hospitaliers

5.5.2.2.1. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les trois sages-femmes

Si l'on considère, les feuillets (n=16) indépendamment du praticien les ayant remplis, on obtient les résultats suivants.

- Réponses à la première question : « Ce questionnaire a-t-il été utile pour la prise en charge de cette patiente ? » :
 - 2 questionnaires (12.50 %) ont été cochés « Peu utile » ;
 - 11 (68.75 %) cochés « Plutôt utile » ;
 - 3 (18.75 %) cochés « Tout à fait utile » ;
 - aucune sage-femme n'a coché « Pas du tout utile » ou « sans opinion ».

- Réponses à la seconde question : « Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister un (ou des) risque(s) chez cette patiente ? » :
 - 11 (68.75 %) questionnaires ont été cochés « Oui » ;
 - aucun sans opinion ;
 - 5 (31.25%) ont été cochés « Non ».

5.5.2.2.2. Les résultats de l'évaluation anonyme de chaque questionnaire par les deux gynécologues

Si l'on considère, les feuillets (n=14) indépendamment du praticien les ayant remplis, on obtient les résultats suivants.

- Réponses à la première question : « Ce questionnaire a-t-il été utile pour la prise en charge de cette patiente ? »
 - 2 (14.29 %) ont coché « Sans opinion » ;
 - 12 (85.71 %) ont été cochés « Plutôt utile » ;
 - les autres items sont sans réponses.

- Réponses à la seconde question : « Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister un (ou des) risque(s) chez cette patiente ? »
 - 4 questionnaires (28.57 %) ont été cochés « Oui » ;
 - aucun sans opinion ;
 - 10 (71.43 %) ont été cochés « Non ».

5.6. Les résultats de l'enquête d'opinion finale

5.6.1. Les résultats de l'enquête finale auprès des médecins généralistes

5.6.1.1. Les résultats de La première partie de l'enquête : données générales sur le praticien

5.6.1.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques de tous les généralistes ayant répondu à l'enquête

Cette partie comporte 10 questions.

Parmi les 84 médecins généralistes contactés, 67 praticiens ont répondu à notre enquête d'opinion finale, mais parmi ceux, seuls 34 médecins généralistes ont réellement pu tester le QAA et donc pu réellement effectuer l'étude.

Sont analysées ci-dessous les caractéristiques sociodémographiques des 67 médecins généralistes qui ont répondu à l'enquête d'opinion (34 ont fait l'étude, 33 non).

- A la question n°2 questionnant sur l'âge des praticiens :

Par soucis de clarté, les âges des médecins interrogés ont été regroupés par classes :

- 9 médecins (13.43 %) ont entre 30 et 39 ans ;
- 23 médecins (34.35 %) ont entre 40 et 49 ans ;
- 29 médecins (43.28 %) ont entre 50 et 59 ans ;
- 6 médecins (8.95 %) ont plus de 60 ans.

L'âge moyen des médecins interrogés est de 50.1 ans, avec une médiane à 49 ans. L'étendue des âges se répartit entre 34 et 65 ans (**Annexe 8**).

- A la question n°3, interrogeant sur le genre :

Parmi les 67 médecins ayant répondu à l'enquête :

- 33 médecins (49.25 %) sont de sexe féminin ;
- 34 médecins (50.75 %) sont de sexe masculin.

- Les questions n° 5 à n° 8 questionnent sur la durée d'installation, le mode, le secteur et le milieu d'exercice :

- Concernant la durée d'installation :

- 22 médecins (32.83 %) sont installés depuis moins de 15 ans ;
- 44 médecins (65.67 %) sont installés depuis plus de 15 ans ;
- 1 médecin (1.50 %) n'a pas répondu à la question.

- Concernant le mode d'exercice :
 - 13 médecins (19.40 %) déclarent exercer seul ;
 - 54 médecins (80.60 %) exercent en cabinet de groupe.
- Concernant le secteur d'exercice (**Annexe 9**) :
 - 10 médecins (14.92 %) exercent dans le Nord ;
 - 31 (46.27 %) dans l'Ouest ;
 - 22 (32.84 %) dans le Sud ;
 - 4 (5.97 %) dans l'Est.
- Concernant le milieu d'exercice :
 - 41 médecins (61.19 %) ont répondu exercer en milieu urbain ;
 - 25 médecins (37.31 %) ont répondu exercer en milieu rural ;
 - 1 (1.50 %) n'a pas donné de réponse.

5.6.1.1.2. Les données sur les différentes pratiques des 67 praticiens ayant répondu à l'enquête

- La question n° 9 a demandé si le suivi de grossesse faisait partie de leur pratique habituelle (**Annexe 10**) :
 - 61 médecins (91.00 %) ont répondu « Oui » ;
 - Parmi eux : 38 (56.71 %) déclarent suivre moins de 10 grossesses par an ;
 - 23 (34.32 %) déclarent suivre entre 10 et 20 grossesses par an ;
 - 5 (7.47 %) déclarent suivre entre 20 et 50 grossesses par an ;
 - 1 médecin n'a pas répondu à la question.
 - 6 médecins (9.00 %) ont répondu « Non ».

Cette question (9 b) demandait également aux praticiens jusqu'à quel terme (en mois) ils suivent la grossesse (**Annexe 11**) :

- 3 (4.47 %) ont déclaré suivre les grossesses jusqu'à 2 mois ;
- 16 (23.89 %) jusqu'à 3 mois ;
- 2 (2.98 %) jusqu'à 4 mois ;
- 3 (4.48 %) jusqu'à 5 mois ;
- 5 (7.47 %) jusqu'à 6 mois ;
- 8 (11.94 %) jusqu'à 7 mois ;
- 19 (28.36 %) jusqu'à 8 mois ;
- 8 (11.94 %) jusqu'à 9 mois ;
- 3 médecins n'ont pas répondu à la question.

- La question 10 questionnait sur leur appartenance ou non au réseau repère :
 - 20 médecins (29.85 %) ont répondu « Oui » ;
 - 46 médecins (68.65 %) ont répondu « Non » ;
 - 1 (1.50 %) n'a pas répondu à la question.

5.6.1.1.3. Les raisons données des praticiens non participants à l'étude mais ayant répondu à l'enquête

- La question n°1 de la deuxième partie de l'enquête demandait aux praticiens de justifier de la non-participation à l'étude :

Sur les 67 praticiens ayant répondu à cette enquête, 33 médecins (49.25 %) ont répondu « non » (**Annexe 12**).

A cette question, il y avait une sous question permettant de choisir entre quatre réponses pouvant justifier cette non-participation :

- 3 médecins ont coché « Par oubli » ;
- 8 ont coché « Par manque de temps » ;
- 16 ont répondu : « Pas eu de suivi de grossesse durant la période test » ;
- 6 ont répondu « ne pas avoir récupéré les questionnaires remis aux patientes ».

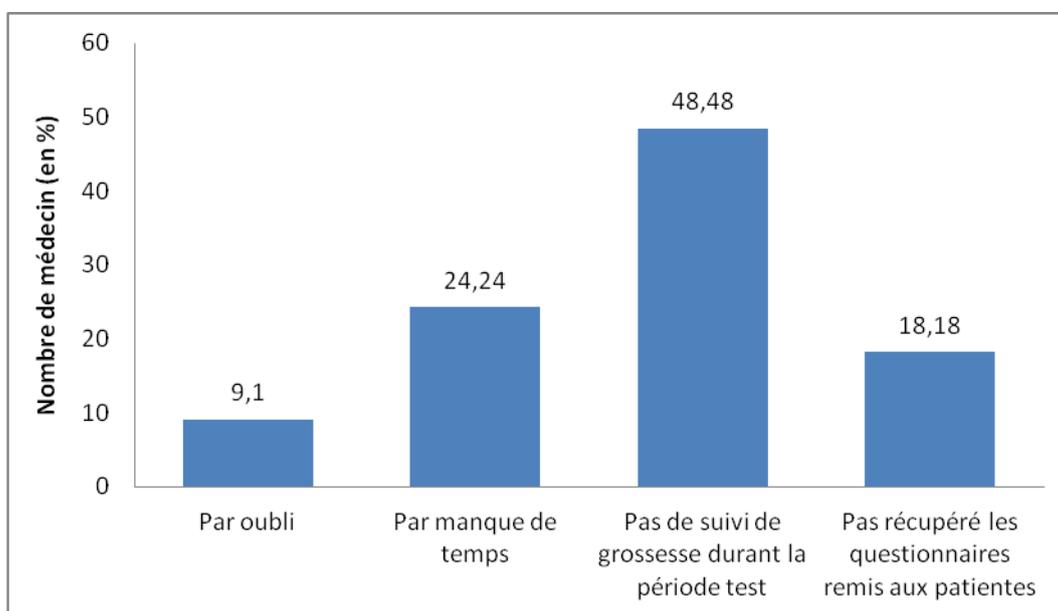


Figure 36 : Répartition des médecins répondants à l'enquête, mais non participants à l'étude, en fonction des quatre réponses possibles (n=33).

5.6.1.1.4. Les caractéristiques sociodémographiques des praticiens ayant finalement réalisé l'étude

Sont analysées ci-dessous les caractéristiques des praticiens ayant pu effectuer l'étude, soit les 34 médecins (50.75 %) qui ont répondu « Oui », à la question n°1 de la seconde partie de l'enquête.

○ La prise de connaissance du projet (question n°1 partie 1) :

Dans la première partie de l'enquête, la question n°1 demandait comment les praticiens avaient pris connaissance du projet :

- 26 médecins ont répondu avoir pris connaissance du projet « Suite à l'entretien individuel » ;
- 4 médecins ont répondu « Grâce à l'enquête d'opinion initiale à l'étude » ;
- 2 médecins « Par mail » ;
- 2 médecins ont répondu « Autre ».

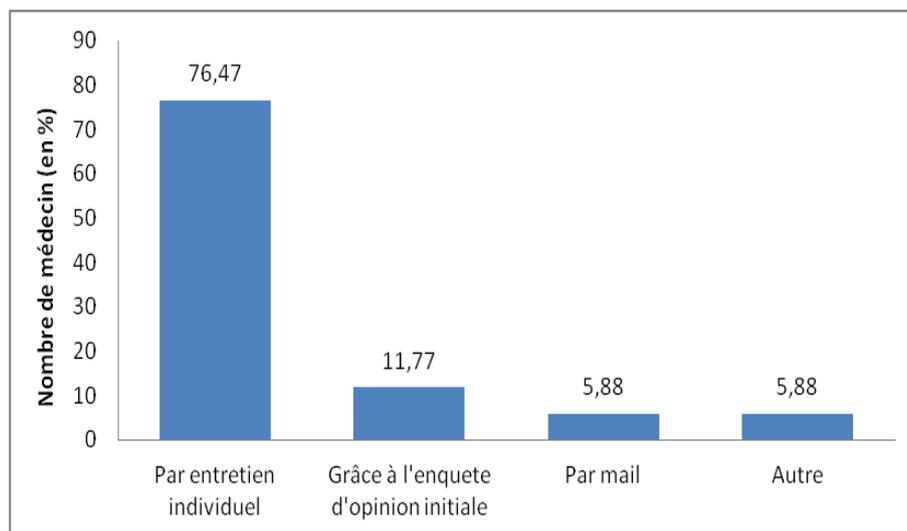


Figure 37 : Réponses apportées par les médecins participant à l'étude concernant la prise de connaissance du projet (n=34).

○ l'âge des praticiens (question n°2 partie 1) :

Par soucis de clarté, les âges des médecins interrogés ont été regroupés par classes :

- 5 médecins ont entre 30 et 39 ans ;
- 9 médecins ont entre 40 et 49 ans ;
- 16 médecins ont entre 50 et 59 ans ;
- 4 médecins ont plus de 60 ans.

L'âge moyen des médecins interrogés est de 50.4 ans, avec une médiane à 54 ans. L'étendue des âges se répartit entre 35 et 65 ans.

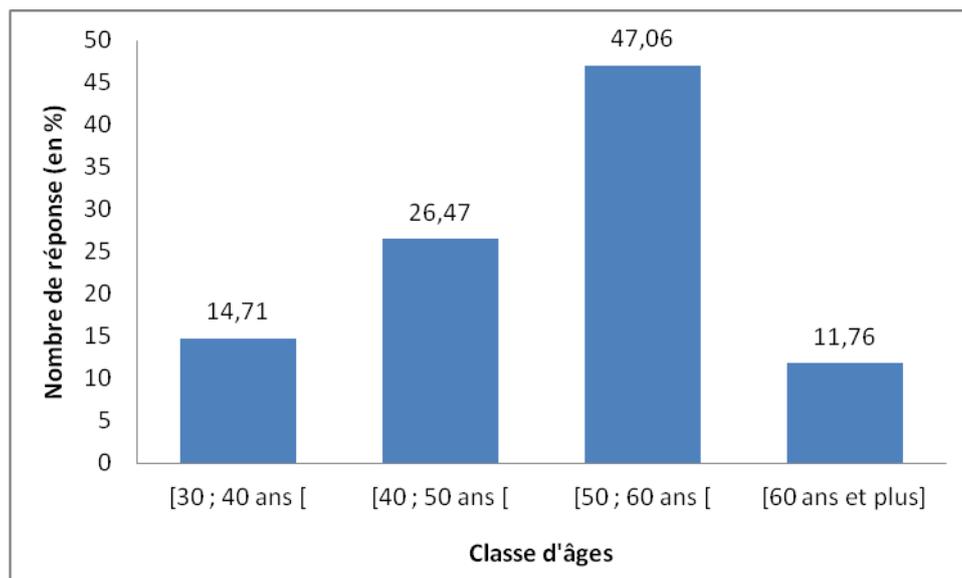


Figure 38 : Réponses apportées par les médecins participant à l'étude concernant leur âge (n=34).

○ Le sexe des praticiens participants (question n°3 partie 1) :

Il y a autant d'hommes que de femmes (50.00 % soit 17 femmes) qui ont participé à l'étude.

○ Le mode d'exercice (question n°5 partie 1) :

10 médecins (29.42 %) ont déclaré exercer seul et 24 médecins (70.58 %) exercé en cabinet de groupe.

○ L'ancienneté d'installation des participants (question n°6 partie 1):

Deux fois plus de médecins installés depuis plus de 15 ans, que de médecins installés depuis moins de 15 ans ont participé à l'étude (67.65 % soit 23 médecins contre 32.35 % soit 11 médecins).

○ Le secteur d'exercice des participants (question n°7 partie 1), (Annexe 13) :

- 2 médecins ont répondu exercer dans le Nord ;
- 13 médecins dans l'Ouest ;
- 16 médecins dans le Sud ;
- 3 dans l'Est.

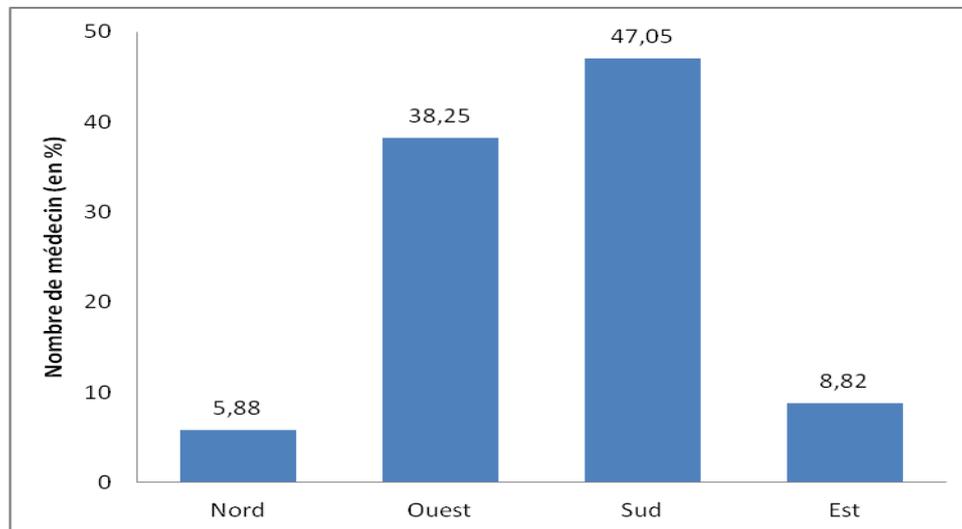


Figure 39 : Réponses apportées par les médecins participant à l'étude concernant leur secteur d'exercice (n=34).

○ Le milieu d'exercice des participants (question n°8 partie 1) :

55.88 % (19) en milieu urbain ont participé à l'étude et 41.17 % de médecins installés en milieu rural (15).

(Sur les 67 répondants à l'enquête, la moitié des médecins ayant déclaré être installés en milieu urbain (28.79 %), et la moitié des médecins ayant déclaré être installés en milieu rural (21.21 %) ont participé à l'étude).

○ Le suivi de la grossesse parmi les participants (question n°9 partie 1) :

La totalité des médecins généralistes ayant participé à l'étude ont répondu effectuer le suivi de grossesse.

- Le nombre de grossesses suivies par an chez les praticiens participants (question n°9 (a)) :

Parmi les 34 participants (**Annexe 14**) :

- 12 ont répondu suivre moins de 10 grossesses par an ;
- 17 entre 10 et 20 grossesses par an ;
- 5 entre 20 et 50 grossesses par an.

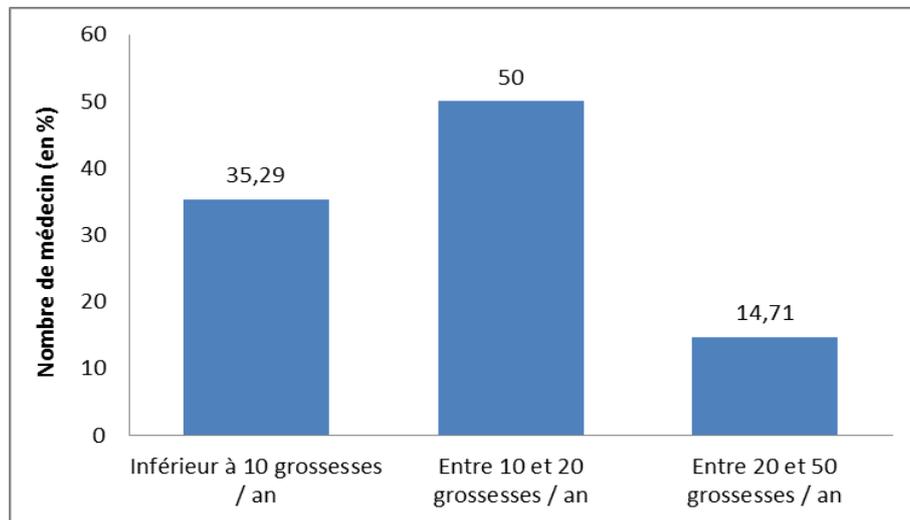


Figure 40 : Nombre de médecins ayant participé à l'étude en fonction du nombre de grossesses suivies par an (n=34).

- Jusqu'à quel terme (en mois) les praticiens suivent la grossesse n°9 (b) :
 - aucun participant ne suit de grossesse uniquement jusqu'à 2 mois ;
 - 6 ont déclaré suivre les grossesses jusqu'à 3 mois ;
 - aucun participant ne suit de grossesses uniquement jusqu'à 4 mois ;
 - 2 jusqu'à 5 mois ;
 - 1 jusqu'à 6 mois ;
 - 4 jusqu'à 7 mois ;
 - 11 jusqu'à 8 mois ;
 - 8 jusqu'à 9 mois ;
 - 2 médecins n'ont pas répondu à la question.

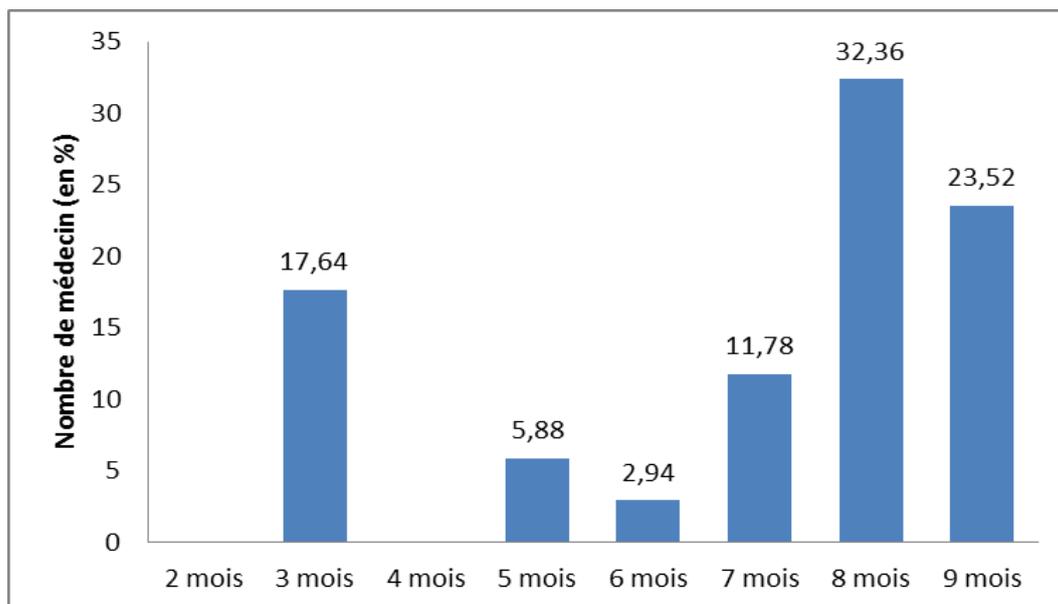


Figure 41 : Nombre de médecins en fonction du terme de grossesse (n=34).

- L'appartenance au réseau REPERE (question n°10 partie 1) :

Autant de médecins appartenant au réseau REPERE 47.05 % (soit 16 médecins), que n'appartenant pas au réseau 52.94 % (soit 18 médecins) ont participé à l'étude.

5.6.1.2. Les résultats de la seconde partie de l'enquête : l'évaluation de l'auto-questionnaire administré par les médecins généralistes participants

5.6.1.2.1. Les réponses brutes des participants

Dans cette partie, sont analysées les réponses des 34 médecins généralistes qui ont effectué l'étude, et donc testé notre questionnaire.

- Réponses de la question n°2 : « Comment avez-vous trouvé l'utilisation de ce questionnaire dans votre pratique ? »

(Les réponses « Très compliquée » et « Plutôt compliquée » ont été regroupées sous le terme « Compliquée ». De même, les réponses « Très facile » et « Plutôt facile » ont été regroupées sous le terme « Facile »).

- 1 médecin a répondu « Compliquée » ;
- 1 médecin « Sans opinion » ;
- 31 médecins ont répondu « Facile » ;
- 1 médecin n'a pas répondu à cet item.

Selon l'intervalle de confiance [IC_{95%} : 82.2-99.4], plus de la moitié des médecins considèrent comme facile l'utilisation du questionnaire.

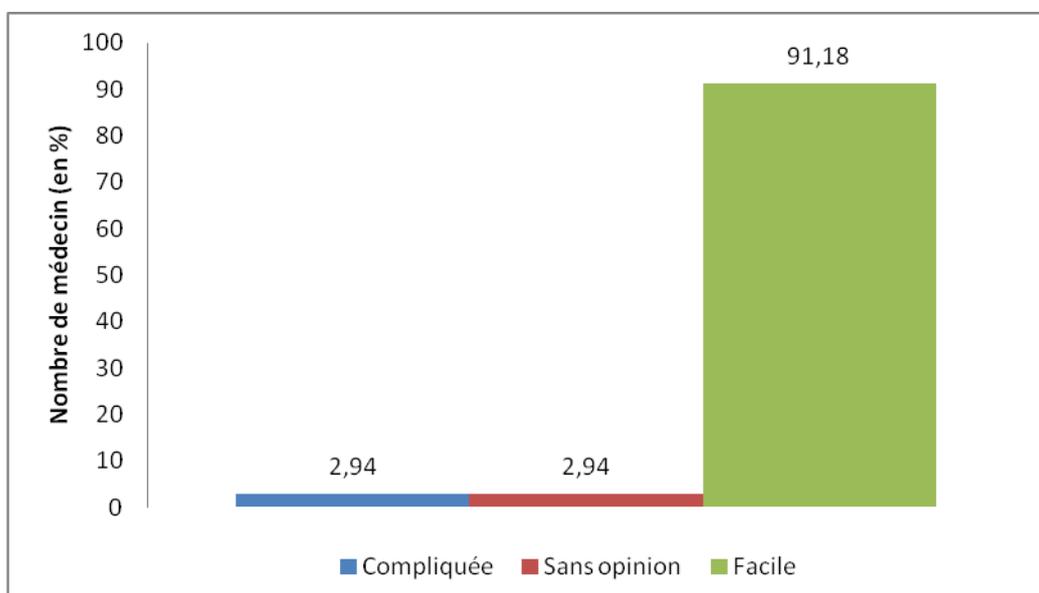


Figure 42 : Répartition des médecins en fonction de l'utilisation du questionnaire (n=33).

⇒ Pour les questions 3 à 10 : les réponses « Pas du tout d'accord » et « Plutôt pas d'accord » ont été regroupées sous le terme « Pas d'accord ». De même, les réponses « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été regroupées sous le terme « D'accord ».

○ Réponses de la question n°3 : « Considérez-vous que ce questionnaire vous a aidé à rendre plus exhaustif le recueil d'informations médicales chez la patiente ? »

- 5 médecins ont répondu « Pas d'accord » ;
- 1 médecin « Sans opinion » ;
- 27 médecins ont répondu « D'accord » ;
- 1 médecin n'a pas répondu à cet item.

Selon l'IC [IC_{95%} : 68.75-93.98], la majorité des médecins trouvent que ce questionnaire les a aidés à rendre plus exhaustif le recueil d'informations médicales chez la patiente.

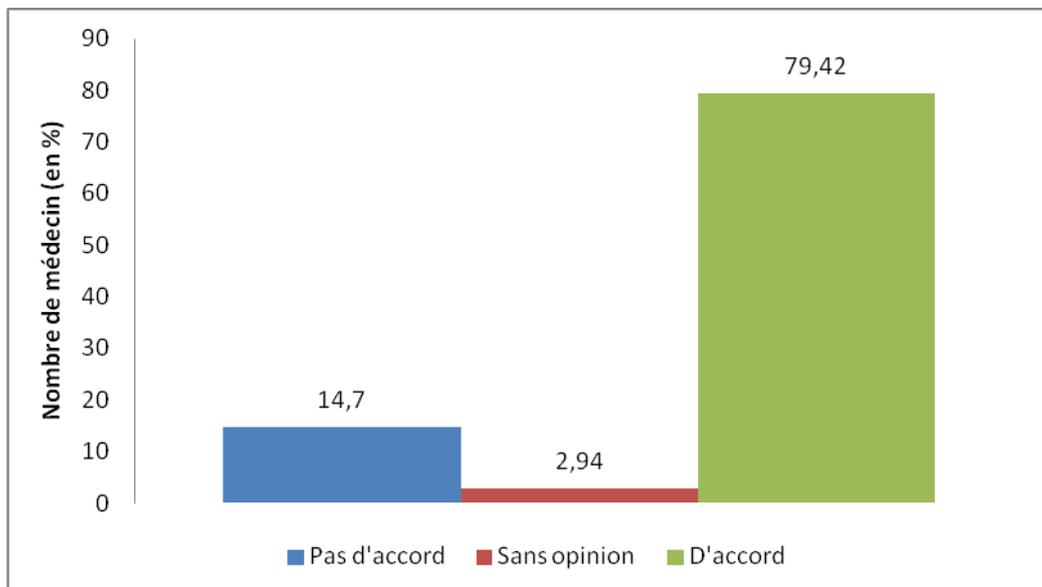


Figure 43 : Répartition des médecins en fonction des réponses apportées à la question 3 (n=33).

- Réponses de la question n°4 : « Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister des risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez vos patientes ? »
 - 8 médecins ont répondu « Pas d'accord » ;
 - 5 médecins « Sans opinion » ;
 - 20 médecins ont répondu « D'accord » ;
 - 1 médecin n'a pas répondu à cet item.

Selon l'intervalle de confiance [IC_{95%} : 50.01-79.79], plus de la moitié des médecins ont répondu que le questionnaire les a aidés à dépister des risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez leurs patientes.

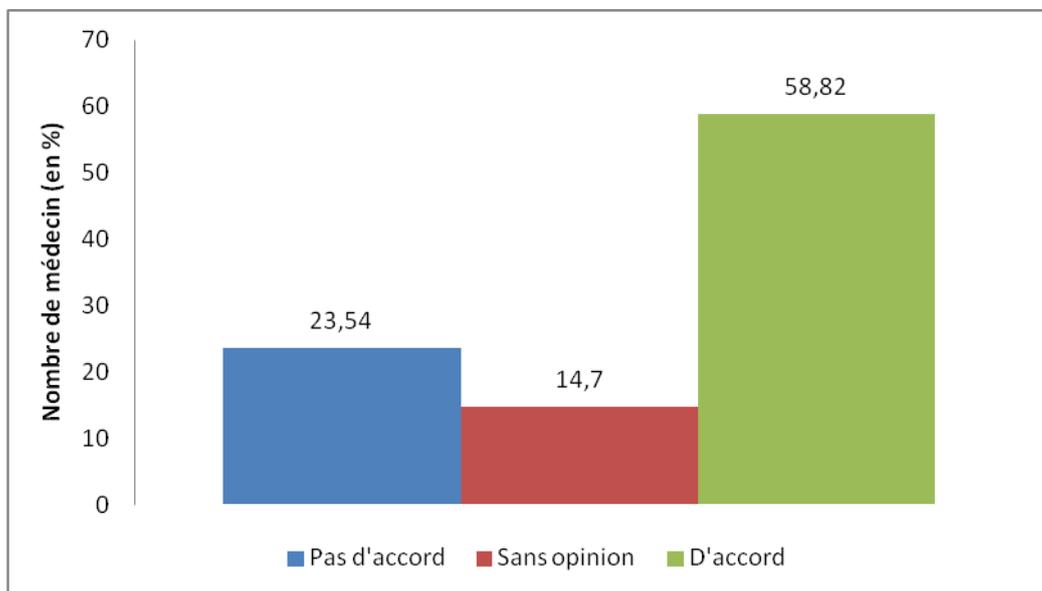


Figure 44 : Répartition des médecins en fonction des réponses apportées à la question 4 (n=33) ;

- Réponses de la question n°5 : « L'utilisation de ce questionnaire a-t-il modifié votre relation médecin-malade ? »
 - 20 médecins (58.82 %) ont répondu « Pas d'accord » ;
 - 8 médecins (23.54 %) « Sans opinion » ;
 - 6 médecins (17.64 %) ont répondu « D'accord ».

Ici, l'intervalle de confiance n'est pas significatif [IC_{95%} : 7.54-33.53].

- Réponses de la question n°6 : « L'utilisation de ce questionnaire a-t-il permis une plus grande participation de la patiente lors de la consultation ? »
 - 6 médecins ont répondu « Pas d'accord » ;
 - 5 médecins « Sans opinion » ;
 - 21 médecins ont répondu « D'accord » ;
 - 2 n'ont pas donné de réponse.

Selon l'intervalle de confiance [IC_{95%} : 39.49-72.90], plus de la moitié des médecins ont répondu que ce questionnaire a permis une plus grande participation de la patiente lors de la consultation.

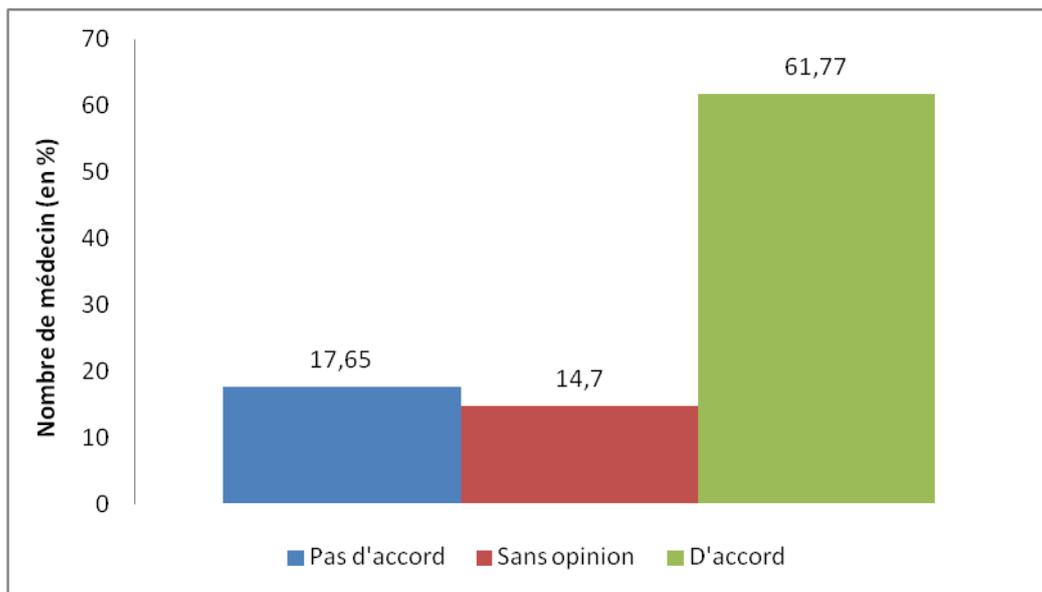


Figure 45 : Répartition des médecins en fonction des réponses apportées à la question 6 (n=33).

- Réponses de la question n°7 : « L'utilisation de ce questionnaire a-t-il permis une plus grande responsabilisation de la patiente vis-à-vis des risques de sa grossesse ? »
 - 1 médecin (2.94 %) a répondu « Pas d'accord » ;
 - 15 médecins (44.12 %) « Sans opinion » ;
 - 18 médecins (52.94 %) ont répondu « D'accord ».

Ici, notre intervalle de confiance est ici non significatif [IC_{95%} : 30.09-62.82].

- Réponses de la question n°8 : « L'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il aidé à structuré votre consultation ? »
 - 16 médecins (47.06 %) ont répondu « Pas d'accord » ;
 - 6 médecins (17.64 %) « sans opinion » ;
 - 10 médecins (29.42 %) ont répondu « D'accord » ;
 - 2 médecins (5.88 %) n'ont pas répondu à la question.

Notre intervalle de confiance est ici non significatif [IC_{95%} : 20.21-52.54].

- Réponses de la question n°9 : « L'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il fait gagner du temps ? »
 - 19 médecins (55.88 %) ont répondu « Pas d'accord » ;
 - 3 médecins (8.82 %) sont sans opinion ;
 - 12 médecins (35.30 %) ont répondu « D'accord ».

Ici, notre intervalle de confiance est ici non significatif [IC_{95%} : 23.36-55.38].

- Réponses de la question n°10 : « Au contraire, l'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il fait perdre du temps ? »
 - 11 médecins (32.34 %) ont répondu « Pas d'accord » ;
 - 12 médecins (35.30 %) sont sans opinion ;
 - 10 médecins (29.42 %) ont répondu « D'accord » ;
 - 1 médecin (2.94 %) n'a pas répondu à la question.

Notre intervalle de confiance est ici non significatif [IC_{95%} : 13.40-43.10].

- Réponses de la question n°11 : « Que pensez-vous de la longueur du questionnaire ? »
 - 6 médecins ont répondu « Trop long » ;
 - 2 sont sans opinion ;
 - 26 médecins ont répondu « Adapté ».

Selon l'intervalle de confiance, [IC_{95%}: 63.54-90.70], la majorité des médecins ont trouvé que le questionnaire a une longueur adaptée.

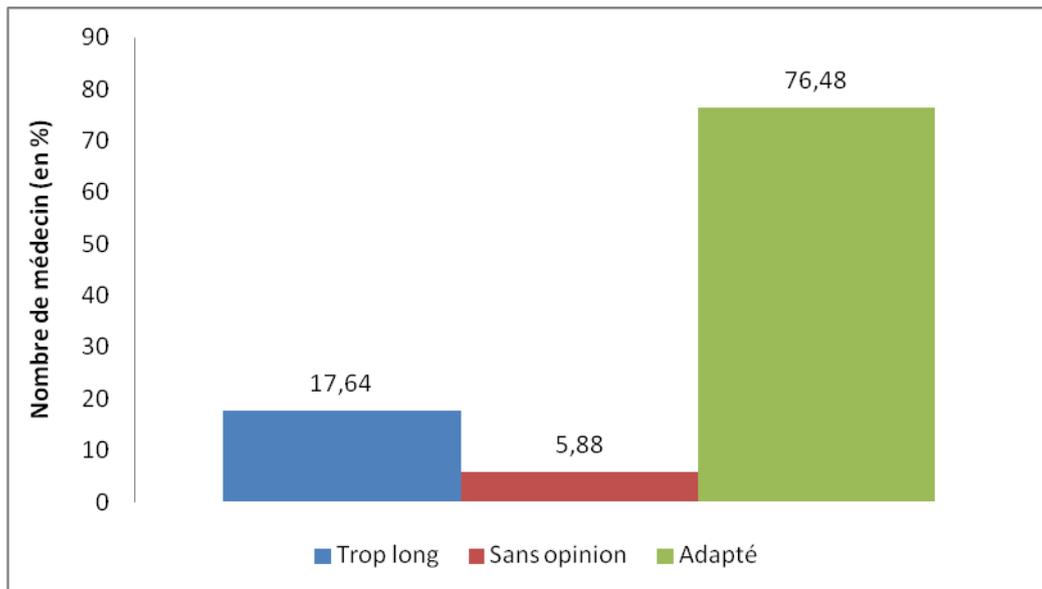


Figure 46 : Répartition des médecins en fonction des réponses apportées à la question 11 (n=34).

- Réponses de la question n°12 : « Avez-vous considéré ce questionnaire utile dans votre pratique ? »

Les réponses « Pas du tout utile » et « Plutôt pas utile » ont été regroupées sous le terme « Pas utile ». De même, les réponses « Tout à fait utile » et « Plutôt utile » ont été regroupées sous le terme « Utile ».

- 8 médecins (23.52 %) ont répondu « Pas utile » ;
- 26 médecins (76.48 %) ont répondu « Utile ».

D'après l'intervalle de confiance [IC_{95%}: 63.54-90.70], ce questionnaire est considéré comme utile dans la pratique pour une majorité des participants.

- Réponses de la question n°13 : « Utiliseriez-vous ce questionnaire dans votre pratique quotidienne du suivi de grossesse ? »
 - 4 médecins ont répondu « Non » ;
 - 10 médecins ont répondu « Oui » ;
 - 20 ont répondu « Oui, mais pas pour toutes vos patientes ».

Selon l'intervalle de confiance [IC_{95%} : 75.78-97.13], ce questionnaire serait utilisé en pratique par une majorité des médecins interrogés.

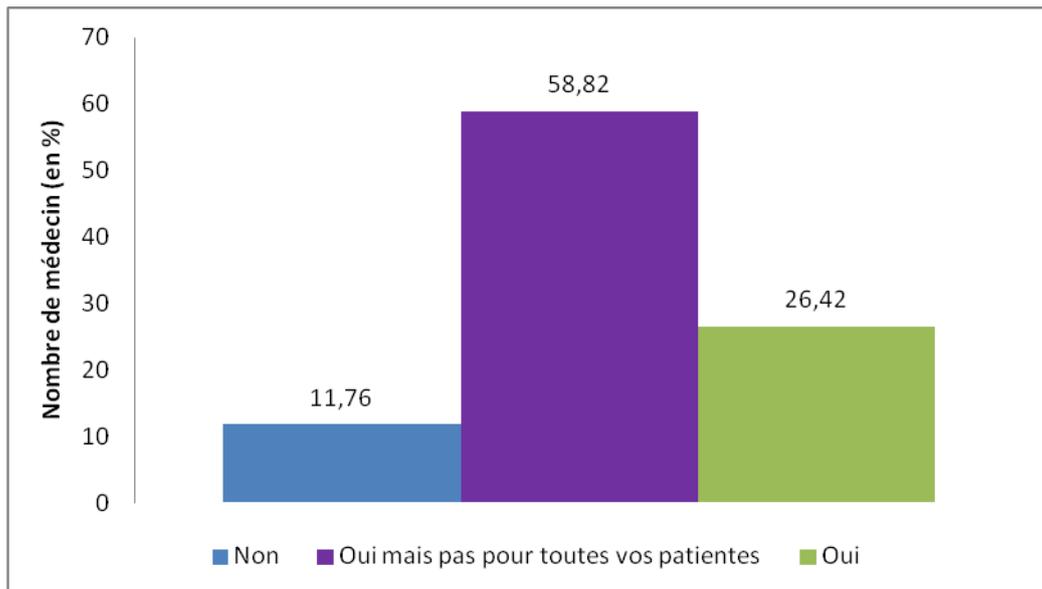


Figure 47 : Répartition des médecins en fonction des réponses apportées à la question 13 (n=34).

- Les réponses de la question n°14 : « Quelles modifications/suggestions aimeriez-vous y apporter ? »

Remarque 1 : je préfère poser moi-même les questions à la patiente en les reformulant si nécessaire, cela permet un meilleur contact donc pas perte de temps à lire le questionnaire, le recopier et reposer éventuellement les questions non complétées, temps perdu sans dialogue direct avec la patiente.

Remarque 2 : Je préfère le remplir avec la patiente.

Remarque 3 : plus synthétique tenant sur une seule page.

Remarque 4 : le carnet de maternité (ou du moins ses différentes moutures) est suffisant à condition de le remplir !!! (Et en plus il y a le logiciel et notre propre dossier papier). Stop ça suffit !

5.6.1.3. Comparaison des réponses de la seconde partie de l'enquête avec les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

Dans cette partie, les réponses des questions 2 à 13 de la partie « Evaluation du questionnaire patiente » sont comparées aux questions 3, 5, 6, 8 et 10 des données générales sur les praticiens ayant participé à l'étude correspondant aux questions sur le sexe, le milieu d'exercice, la durée d'installation, le type l'exercice et l'appartenance au réseau repère.

- Réponses de la question n°2 : « Comment avez-vous trouvé l'utilisation de ce questionnaire dans votre pratique ? »

Parmi les 94 % de praticiens ayant répondu avoir trouvé le questionnaire facile dans la pratique on retrouve (**Annexe 15**) :

- autant d'hommes que de femmes ;
- autant de praticiens exerçant en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- 2 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans qu'installés depuis moins de 15 ans ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seul ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE, qu'appartenant au réseau.

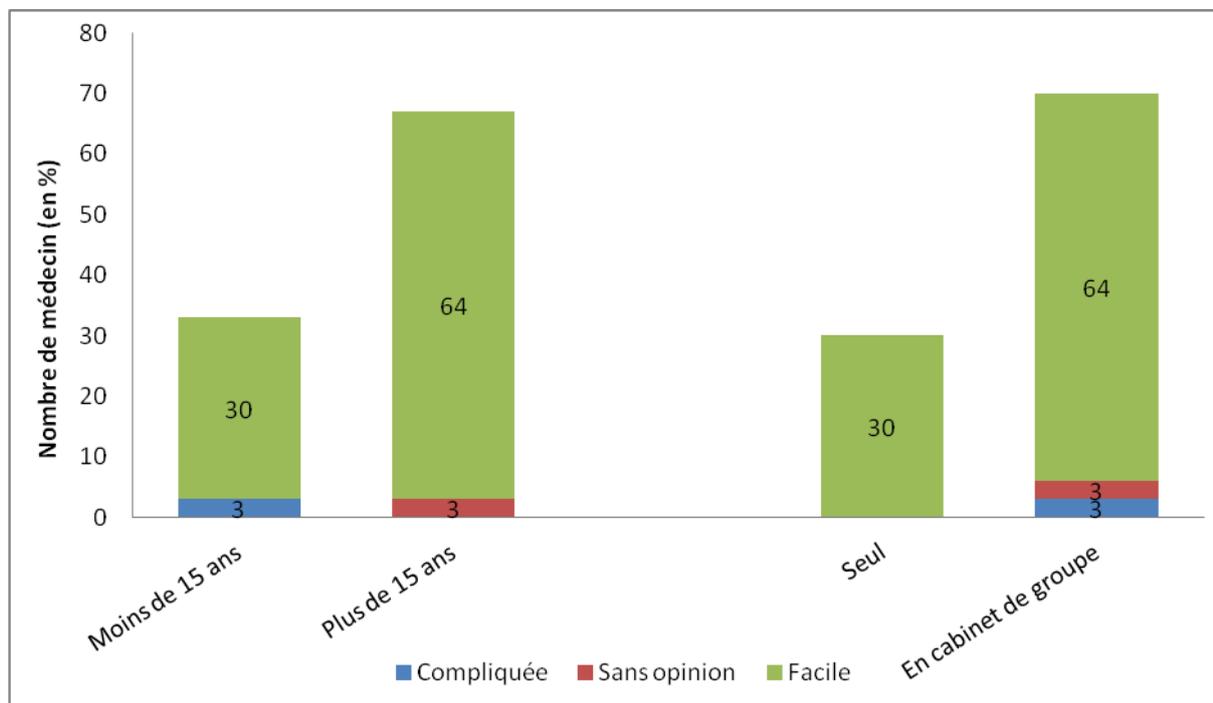


Figure 48 : Réponses des médecins à la question 2 comparées à la durée d'installation (n=33) et au type d'exercice (n=33).

- Réponses de la question n°3 : « Considérez-vous que ce questionnaire vous ait aidé à rendre plus exhaustif le recueil d'informations médicales de vos patientes ? »

Parmi les praticiens ayant répondu que le questionnaire les a aidés à rendre plus exhaustif le recueil d'informations médicales, on retrouve (**Annexe 16**) :

- autant d'hommes que de femmes ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- 3 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seul ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

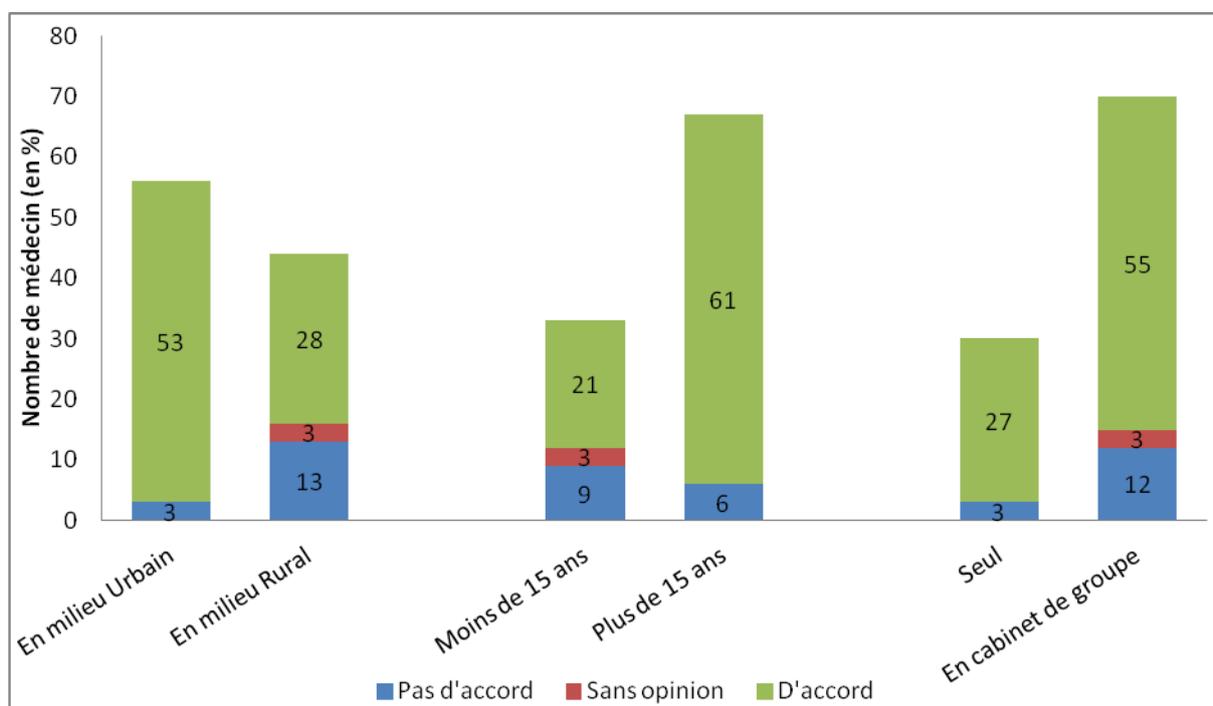


Figure 49 : Réponses des médecins à la question 3 au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33) et au type l'exercice (n=33).

- Réponses de la question n°4 : « Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister des risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez vos patientes ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, on retrouve (**Annexe 17**) :

- autant d'homme que de femme ;
- 1.7 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural;
- 3 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 1.5 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seuls ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

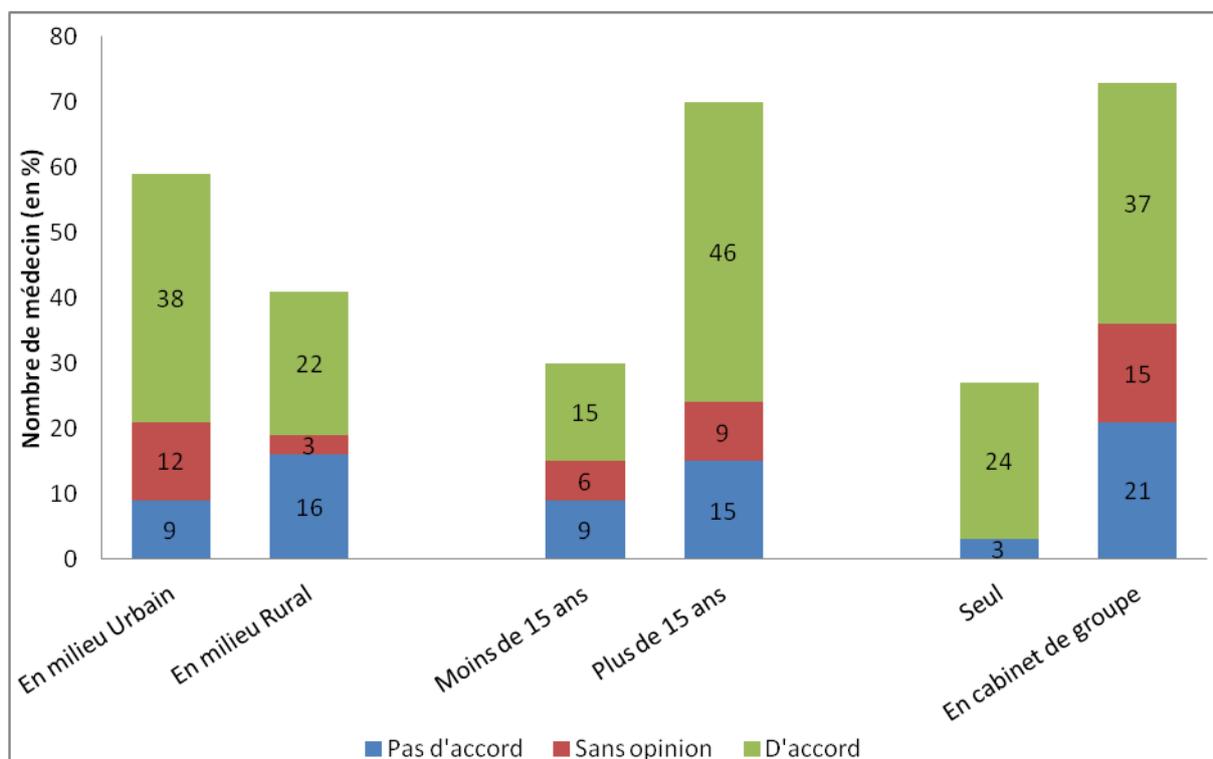


Figure 50 : Réponses des médecins à la question 4 au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33) et au type d'exercice (n=33).

- Réponses de la question n°5 : « L'utilisation de ce questionnaire a-t-il modifié votre relation médecin-malade ? »

Parmi les praticiens ayant répondu **de manière défavorable** à la question, soit « pas du tout d'accord » ou « plutôt pas d'accord », on retrouve (**Annexe 18**) :

- autant d'hommes que de femmes ;
- autant de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- autant de praticiens installés depuis moins de 15 ans que depuis plus de 15 ans ;
- 3 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seul ;
- 1.5 fois plus de praticiens appartenant au réseau REPERE que ceux n'appartenant pas au réseau.

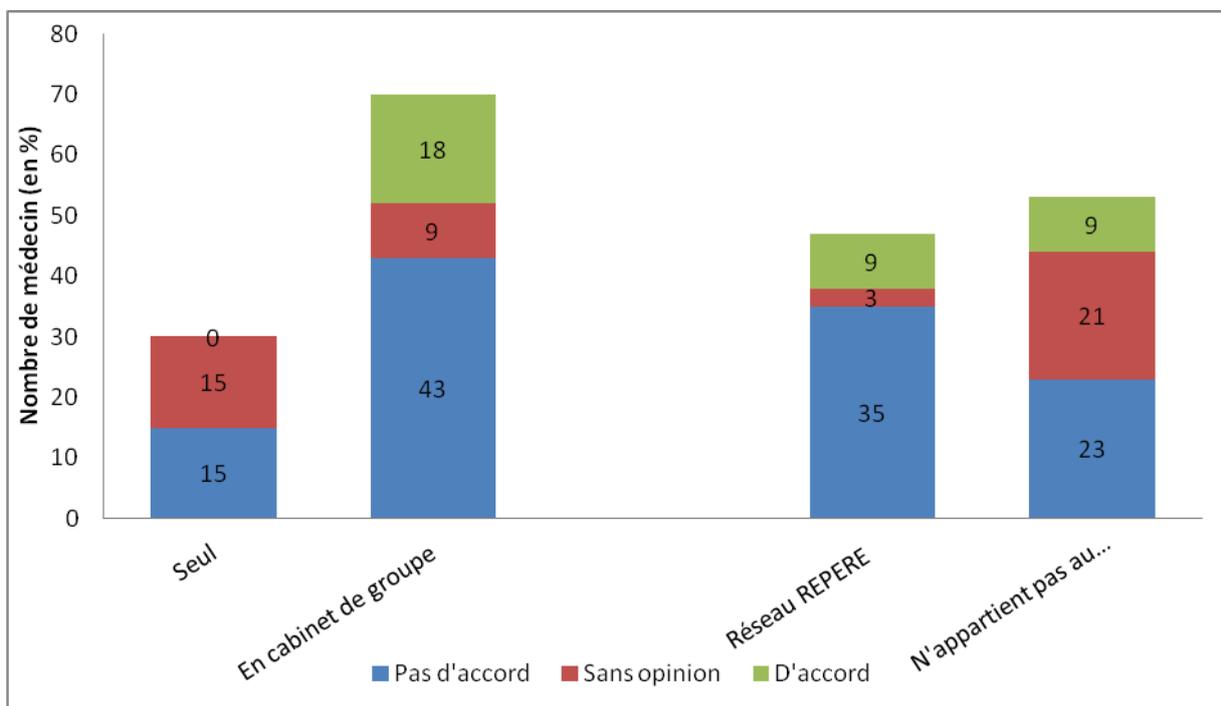


Figure 51 : Réponses des médecins à la question 5 comparées au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau repère (n=34).

- Réponses de la question n°6 : « L'utilisation de ce questionnaire a-t-il permis une plus grande participation de la patiente lors de la consultation ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, on retrouve (**Annexe 19**) :

- 1.5 fois plus de femmes que d'hommes ;
- 1.5 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- 3 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seuls ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

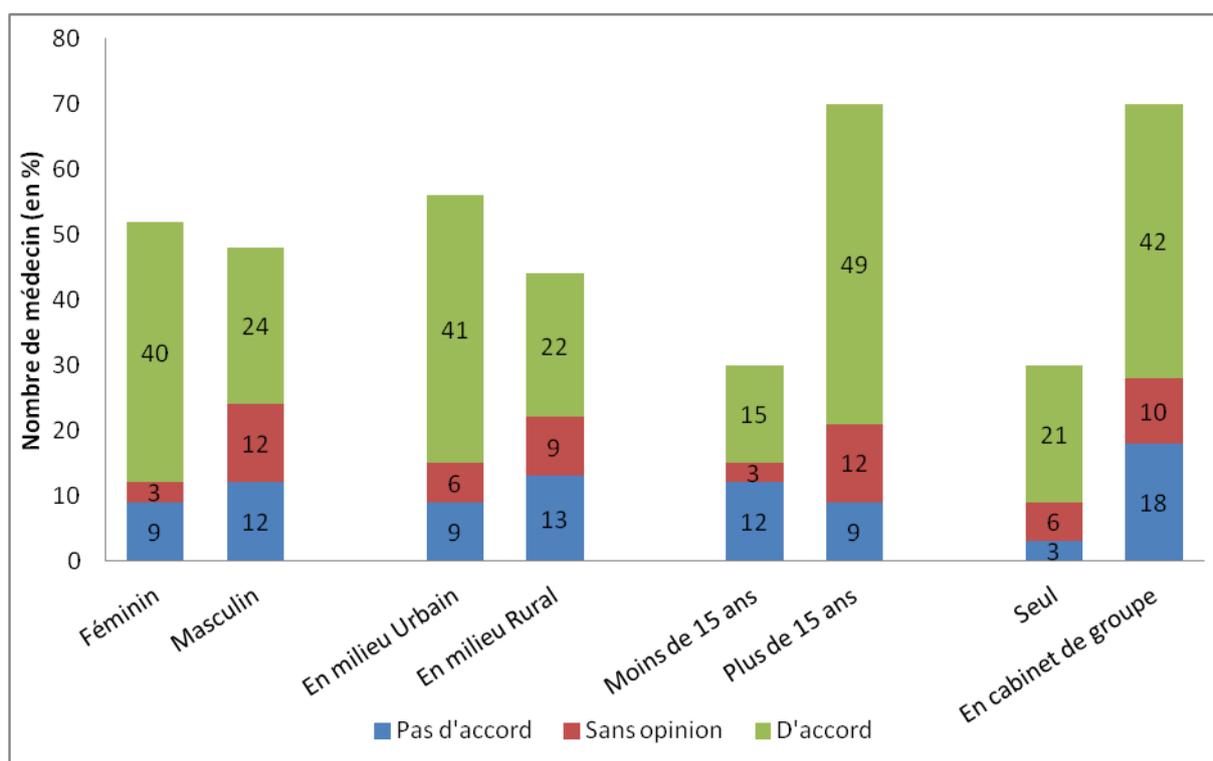


Figure 52 : Réponses des médecins à la question 6 comparées au sexe (n=33), au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33) et au type l'exercice (n=33).

- Réponses de la question n°7 : « L'utilisation de ce questionnaire a-t-il permis une plus grande participation de la patiente vis-à-vis des risques de sa grossesse ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, on retrouve (**Annexe 20**):

- autant d'hommes que de femmes ;
- 3 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- 2 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 3.5 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seuls ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

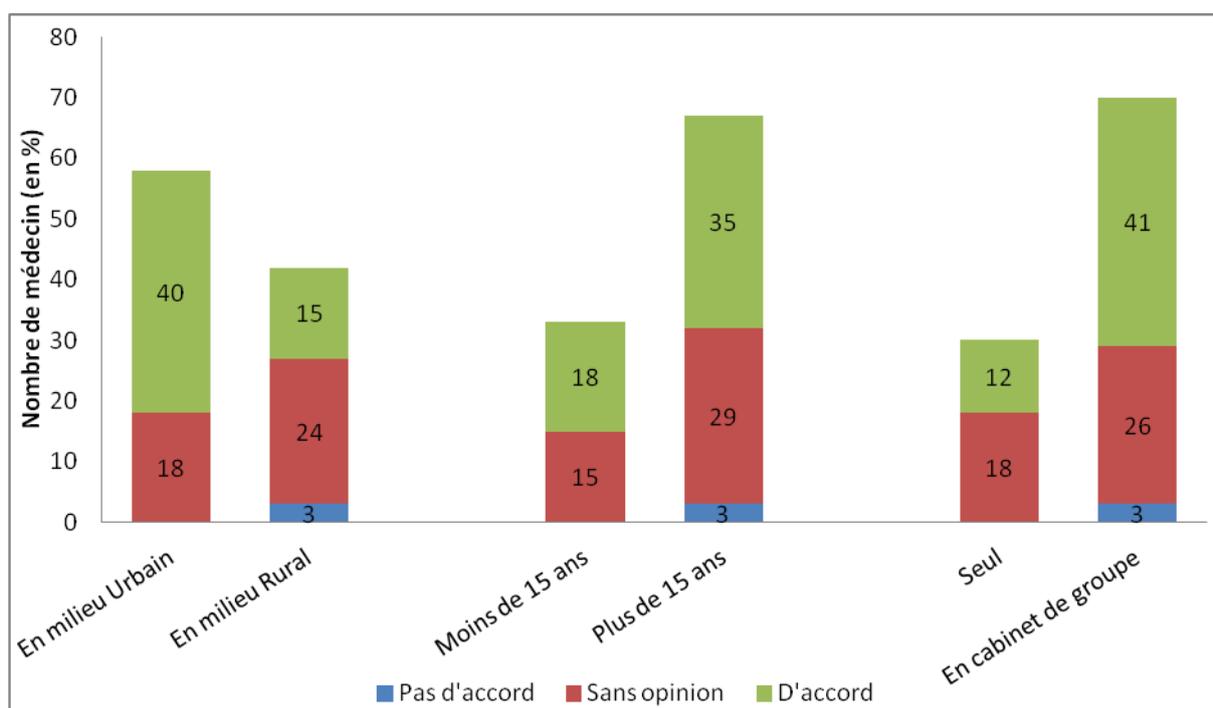


Figure 53 : Réponses des médecins à la question 7 comparées au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34) et au type l'exercice (n=34).

Parmi les médecins sans opinion on retrouve (**Annexe 20**) :

- autant d'hommes (24 %) que de femmes (21 %) ;
- autant exerçant en milieu urbain (18 %) que rural (24%) ;
- 2 fois plus installés depuis plus de 15 ans (29 %) que depuis moins de 15 ans (15 %) ;
- 1.5 fois plus installés en cabinet de groupe (18 %) que seul (26 %) ;
- autant appartenant au réseau (24 %) que n'appartenant pas au réseau (20 %).

- Réponses de la question n°8 : « L'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il aidé à structurer votre consultation ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, on retrouve (**Annexe 21**):

- autant d'hommes que de femmes ;
- 4 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- 3 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 4.5 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seuls ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

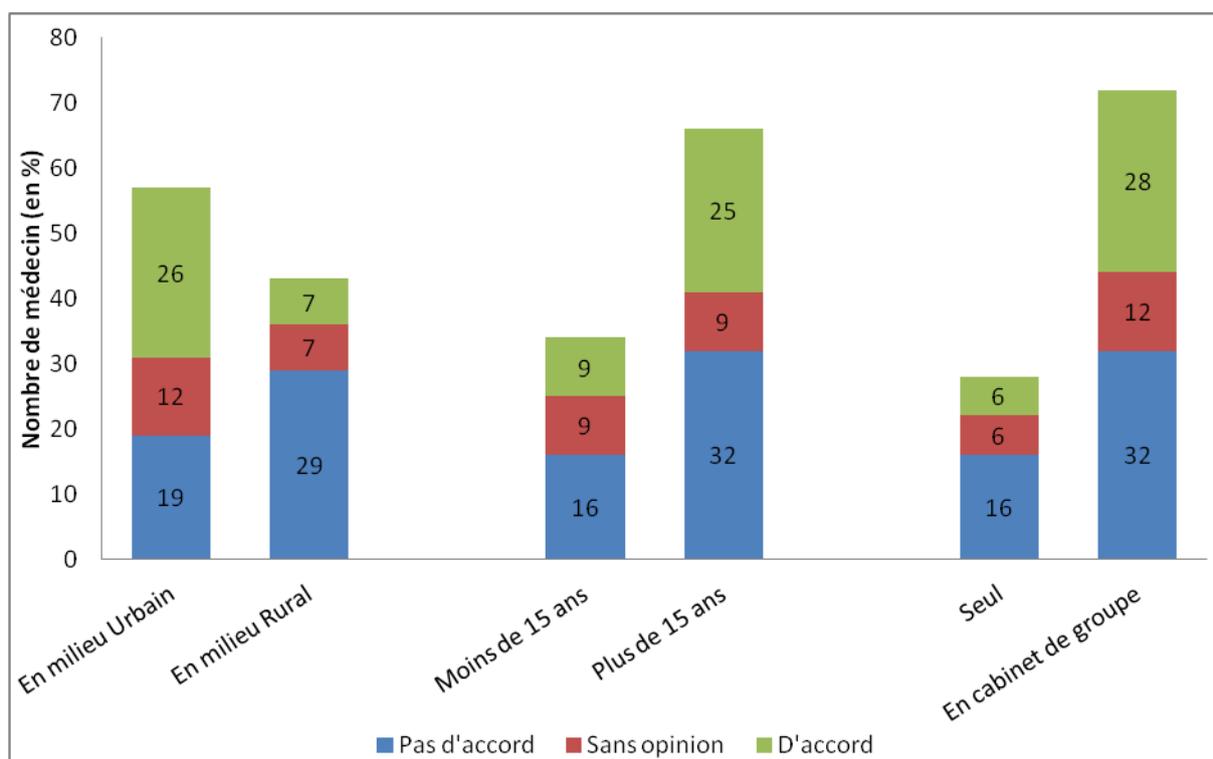


Figure 54 : Réponses des médecins à la question 8 comparées au milieu d'exercice (n=31), à la durée d'installation (n=32) et au type l'exercice (n=32).

Parmi les personnes sans opinion, on retrouve (**Annexe 21**) :

- 2 fois plus de femmes (12 %) que d'hommes (6 %) ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain (12 %) qu'en milieu rural ;
- 2 fois plus exerçants en cabinet de groupe (12 %) que seuls ;
- pour les autres critères il y a autant de personnes dans chaque catégorie.

- Réponses de la question n°9 : « L'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il fait gagner du temps ? »

Parmi les praticiens ayant répondu de manière **défavorable** à la question, « pas du tout d'accord » ou « plutôt pas d'accord », on retrouve (**Annexe 22**) :

- autant d'hommes que de femmes ;
- autant de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural;
- autant de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 3 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seuls ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

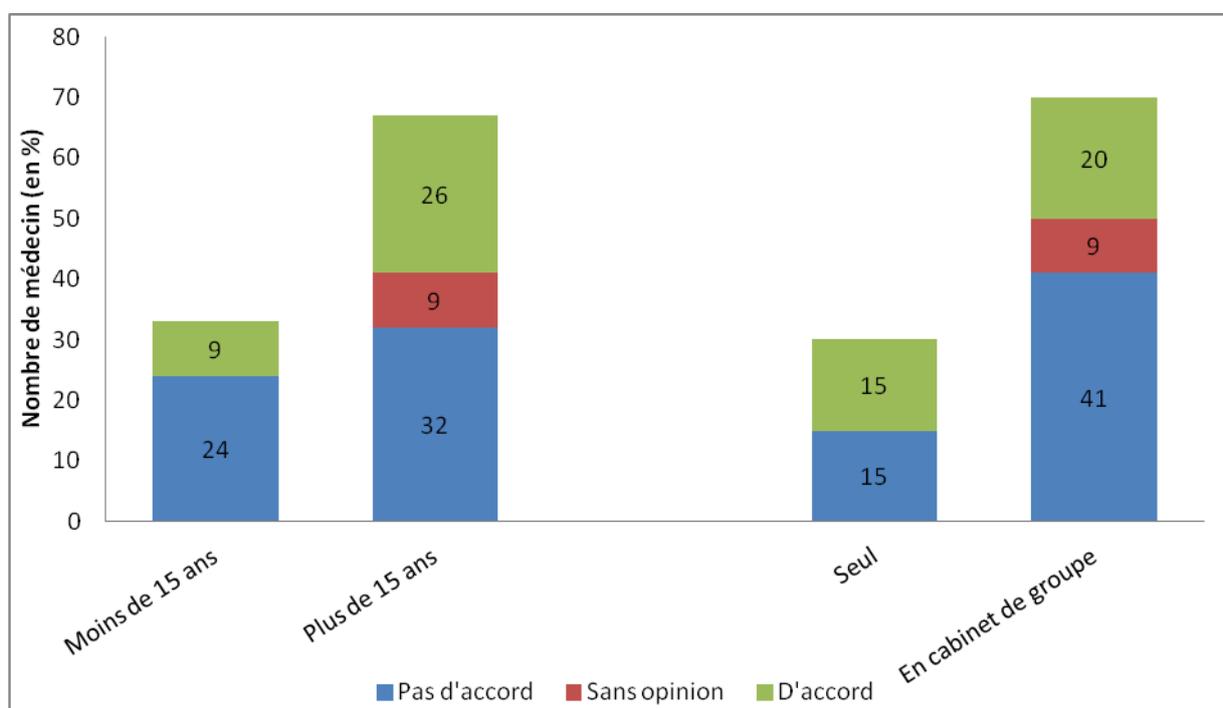


Figure 55 : Réponses des médecins à la question 9 comparées à la durée d'installation (n=34) et au type l'exercice (n=34).

- Réponses de la question n°10 : « Au contraire, l'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il fait perdre du temps ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement à la question, on retrouve (**Annexe 23**):

- autant d'hommes que de femmes ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- 2 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 9 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seuls ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

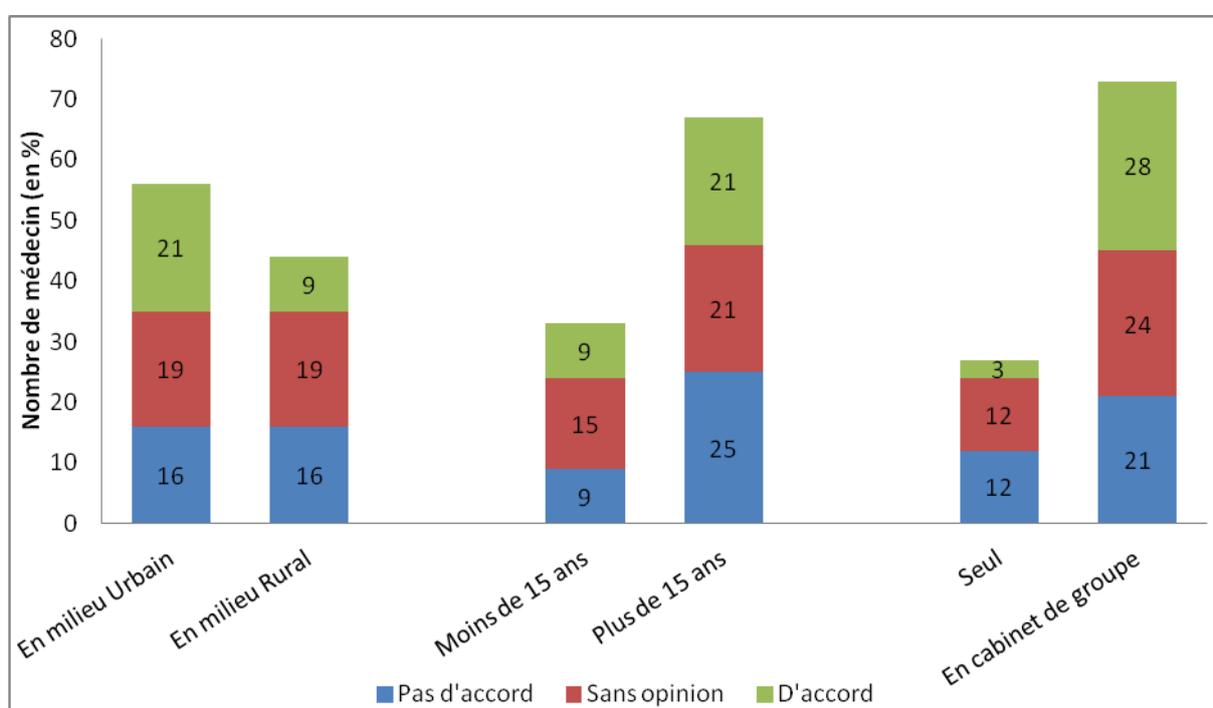


Figure 56 : Réponses des médecins à la question 10 comparées au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33), au type l'exercice (n=33).

Parmi les médecins sans opinion, on retrouve (**Annexe 23**) :

- 2 fois plus d'hommes (25 %) que de femmes (12 %) ;
- autant de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural (19 %) ;
- 1.5 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans (21 %) que depuis moins de 15 ans (15 %) ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe (24 %) que seul (12 %) ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE (18 %) que ceux appartenant au réseau.

○ Réponses de la question n°11 : « Que pensez-vous de la longueur du questionnaire ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, on retrouve (**Annexe 24**):

- autant d'hommes que de femmes ;
- 1.5 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural;
- 2 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seul ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

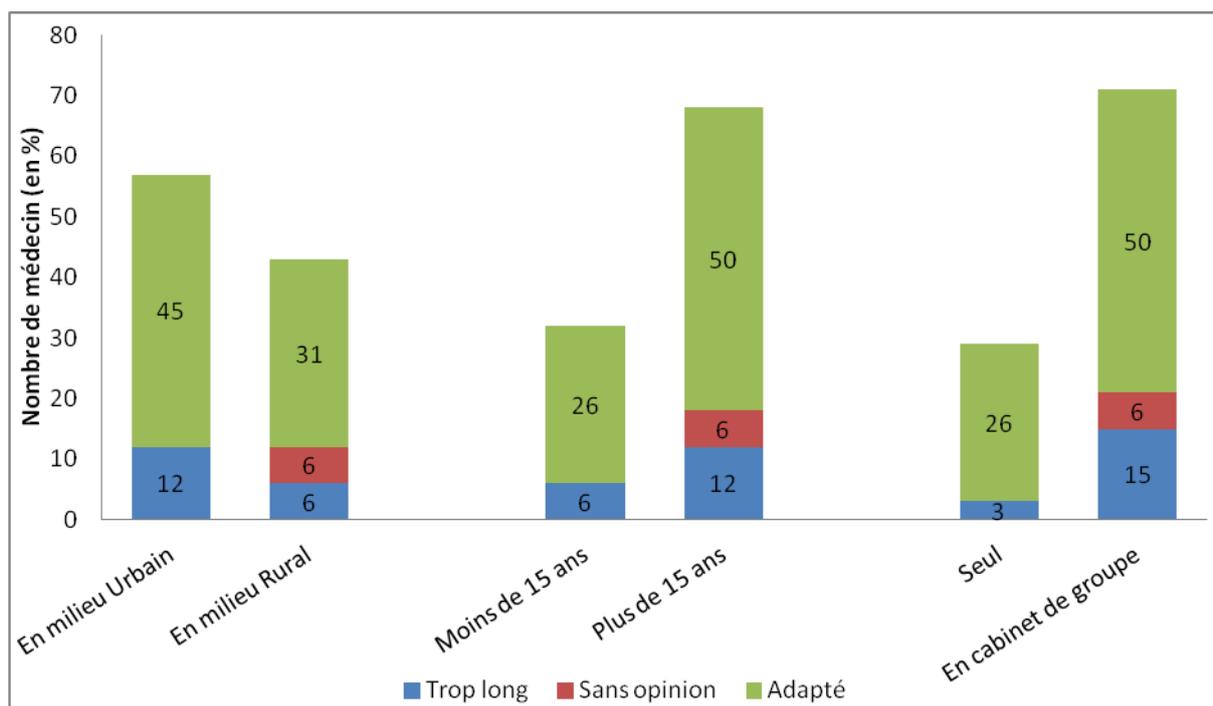


Figure 57 : Réponses des médecins à la question 11 comparées au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34) et au type l'exercice (n=34).

- Réponses de la question n°12 : « Avez-vous considéré ce questionnaire utile dans votre pratique ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, on retrouve (**Annexe 25**) :

- autant d'hommes que de femmes ;
- 1.5 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural;
- 3 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 2.5 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seul ;
- autant de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

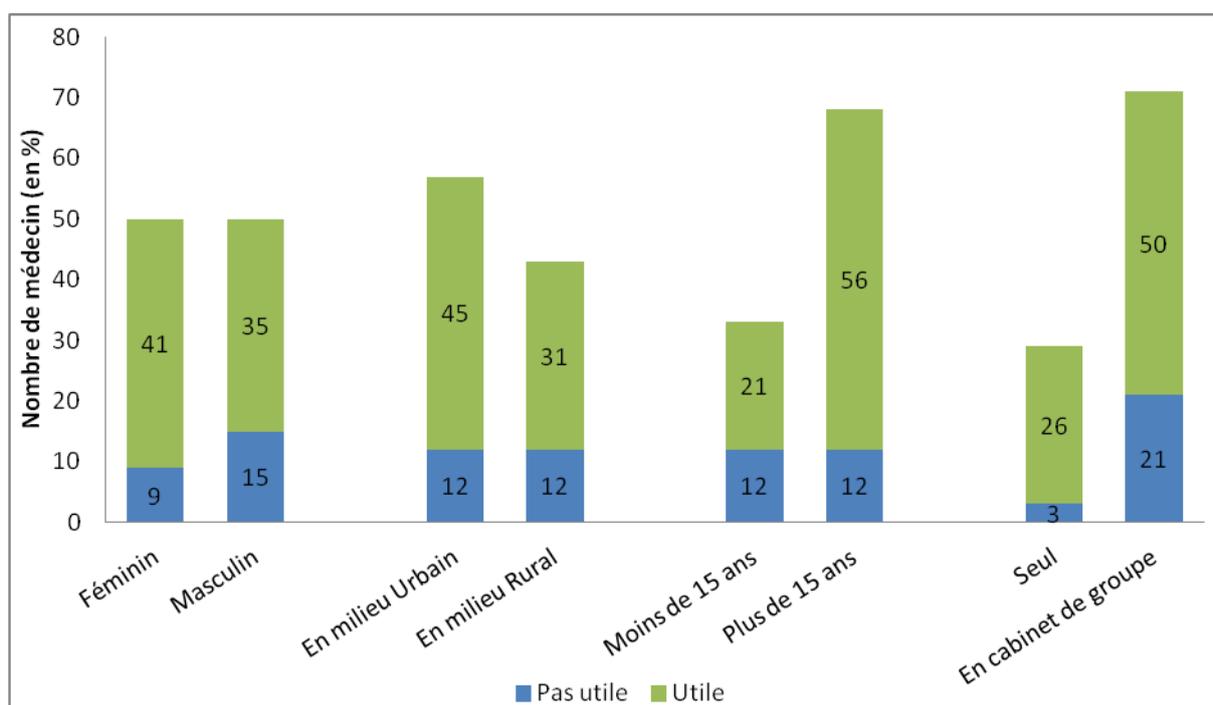


Figure 58 : Réponses des médecins à la question 12 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34).

- Réponses de la question n°13 : « Utiliseriez-vous ce questionnaire dans votre pratique quotidienne du suivi de grossesse ? »

Parmi les praticiens ayant répondu favorablement, c'est-à-dire « oui » ou « oui mais pas avec toutes les patientes », on retrouve :

- autant d'hommes que de femmes ;
- 1.5 fois plus de praticiens exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- 2.5 fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans que depuis moins de 15 ans ;
- 2 fois plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe que seul ;
- 1.5 fois plus de praticiens n'appartenant pas au réseau REPERE que ceux appartenant au réseau.

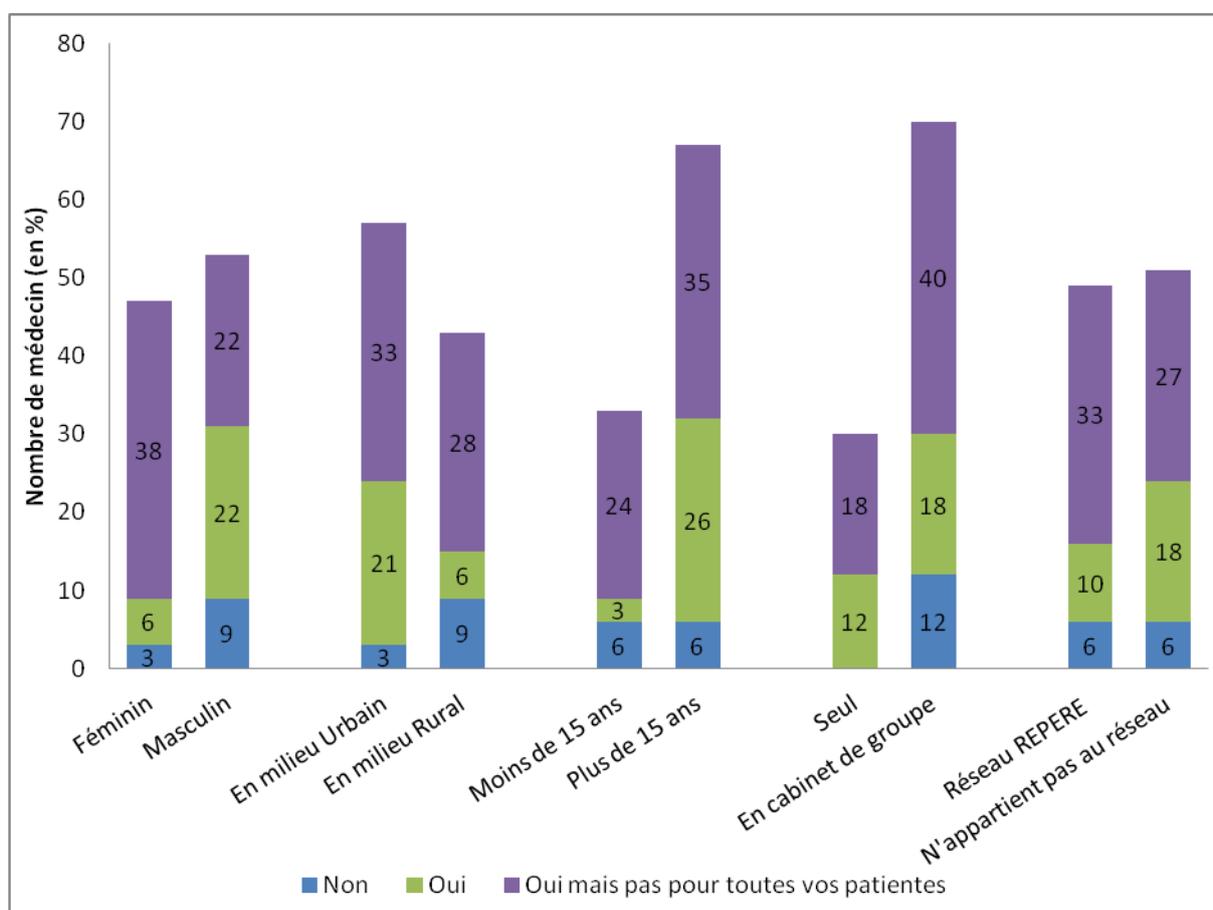


Figure 59 : réponses des médecins à la question 13 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau repère (n=34).

5.6.2. Les résultats de l'évaluation de l'auto-questionnaire administré par les praticiens hospitaliers (trois sages-femmes et deux gynécologues-obstétriciens)

5.6.2.1. Les résultats de la première partie de l'enquête : les données générales sur le praticien

Le questionnaire en ligne a été complété par 3 sages-femmes (deux femmes, un homme) et 2 gynécologues-obstétriciens (de sexe masculin).

Leur âge est compris entre 30 et 55 ans :

- 1 gynécologue a 30 ans, le second 55 ans ;
- 2 sages-femmes ont 32 et 36 ans.

L'âge moyen des personnes interrogées ici est de 37 ans, avec un âge médian de 32 ans.

L'ensemble des participants exercent dans le Sud et en milieu hospitalier.

Aucune réponse n'a été apportée de la part des 5 participants concernant les questions sur la durée d'installation et le milieu d'exercice.

L'ensemble de participants suivent plus de 50 grossesses par an, et ce, jusqu'à leur terme.

Ces 4 participants n'appartiennent pas au réseau REPERE et 1 n'a pas donné de réponse.

5.6.2.2. Les résultats de la seconde partie de l'enquête : l'évaluation de l'auto-questionnaire administré par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens

L'ensemble des trois sages-femmes et des deux gynécologues-obstétriciens qui ont participé à cette étude ont trouvé :

- « Plutôt facile » l'utilisation de ce questionnaire en pratique ;
- sont « D'accord » avec le fait que ce questionnaire ait rendu plus exhaustif le recueil d'informations médicales chez les patientes ;
- que ce questionnaire leur a permis une plus grande responsabilisation de la patiente vis-à-vis de sa grossesse ;
- que le questionnaire a « Une longueur adaptée » ;
- et enfin que le questionnaire est « Utile » dans leur pratique courante, et qu'ils l'utiliseraient dans leur pratique future.

Parmi eux :

- 3 sages-femmes et 1 gynécologue sont « D'accord » sur le fait que ce questionnaire leur a permis de dépister des risques ignorés auparavant chez la patiente, 1 gynécologue n'a pas répondu à la question ;
- concernant le fait que ce questionnaire a modifié la relation médecin-patient :
 - 1 sage-femme a répondu « Pas d'accord » ;
 - 2 sages-femmes et 1 gynécologue « Sans opinion » ;
 - 1 gynécologue est « D'accord ».

- concernant le fait que ce questionnaire a permis une plus grande participation de la patiente :
 - 1 sage-femme a répondu « pas d'accord » ;
 - 2 sages-femmes et 1 gynécologue « sans opinion » ;
 - 1 gynécologue n'a pas répondu à la question.

- concernant le fait que l'utilisation du questionnaire a aidé à structuré la consultation :
 - 1 sage-femme et 2 gynécologues ont répondu « pas d'accord » ;
 - 2 sages-femmes sont « d'accord ».

- 2 sages-femmes et 1 gynécologue ont répondu « d'accord » sur le fait que le questionnaire leur fasse gagner du temps, 1 sage-femme et 1 gynécologue « ne sont pas d'accord » ;

- 1 sage-femme n'est « pas d'accord » avec le fait que le questionnaire lui fasse perdre du temps, les 4 autres sont sans avis.

6. ANALYSE ET DISCUSSION

6.1. De la recherche bibliographique

Dans le cadre de notre étude, nous avons souhaité réaliser une recherche documentaire aussi exhaustive que possible. Ce travail s'est révélé complexe, en particulier pour la recherche de questionnaires potentiellement existant autour du suivi de la grossesse. En effet, nous n'en avons pas trouvé et avons donc supposé qu'il n'en existait pas. En outre, nous avons retrouvé un grand nombre de questionnaires médicaux généraux.

Ceci n'a cependant pas nuit à la construction de notre questionnaire, appuyé essentiellement sur les recommandations du CNGOF et de la HAS. Nous avons considéré que la saturation des données a largement été atteinte, la sélection des items du questionnaire étant faite dans le but de réaliser une consultation humaine et accessible aux patientes, tout en permettant d'améliorer le dépistage des facteurs de risques de leur grossesse.

6.2. De l'enquête d'opinion initiale

6.2.1. Des résultats justifiant notre étude

Cette première enquête d'opinion a permis de mettre en évidence, sur l'échantillon de sondés :

- que 70.97 % des participants trouvent « Plutôt utile » voir « Tout à fait utile » la consultation préconceptionnelle recommandée par la HAS ;
- que 51.62 % des sondés sont « Plutôt d'accord » ou « Tout à fait d'accord » sur le fait que le recueil de antécédents médicaux constitue une étape longue lors des premières consultations du suivi de grossesse ;
- **que 82.26 % des sondés, trouvent qu'il est « Plutôt utile » ou « Tout à fait utile » d'intégrer un outil d'aide à la pratique dans le recueil des antécédents médicaux ;**
- et que 62.91 % des interrogés, trouvent qu'un outil sous forme d'auto-questionnaire administré pour le recueil des données serait « Plutôt adapté » ou « Tout à fait adapté ».

6.2.2. Les limites de l'enquête initiale

Le taux de participation à cette enquête est de 23.85 %, avec seulement 62 praticiens ayant répondu sur 260 courriels envoyés.

Le choix de diffuser cette enquête uniquement par courriel, a exclu d'office de l'étude les praticiens qui n'ont pas d'adresse électronique.

Il ne serait pas à écarter que prévenir les praticiens de la réalisation de cette enquête par un contact téléphonique préalable, nous aurait apporté une plus grande participation.

Mais nous n'avions ni le temps ni les moyens nécessaires pour recueillir l'avis de tous les praticiens. Nous ne voulions avoir qu'une idée de l'opinion d'un petit échantillon, afin de légitimer l'étude.

Aussi, pour augmenter le taux de réponses à cette enquête, nous aurions pu impliquer davantage de praticiens suivant la grossesse, notamment les sages-femmes et les gynécologues libéraux. Mais notre étude portait d'avantage sur les médecins généralistes.

Au sujet des réponses de l'enquête, le fait que les volontaires potentiels puissent laisser leurs coordonnées à la fin du questionnaire, pouvait induire chez eux un biais de désirabilité sociale dans leurs réponses, c'est-à-dire les rendant plus clémentes afin de se faire bien voir.

Malgré cela, nos résultats nous ont encouragés à réaliser l'étude, puisqu'ils montrent que 82.26 % de notre échantillon, soit 51 des médecins généralistes interrogés, trouveraient utile d'intégrer un outil d'aide à la pratique lors des premières consultations du suivi de la grossesse.

Cependant, il se peut qu'il y ait ici un biais de sélection parmi les participants, car les médecins ayant répondu à cette enquête étant peut être les plus intéressés par ce travail, et donc éventuellement déjà partiellement convaincu avant de commencer l'étude.

6.3. De l'élaboration du questionnaire auto-administré

Suite à la constitution du premier prototype du QAA à partir des recommandations du CNGOF et de la HAS, nous aurions pu dans un premier temps, le faire analyser par un Focus groupe contenant un nombre plus large d'experts (nous avons eu cinq participants, dont deux gynécologues et trois médecins généralistes), incluant également des sages-femmes, et ce, avant de le soumettre au test de faisabilité par les patientes.

Mais nous recherchions d'abord à tester la mise en pratique de l'outil, plus que le contenu de celui-ci. De plus, notre population cible était les généralistes avant tout.

Si notre questionnaire faisait par la suite l'objet d'une étude de faisabilité, il faudra alors le retravailler et mesurer son impact sur le suivi de grossesse, de façon plus rigoureuse.

Aussi, l'élaboration du questionnaire pourrait être largement critiquée, mais ceci ne remettrait pas en cause l'étude elle-même.

6.4. De la phase pré-test

6.4.1. Du pré-test de auprès d'un échantillon de patientes

6.4.1.1. De la méthodologie

Il s'agissait ici, de vérifier la compréhension des différentes questions du QAA. Pour ne pas alourdir l'étude, nous avons choisi de réaliser ce test dans un seul cabinet de médecine générale de ville. Nous avons essayé de recruter un panel suffisamment large de femmes enceintes, 20 en tout.

Ce pré-test a été réalisé sur toutes les femmes enceintes indépendamment de leur terme. Nous pensions que cela amènerait une plus grande diversité d'avis sur le questionnaire.

Cependant, ce premier test a été effectué en entretien individuel avec chaque patiente, et non de manière anonyme, il y a donc pu y avoir une surestimation de la compréhension du QAA.

6.4.1.2. Discussion des réponses des patientes par cadre

○ Au sujet des réponses du second cadre « **Votre mode de vie** » :

Il a pu y avoir une mauvaise interprétation sur le questionnement à propos du mode de transport, puisque trois patientes n'ayant pas d'emploi ont tout de même précisé leur moyen de déplacement. Pour avoir moins de réponses incorrectes, peut-être aurait-il fallu préciser « domicile-travail » entre parenthèses à cette question.

A la question vivez-vous seule, trois personnes n'ont pas répondu.

Or, à l'île de la Réunion, nous savons qu'un certain nombre de mères fraudent leur déclaration à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) en se déclarant « parents isolés », pour pouvoir bénéficier de « l'Allocation Parent Isolé » (API). En effet, d'après Liliane Pausé, responsable du cabinet à la direction de la CAF Réunion, "72 % des fraudes à la CAF sont liées à la vie maritale non déclarée", précise-t-elle. Aussi les réponses apportées à cette question peuvent être faussées [51].

○ Au sujet des réponses du troisième cadre « **Votre histoire médicale familiale** » :

Une patiente n'a pas répondu à trois questions (sur la présence dans la famille de tension artérielle, problèmes de formations de caillots dans le sang et/ou dans les veines, ou de maladies du sang). Peut-être que la patiente ne connaissait pas ses antécédents familiaux.

Pour éviter l'absence de réponse, nous avons ajouté la case « Ne sais pas » à tous les items.

○ Au sujet des réponses du quatrième cadre « **Votre histoire médicale** » :

Sept patientes n'ont pas indiqué leur poids et taille, peut-être parce qu'elles ne les connaissaient pas. Sans doute aurait-il fallu mettre à leur disposition de quoi se peser et se mesurer. Rappelons qu'à la Réunion, le taux d'obésité chez les femmes enceintes est plus important qu'en métropole, et qu'il est du rôle des soignants de les inciter à suivre leur poids.

○ Au sujet des réponses du cinquième cadre « **Vaccination-maladies transmissibles** » :

A la question sur la toxoplasmose : six patientes ont répondu ne pas savoir si elles étaient immunisées.

Elles n'ont peut-être pas eu connaissance des risques liés à cette pathologie, durant la grossesse comme recommandé par la HAS ; et/ou le médecin qui les suit n'a peut-être pas encore fait la sérologie ? Deux patientes n'ont pas répondu à la question.

Aux questions sur la mise à jour des vaccinations : sept patientes ont répondu ne pas savoir si elles sont à jour. Est-ce parce qu'elles n'ont pas eu leur carnet de santé à disposition ? Ou alors parce qu'elles n'ont pas été informées sur ces vaccinations ?

○ Au sujet des réponses du sixième cadre « **Votre histoire gynécologique** » :

Nous avons substitué la question sur le mode de contraception par une autre question, demandant depuis quand la patiente à t'elle arrêté cette dernière. En effet, un arrêt depuis plus d'un an sans grossesses constatées peut commencer à nous alerter sur une éventuelle hypofertilité du couple.

○ Au sujet des réponses du huitième cadre « **Lors de vos grossesses précédentes** » :

Nous n'avions pas ajouté à ce premier prototype les items « non » et « ne sais pas » à chacune des réponses comme pour le second prototype et, seulement sept patientes ont coché des cases correspondantes à des items.

Nous ne pouvons donc rien supposer sur les 13 autres patientes n'ayant pas répondu (sauf pour les 3 patientes n'ayant pas eu d'enfants).

6.4.2. Du Focus Groupe

Les résultats d'une étude en Focus Groupe ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été construit dans un but de représentativité de la population source.

Aussi, il a pu y avoir une autocensure pendant la séance.

D'autre part, aucune sage-femme n'a été inclus dans notre focus groupe, or, celles-ci suivraient 38 % des grossesses à domicile à l'île de la Réunion [14], et font pourtant parti des praticiens susceptibles d'utiliser notre outil.

6.5. De la phase test

6.5.1. De la phase test auprès des médecins généralistes

6.5.1.1. Limites inhérente à la constitution de l'échantillon des médecins généralistes investigateurs

Notre échantillon de praticiens n'est pas représentatif de ceux de l'île de la réunion. Dès le départ, j'ai recherché à constituer un échantillon qui serait intéressé par l'étude, et j'ai donc biaisé la sélection des participants.

De plus, le choix géographique des médecins recrutés au hasard de mes déplacements a obéi à des contraintes de ma part.

Ainsi, nous constatons que les médecins les plus éloignés de mon domicile (à l'Est de l'île), ainsi que ceux exerçant en milieu rural (dans les cirques) sont sous représentés. Etant donné que j'habite l'ouest de l'île, il y a plus de médecins installés dans l'ouest et le sud dans mon échantillon (mais rappelons que le territoire Ouest est le seul territoire à présenter une densité de médecins généralistes supérieure à la métropole) [52, 53].

De plus il n'y a eu ni gynécologue ni sage-femme libérale inclus dans notre étude, or ceux-ci font également partie des praticiens de premiers recours au suivi des grossesses. Mais notre étude concernait avant tout les généralistes.

D'autre part, nous avons sélectionné les participants à l'étude sur la base du volontariat. De ce fait, nous n'avons atteint que les médecins les plus motivés et ceux qui se sont sentis les plus concernés par le sujet.

Malgré cela, sur les 84 médecins généralistes qui avaient au préalable accepté de réaliser l'étude, plus de la moitié, soit 50 ne l'ont pas effectuée.

Parmi ces 50 médecins, 33 ont répondu à l'enquête finale « Ne pas avoir participé à l'étude » et 17 n'ont pas du tout répondu, ne nous donnant donc aucune raisons justifiant leur non-participation. On pourrait penser que l'objet de notre étude ne leur a finalement pas paru intéressant, ou qu'ils n'ont pas pensé la réaliser, ou alors qu'ils n'ont pas suivi de femmes enceintes durant cette période, ou encore, que les patientes ne leur aient pas ramené les questionnaires distribués.

La durée de notre étude a aussi et certainement dû être un facteur limitant à bon nombre de praticiens qui ne suivent pas beaucoup de femmes enceintes ou qui ont pris un congé durant cette période.

En effet, on peut voir que sur les 33 praticiens n'ayant pas pu effectuer l'étude mais ayant répondu à l'enquête finale, 8 médecins, soit 24.24 %, ont répondu « Par manque de temps », et 16 soit 48.48 %, car ils n'ont « pas suivi de grossesse durant la période test ».

6.5.1.2. Discussion des résultats du feuillet détachable auprès des médecins généralistes

6.5.1.2.1. Des résultats chez les patientes ayant consultées un généraliste

Les patientes devaient répondre à une série de quatre questions évaluant leur compréhension, leur temps de réponse et l'aide requise pour remplir le QAA.

Leurs réponses n'étaient pas anonymes au-devant du praticien lui ayant remis le questionnaire. La patiente a donc pu surestimer sa compréhension et son adhésion à celui-ci, dans le but de se faire bien voir par son médecin.

Toutefois, nous avons constaté que :

- elles sont 89.87 % (71 patientes) à avoir trouvé le questionnaire « Facile » voir « Très facile » à remplir, et 5.07 % (4 patientes) à l'avoir trouvé « Difficile » et « Plutôt difficile ». **Ce qui va en faveur d'un questionnaire abordable pour la majorité des femmes et donc facilement accessible, malgré le nombre de questions posées.**
- pour 79.74 % (63) d'entre elles, elles auront mis entre 5 et 20 min à le remplir, **ce qui pourrait confirmer la faisabilité de réaliser le questionnaire en salle d'attente, juste avant la consultation.**
- 45.57 % des patientes (36) l'ont rempli seule, tandis que 40.50 % (32) ont été aidées par leur famille proche ou moins proche. **Les femmes illettrées pourraient donc être susceptibles d'accéder au questionnaire.**
- enfin, 67.09 % (53) d'entre elles ont répondu que ce questionnaire leur avait permis de réfléchir sur des points particuliers de leur grossesse. **Ce qui rejoint notre objectif de favoriser l'implication et la participation des patientes dans leur suivi ; ainsi que de pouvoir utiliser ce questionnaire comme un moyen d'information.**

6.5.1.2.2. Des résultats chez les médecins généralistes

Les praticiens devaient eux aussi répondre à deux questions, évaluant leur opinion sur l'utilité individuelle du questionnaire auprès de chaque patiente et sa capacité éventuelle au dépistage des risques de la grossesse.

Je suis allée personnellement récupérer les feuillets, l'anonymat n'a donc pas été strictement respecté, ce qui a pu amener un biais dans les réponses.

Nous avons vu que le nombre moyen de feuillets par médecin est de 2.3. Un feuillet correspondant à une patiente.

- La majeure partie des médecins soit 54 % d'entre eux (19) ont fait remplir deux à trois feuillets ;
- 18 % (6) en ont fait remplir 4 ou plus ;
- 26 % (8) n'ont fait remplir qu'un seul feuillet et l'on pourrait se demander si ce groupe a pu avoir le recul suffisant afin de juger de l'intérêt ou de l'utilité de notre outil.

Parmi ces praticiens, si l'on observe leur évaluation individuelle du questionnaire pour chaque patiente (par feuillet) on constate que :

- 68.35 % (54 feuillets ou questionnaires) ont été jugés comme « Plutôt utile » voir « Tout à fait utile » pour la prise en charge de leurs patientes. **Ce qui justifierait de diffuser l'utilisation du questionnaire en pratique courante.**
- Par contre dans 70.89 % des cas (soit pour 56 feuillets), le questionnaire n'a pas été jugé comme performant au dépistage des risques de la grossesse chez leurs patientes.
Est-ce : Parce qu'ils connaissaient déjà bien les antécédents des patientes interrogées ?
En effet, l'utilisation de notre auto-questionnaire est d'autant plus intéressante que le soignant ne connaît pas encore bien sa patiente. Pour les patientes que le praticien pense déjà connaître, il permettrait de ne pas passer à côté d'antécédents rares qu'il ne connaît pas (type thrombophilie, consanguinité, ou les maladies génétiques) et qu'il ne penserait pas dépister, car ne les réinterrogerait pas.
Ou, est-ce parce que notre outil ne serait pas assez performant pour réaliser cette tâche ?
Notons qu'ici, il y a un obligatoirement un biais limitant, le trop petit nombre de patientes impliquées, et donc la faible prévalence des facteurs de risques, qui ne nous permet pas de tirer de plus amples conclusions vis-à-vis de leur dépistage. Ce point mériterait d'être plus approfondi par une étude de faisabilité.

6.5.2. De la phase test auprès des praticiens hospitaliers

Le but de notre étude était surtout l'évaluation de l'outil auprès d'un échantillon de médecins généralistes libéraux, mais nous avons quand même pu l'évaluer auprès d'un petit groupe de cinq praticiens hospitaliers volontaires.

Etant donné le petit nombre de praticiens impliqués, soit trois sages-femmes et deux gynécologues hospitaliers, nous ne pourrions nous permettre de tirer des conclusions trop générales sur l'avis de ces catégories à l'utilisation du questionnaire.

6.5.2.1. Discussion des résultats du feuillet détachable auprès des praticiens hospitaliers

6.5.2.1.1. Des résultats chez les patientes

6.5.2.1.1.1. Des résultats chez les patientes ayant consulté une sage-femme

Nous avons constaté que parmi ces 16 patientes :

- elles sont 75 % (12 patientes) à avoir trouvé le questionnaire « Facile » voir « Très facile » à remplir ;
- 87.5 % (14) d'entre elles auront mis entre 0 et 15 min à le remplir ;
- 50 % des patientes (8) l'ont rempli seule, 43.75 % (7) ont été aidées par leur famille proche ou moins proche, et 6.25 % (1) avec l'aide de sa famille en générale ;

- enfin, 50 % d'entre elles (8) ont répondu être « Sans opinion » a la question demandant si le questionnaire leur avait permis de réfléchir sur des points de leur grossesse, contrairement aux patientes ayant consulté un médecin généraliste ou un gynécologue qui ont majoritairement répondu « oui ».

Ces résultats rejoignent ceux des patientes vues par les généralistes, sauf pour la question concernant la capacité du questionnaire à les interroger sur des points particuliers de leur grossesse.

6.5.2.1.1.2. Chez les patientes ayant consulté un gynécologue obstétricien

Nous avons constaté que parmi ces 14 patientes :

- elles sont 57.14 % (8 patientes) à avoir trouvé le questionnaire « Facile » voir « Très facile » à remplir ;
- 85.71 % (12) d'entre elles auront mis entre 0 et 15 min à le remplir ;
- 85.71 % des patientes (12) l'ont rempli seule (c'est près de deux fois plus que celles ayant consulté un généraliste : 45.47 %) et 14.20 % avec une autre personne ;
- Enfin, que 71.43 % d'entre elles (10) ont répondu « oui » sur le fait que ce questionnaire leur avait permis de réfléchir sur des points de leur grossesse.

Ces résultats rejoignent ceux des patientes vues par les généralistes, sauf pour le mode de remplissage du questionnaire (ici, elles sont seules a le remplir pour la grande majorité).

6.5.2.1.2. Des résultats chez tous les praticiens hospitaliers

Parmi ces praticiens, si l'on observe leur évaluation individuelle du questionnaire pour chaque patiente (par feuillet) on constate que :

Concernant l'utilité du questionnaire :

- 87.5 % des feuillets complétés par les trois sages-femmes (14) ont été jugés comme « Plutôt utile » voir « Tout à fait utile » pour la prise en charge de leurs patientes ;
- du côté des deux gynécologues, 85.71 % des feuillets (12) ont été jugés comme « Plutôt utile » voir « Tout à fait utile ».

Ces résultats sont supérieurs à ceux des généralistes (68, 35 %), et seraient en accords avec le fait que l'utilisation de ce questionnaire est intéressant pour l'interrogatoire des nouvelles patientes, longues à interrogées. En effet, les praticiens interrogés ici ont vu plus de patientes (et de nouvelles patientes) et ont donc fait remplir plus de questionnaire que les généralistes, peut-être ont-ils eu plus de recul concernant le jugement sur son utilité.

Concernant la capacité du questionnaire à dépister les risques de la grossesse :

- les sages-femmes ont jugés le questionnaire comme performant dans 68.75 % des cas (11 feuillets) ;
- A l'inverse, les gynécologues ont jugé que le questionnaire ne leur a pas permis de dépister ces risques pour 71.43 % des patientes (soit 10 feuillets).

Mais ici, comme pour les médecins généralistes, le biais du trop petit nombre de patientes impliquées et donc à la probable faible prévalence des facteurs de risques, ne nous permet pas d'être performants concernant le jugement de ce critère.

6.5.3. De l'élaboration de l'enquête d'opinion finale

Nous avons opté pour un questionnaire constitué majoritairement de questions fermées, avec des choix de réponses graduées sur une échelle type Likert allant de 1 à 5 selon le degré d'accord. Il s'agit de l'un des modèles les plus communément adoptés pour les enquêtes d'opinion.

Nous aurions pu choisir une échelle graduée, plus sensible, mais même dans ce cas-ci, les réponses auraient également dû être regroupées. Ainsi nous avons considéré que les informations récoltées n'ont pas été perdues.

Nous avons rendu anonymes les réponses aux questionnaires afin d'éviter le biais de désirabilité sociale qui ferait surévaluer le QAA par les praticiens, dans le but d'être bien perçus et reconnus. Cela nous a été rendu possible par l'application Drive du moteur de recherche Google.

6.6. Discussion des principaux résultats

6.6.1. Des résultats de l'enquête d'opinion finale auprès des médecins généralistes

Nous constatons que 79.97 % des praticiens contactés (67 sur 84) ont répondu à l'enquête d'opinion finale, et que 40.47 % (34) d'entre eux ont participé à l'étude.

6.6.1.1. Parmi les médecins n'ayant pas effectué l'étude

Parmi les **33 non participants** à l'étude (mais ayant répondu à l'enquête), nous avons constaté :

- que 72.72 % des médecins (24) ont répondu à la question sur les causes possible de non-participation : « Par manque de temps » (24.24 %), ou « Pas de suivi de grossesse durant la période test » (48.48 %). **Une phase test plus longue nous aurait certainement garanti plus de participation ;**
- que 18.18 % des médecins (6) n'ont pas participé car ils n'ont pas récupéré les questionnaires donnés aux patientes. **Il aurait donc fallu obligatoirement faire remplir le questionnaire aux patientes dans la salle d'attente du cabinet avant la consultation, et non pas chez elle ;**

- que 9.1 % des médecins (3) ont oublié de réaliser l'étude, et ce malgré les nombreux rappels envoyés ;
- que 18.18 % des médecins (6) ont déclaré ne suivre aucune grossesse. Pourtant, parmi eux, seul 3 % (1 médecin) n'a pas répondu à la sous question concernant le nombre de grossesses suivies par an, mais 15.15 % (5) y ont répondu. De même, trois médecins ont quand même répondu à l'autre sous question demandant jusqu'à quel terme ils suivaient les grossesses. **On peut se demander pourquoi ces médecins ont répondu aux deux sous questions ;**
- 9 fois plus de médecins (29 médecins soit 87.87 %) de ce groupe, n'appartiennent pas au réseau REPERE. **Il paraît donc logique d'observer que les médecins non adhérant au réseau seraient moins investis dans suivi de la grossesse et donc moins motivés à effectuer notre étude.**

6.6.1.2. Parmi les médecins ayant effectué l'étude

Parmi les **34 médecins qui ont déclaré avoir pu réaliser l'étude** :

- o 76.47 % (26) ont pris connaissance du projet par l'entretien individuel. **Cette démarche paraît donc être la plus efficace dans notre cas.**

6.6.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et du suivi de la grossesse chez les participants à l'étude

Il y a :

- autant de médecins généralistes Femmes que d'Hommes (17) ;
- une fois et demi plus de médecins âgés de plus de 50 ans (20 soit 58.82 % contre 14 soit 41.17 %) ;
- deux fois plus de médecins installés depuis plus de 15 ans, que de médecins installés depuis moins de 15 ans (67.65 % soit 23 médecins contre 32.35 % soit 11 médecins) ;
- 85.30 % de praticiens exerçant dans les territoires de santé Sud (16) et Ouest (13) ;
- 70.58 % des médecins (24) exerçant en cabinet de groupe ;
- une fois et demi plus de médecins installés en milieu urbain qu'en milieu rural (55.88 % soit 20 contre 41.17 % soit 14) ;
- la totalité des participants ont déclaré effectuer le suivi de grossesse ;
- 50 % des participants (17) ont déclaré suivre entre 10 et 20 grossesses par an, 35.29 % moins de 10 (12), et 14.71 % entre 20 et 50 (5) ;
- 67.66 % des médecins (23) interrogés ont répondu suivre les grossesses jusqu'au 3^{ème} trimestre, 17.64 % (6), ne les suivraient que jusqu'au premier trimestre, et 8.82 % jusqu'au second trimestre (3) ;
- autant de médecins qui appartiennent ou n'appartiennent pas au réseau REPERE (52.94 % soit 18 contre 47.05 % soit 16) ;

6.6.1.2.2. Evaluation de l'utilisation du questionnaire en pratique courante par les participants à l'étude

- L'analyse des résultats selon l'intervalle de confiance, nous a permis de conclure que pour les participants, ce questionnaire :
 - est facile ou très facile à utiliser en pratique courante à 91.18 %, soit pour 31 praticiens (question 2) ;
 - les a aidés à rendre plus exhaustif le recueil des informations médicales chez leurs patientes, pour 79.42 % d'entre eux, soit 27 praticiens (question 3) ;
 - leur a permis de dépister des grossesses à risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez leurs patientes à 58.82 % soit 20 praticiens (question 4). **Mais cette réponse est en contradiction avec la troisième question du feuillet évaluant individuellement le dépistage des risques chez les patientes, ou 70 % des questionnaires n'ont pas été jugés performant à cette tâche. On pourrait supposer que les médecins envisageraient performant ce questionnaire sur un plus grand nombre de patientes ;**
 - a permis une plus grande participation de la patiente lors de la consultation pour 61.77 % de praticiens, soit 21 (question 6) ;
 - a une longueur adaptée pour 76.47 % d'entre eux soit 26 (question 11) ;
 - est utile dans leur pratique courante, pour 76.48 %, soit 26 des praticiens (question 12) ;
 - pourrait être utilisé en pratique quotidienne de suivi de grossesse pour 85.24 % d'entre eux, soit 30 praticiens, dont 58.82 % soit 20 qui ne l'utiliseraient pas pour toutes leurs patientes (question 13). **Parmi les raisons de ne donner ce questionnaire qu'à certaines patientes, l'on pourrait penser que les médecins connaissent peut-être déjà certaines patientes entrant dans l'étude, et donc leurs antécédents, ce qui a entraîné un biais sur leur utilisation du questionnaire. En effet, nous savons que celui-ci est d'autant plus intéressant chez les nouvelles patientes ou celles les moins connues. Aussi, certains médecins m'ont dit oralement qu'ils ne jugeaient pas toutes leurs patientes comme ayant la capacité intellectuelle de répondre aux questions qu'ils ont trouvé complexe ; d'autres encore, m'ont confié perdre du temps à relire les informations du questionnaire et qu'ils préféreraient le remplir directement avec la patiente (hors modalité de l'étude).**

- Certains résultats ne nous ont pas permis de conclure, concernant :
 - le fait que le questionnaire permettrait de modifier la relation médecin-malade (question 5) ;
 - le fait que le questionnaire permette une responsabilisation de la patiente sur les risques de sa grossesse (question 7) ;
 - l'aide apportée par le questionnaire dans la structuration de la consultation (question 8) ;
 - le gain (question 9) ou la perte de temps (question 10) qu'amènerait son utilisation en pratique courante.

Peut-être que les praticiens n'ont pas eu assez de temps, ni assez de questionnaires remplis pour pouvoir se prononcer sur ces différents sujets. L'allongement de la période test nous aurait certainement permis une meilleure évaluation de l'utilisation de l'outil, d'autant qu'une période de familiarisation avec ce dernier est nécessaire.

6.6.1.2.3. Discussion et distinction des différents groupes sociodémographiques de l'étude se démarquant

Parmi les différentes caractéristiques sociodémographiques des praticiens, nous avons pu observer des groupes qui se démarquent dans leurs réponses :

- Il y a plus de praticiens femmes ayant répondu favorablement à la question n°6 (impliquant une plus grande participation des patientes lors de la consultation avec le questionnaire) :

Est-ce parce que les femmes médecins sont plus empathiques et sensibles, et passeraient plus de temps à discuter des réponses de leur patientes ? Ou est-ce parce que les patientes se sentent plus en confiance à discuter des préoccupations leur grossesse avec des femmes médecins ?

- Il y a plus de praticiens n'appartenant pas au réseau qui ont répondu favorablement à la question n°13 (sur le fait de continuer à utiliser le questionnaire en pratique courante) :

Est-ce parce que les praticiens du réseau auraient déjà divers techniques de travail et de collecte de données à leur disposition, ce qui les empêcherait de tester un nouvel outil de manière objective ?

- Il y a plus de praticiens exerçant en milieu urbain qui ont répondu favorablement :
 - à la question n°7 (impliquant une plus grande participation de la patiente vis-à-vis des risques de la grossesse),
 - à la question n°8 (sur le fait que ce questionnaire ait aidé à structurer la consultation).

Pour ce groupe, on peut supposer qu'ils sont peut-être plus sensibilisés à l'utilisation d'outils à la pratique, car seraient plus informés à ce sujet, étant plus accessibles que ceux installés en milieu rural. Ils auraient donc l'habitude d'utiliser des outils (et donc à structurer plus facilement la consultation autour de ces derniers) ? Ou la population de patientes impliquées en milieu urbain s'impliquerait d'avantage dans le suivi de leur grossesse ?

- Il y a plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans qui ont répondu favorablement :
 - à la question n°3 (sur le fait que le questionnaire les a aidé à rendre plus exhaustif le recueil d'informations médicales),
 - à la question n°4 (sur le fait que le questionnaire leur a permis de dépister des risques, ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant) ;
 - à la question n°6 (sur le fait que le questionnaire ait permis une plus grande participation de la patiente) ;
 - à la question n°8 (sur le fait que ce questionnaire ait aidé à structurer la consultation) ;
 - à la question n°12 (sur le fait que le questionnaire soit considéré comme utile dans la pratique) ;
 - à la question n°13 (sur le fait de continuer à utiliser le questionnaire en pratique courante).

Concernant ce groupe, peut-être ont-ils trouvé que le questionnaire répondait à de nombreuses de leurs attentes. Ces derniers sont peut-être moins familiarisés avec l'outil informatique qu'eux ceux installés depuis moins de 15 ans et le questionnaire leur permettrait donc de mieux regrouper les antécédents de leur patientes.

- Il y a plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe ayant répondu défavorablement :
 - à la question n°5 (sur le fait que le questionnaire ait modifié la relation médecin patient) ;
 - à la question n°9 (sur le fait que le questionnaire leur ait fait gagner du temps).

Ces derniers exerçant fréquemment à mi-temps auraient peut-être moins eu le temps de tester l'outil.

- Il y a plus de praticiens exerçant en cabinet de groupe ayant répondu favorablement :
 - à la question n°8 (sur le fait que ce questionnaire ait aidé à structurer la consultation) ;
 - à la question n°10 (sur le fait que le questionnaire leur ait fait perdre du temps) ;
 - à la question n°11 (sur le fait que la longueur du questionnaire soit adaptée) ;
 - à la question n°12 (sur le fait que le questionnaire soit considéré comme utile dans la pratique).

On peut comprendre que dans les cabinets de groupe, les patientes peuvent être suivies indifféremment par plusieurs médecins et que ce questionnaire pourrait donc aider les praticiens à recueillir et regrouper un maximum d'informations.

Pour les autres questions de l'enquête, nous n'avons pas observé de groupe se démarquant.

A noter que notre population de départ n'est pas représentative de tous les médecins généralistes de l'île. De plus chez les médecins participants à l'étude, il y avait déjà :

- deux fois plus de praticiens installés depuis plus de 15 ans (67.65 %) ;
- et deux fois plus de praticiens qui exercent en cabinet de groupe (70.58 %).

6.6.2. Des résultats de l'enquête d'opinion finale auprès des praticiens hospitaliers

Ces résultats sont une idée de l'opinion d'un petit groupe de praticiens hospitaliers. Une étude avec un nombre plus important de praticiens serait nécessaire afin d'avoir des résultats plus significatifs.

Tous les praticiens hospitaliers (trois sages-femmes et deux gynécologues) :

- ont trouvé facile ou très facile l'utilisation de ce questionnaire en pratique courante ;
- sont d'accord avec le fait que ce questionnaire ait rendu plus exhaustif le recueil des informations médicales chez leurs patientes ;
- estiment que ce questionnaire a permis une plus grande responsabilisation de la patiente vis-à-vis de sa grossesse ;
- pensent que le questionnaire a une longueur adaptée ;
- jugent que le questionnaire est utile dans leur pratique courante, et sont d'accords pour l'utiliser dans leur pratique quotidienne.

6.7. Comparaison de notre étude avec les autres travaux portant sur les questionnaires auto-administrés en médecine générale

La Société française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale a travaillé en 2008 sur l'idée d'un questionnaire auto-administré utilisable en ville, qui remplirait une fonction de recueil des antécédents personnels et familiaux des patients [54]. La construction de cet outil aurait dû faire l'objet de l'atelier des journées Nationales de Médecine générale en 2008, mais cela n'a pas pu aboutir.

Un exemple d'étude datant de 2013 sur l'évaluation d'un auto-questionnaire administré centré sur le recueil d'antécédents médicaux du patient, est l'étude HY-QUEST [32]. Créée dans le but de standardiser et de faciliter la prise en charge des patients hypertendus par le corps médical, cette étude consistait à fournir aux 123 patients participants, un questionnaire (comprenant 97 questions fermées et 7 questions à texte libre), à compléter avant la première consultation spécialisée. L'objectif de l'étude, était de mettre au point un questionnaire validé, afin de dépister les risques cardiovasculaires, les hypertensions d'origine secondaire, et par la suite d'aider à guider la stratégie thérapeutique pour les malades concernés. Ces résultats, montrent, que plus de 80 % des questions fermées trouvèrent une réponse compréhensible, et moins de 10 % des 7 questions libres furent sans réponse. L'étude a conclu à une très bonne acceptabilité du questionnaire par les patients. Un nombre important d'informations médicales a pu être recueilli, et ce, malgré le nombre élevé de questions, permettant d'orienter les patients à une première consultation spécialisée.

Un travail de thèse de médecine générale a été réalisé à Bayonne en 2000. Il s'agit d'une étude évaluant la participation spontanée des patients à l'utilisation d'un auto-questionnaire d'évaluation de la symptomatologie dépressive (le QD2A) en salle d'attente ; chargée d'établir les validités intrinsèques et prédictives de celui-ci, et de discuter de son intérêt dans le diagnostic de la prise en charge des patients déprimés en médecine générale.

Les résultats montrent que l'utilisation spontanée du questionnaire par une grande partie des patients, ainsi que les validités intrinsèques et prédictives du QD2A pouvaient suggérer son utilisation afin d'alerter le clinicien sur la présence possible d'un trouble dépressif [55].

Un second travail de thèse de médecine générale a été réalisé à Toulouse en 2004, qui consistait à élaborer un questionnaire pour tous les nouveaux patients, et devant être remis en salle d'attente. La construction de la fiche n'a pas été rigoureuse et elle ne s'est pas appuyée sur les recommandations médicales. Par la suite, une étude quantitative a été réalisée dans la région Midi-Pyrénées. Pour 600 questionnaires envoyés, le taux de retour a été de 12 %. Les médecins généralistes étaient invités à évaluer cette fiche sans systématiquement l'essayer avec leurs patients. Ce questionnaire n'a pas été repris par la revue médicale, et n'a donc pas été proposé aux médecins généralistes [56].

Un troisième travail de thèse de médecine générale [8] a été réalisé à Bordeaux en juillet 2012, et consistait à proposer un outil d'aide à la consultation des nouveaux patients par l'élaboration d'un auto-questionnaire ; puis de recueillir l'avis de 26 médecins généralistes d'Aquitaine qui l'avaient testé. Ce travail a conclu que les médecins de l'étude avaient trouvé un intérêt certain au questionnaire et jugé qu'il méritait d'être diffusé afin d'être largement utilisé.

Enfin, un quatrième travail de thèse de médecine générale a été réalisé à Bordeaux en octobre 2012 par Jessica Roux [57]. Il consistait à élaborer et à expérimenter un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. L'étude a été réalisée auprès de 25 médecins généralistes de la Gironde, montrant un intérêt certain de la part des médecins, mais un manque de temps pour son utilisation.

Comparativement aux travaux précédents sur les auto-questionnaires médicaux, notre travail a montré que dans notre échantillon de 34 médecins généralistes, plus de la majorité (31) a trouvé facile l'utilisation de notre outil en pratique courante et que celui-ci les avait aidés à rendre plus exhaustif le recueil de données médicales chez leurs patientes (27). 30 des médecins ont répondu vouloir continuer à utiliser ce questionnaire, cependant, 20 ne n'utiliseraient pas chez toutes leurs patientes. Pourtant, presque toutes les patientes interrogées (soit 71 sur 79) ont trouvé facile de remplir le questionnaire.

Par ailleurs, les praticiens ne sont pas d'accord sur la capacité du questionnaire au dépistage des risques de la grossesse (contradiction des réponses concernant l'évaluation individuelle de chaque questionnaire avec celle de l'évaluation finale), mais notre échantillon de patientes étudiées est insuffisant au vu de la prévalence des facteurs de risques de la grossesse pour avoir pu réellement jugé de notre outil sur ce terrain.

Des études complémentaires seraient nécessaires afin d'explorer toutes les capacités du questionnaire et de pouvoir l'améliorer en vue d'une plus large diffusion.

7. CONCLUSION

Nous l'avons vu, le taux de mortalité maternelle et infantile reste deux fois plus élevé dans notre département par rapport à celui de la métropole et la France a le taux de mortalité le plus élevé d'Europe (9.2 pour 1000 naissances totales). Pour améliorer ces chiffres ainsi que la prise en charge des femmes enceintes à la Réunion, des plans périnataux, un national 2006-2007, et un régional 2012-2016 ont été mis en place. Aussi, le Réseau périnatal Repère a conçu le projet SUPREME pour favoriser le développement d'outils d'aide à la pratique, destinés aux praticiens libéraux.

D'autre part, la consultation prénuptiale obligatoire de 2007 a été supprimée et la HAS a mise en place en 2009 des recommandations pour une consultation préconceptionnelle. Mais cette dernière peut-être longue et fastidieuse à réaliser pour les professionnels de santé. C'est pourquoi nous avons pensé créer un outil d'aide à la pratique tel qu'un auto-questionnaire administré sous la forme d'une check-list permettant l'amélioration du recueil de données médicales chez la femme enceinte pour les praticiens de premier recours au suivi de la grossesse et notamment pour les médecins généralistes de l'île de la Réunion.

Après avoir élaboré un premier prototype du questionnaire, nous l'avons soumis à une phase pré-test auprès d'un échantillon de patientes, puis à une analyse auprès d'un focus groupe. Le second prototype ainsi obtenu a été testé en pratique courante auprès d'un échantillon de 34 médecins généralistes et de leurs 79 patientes.

Du côté des patientes, 89.87 % d'entre elles (71) l'ont jugé facile à remplir et 67.09 % (53) ont trouvé qu'il les a amenées à réfléchir sur leur grossesse.

Parmi les 34 médecins généralistes :

- 91.18 %, (31) ont jugé le questionnaire comme étant facile ou très facile à utiliser en pratique courante ;
- 79.42 % d'entre eux (27) sont d'accord avec le fait qu'il les a aidés à rendre plus exhaustif le recueil d'informations médicales chez leurs patientes ;
- 61.77 % (21) ont constaté une plus grande participation de leurs patientes lors de la consultation ;
- 76.47 % (26) ont trouvé que le questionnaire a une longueur adaptée ;
- 76.48 % d'entre eux (27) ont jugé le questionnaire utile dans leur pratique courante ;
- 85.24 % (30) l'utiliseraient en pratique quotidienne du suivi de la grossesse, mais 58.82 % (20) ne l'utiliseraient pas chez toutes leurs patientes.

Nous pouvons donc conclure que notre questionnaire est un outil jugé utile et pertinent au besoin d'améliorer le suivi de la grossesse par les médecins généralistes libéraux de notre étude.

Cependant, 58.82 % des praticiens (20) ont trouvé que le questionnaire leur a permis de dépister des risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez leurs patientes lors de l'enquête finale, alors que 70.89 % des questionnaires n'ont pas été jugés indépendamment performant à cette tâche.

Afin d'explorer les raisons de la divergence d'opinion concernant le dépistage des risques de la grossesse et pour améliorer l'outil en vue d'une plus large diffusion, des études complémentaires seront nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

[1]. Observatoire Régional de Santé (ORS) Réunion. Tableau de bord sur la périnatalité à la Réunion. Décembre 2013.

Consulté à l'URL : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Perinat_2013.pdf

[2]. EUROPERISTAT. Rapport européen sur la périnatalité 2010 : la France comparée aux autres pays d'Europe. Mai 2013.

[3]. Agence Régionale de Santé (ARS) Réunion-Mayotte. Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS) 2012-2016. 2011.

Consulté à l'URL : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARC/PRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_schemas_org_des_soins_24_07.pdf

[4]. Haute Autorité de Santé (HAS). Site internet : www.has-sante.fr

[5]. Ministère de la Santé. Plan « périnatalité » 2005-2007, humanité proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004.

Consulté à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.

[6]. HAS. Document d'information pour les professionnels. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Septembre 2009.

[7]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). La durée des séances des médecins généralistes. République française. 2006.

Consulté sur l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

[8]. GUIRESSE M. Un auto-questionnaire patient : une aide à la prise en charge des nouveaux patients en médecine générale. Université bordeaux 2. 2012.

[9]. BRETTE F. Grossesse à risque. Le concours médical. Tome 132 [N°08] 26-29. Avril 2010.

[10]. ORS Réunion. Tableau de bord, « Indicateurs autour de la grossesse » à la Réunion. Novembre 2012.

Consulté à l'URL : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Perinat_2012.pdf

[11]. DRESS, VILAIN A., MOUQUET M.-C., GONZALEZ L. et De RICCARDIS N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. N° 843. Juin 2013.

[12]. DRESS, VILAIN A., MOUQUET M.-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Études et Résultats n°884. Juin 2014.

[13]. ROBILLARD P.-Y., *et al.* Rapport 2001-2013 du prélèvement épidémiologique périnatal Sud-Réunion. Mars 2014.

[14]. Dabas A-E. Surveillance prénatale à la Réunion. Comparaison entre le suivi généraliste et spécialiste. Thèse de médecine générale. Université de Toulouse III. 2004.

[15]. FARNY C. Le suivi de grossesse en médecine générale : Etat des lieux dans le secteur Ouest de La Réunion. Thèse de médecine générale. Université Bordeaux 2. 2012.

- [16]. DONLON G. Construction et évaluation d'un nouveau dossier prénatal papier intégrant des check-lists pour une meilleure sécurisation des soins à l'île de la Réunion en 2013. Thèse de médecine. Université Bordeaux 2. 2013.
- [17]. Institut de Veille Sanitaire (InVS). Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Janvier 2010. Consulté à l'URL : http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf
- [18]. Institut de Veille Sanitaire (InVS). Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles France, 2007-2009. Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), Décès maternels, effectifs et répartition en %, et taux pour 100 000 naissances vivantes par causes de décès détaillées, France entière 2007-2009. Octobre 2013.
- [19]. BOUVIER-COLLE M.-H., *et al.* Disparités régionales de mortalité maternelle en France : situation particulière de l'Île-de-France et des départements d'outre-mer, 2001-2006. Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 2-3. 19 janvier 2010.
- [20]. ORS Réunion. Tableau de bord, Indicateur PERISTAT, données 2007-2008, mise à jour de la première édition. Mars 2010.
Consulté à l'URL : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/indicateurs_PERISTAT_2007-2008_2010.pdf
- [21]. ORS Réunion. Le diabète a la Réunion, Décembre 2012. Consulté à l'URL : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/tb_diabete_2012.pdf.
- [22]. BARBIERI M., CATTEAU C., *et al.* L'évolution de la mortalité infantile à la Réunion depuis cinquante ans. Population. Vol. 58, p. 229-251. Février 2003.
- [23]. DRESS, REY G. *et al.* La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2008). N° 808. Septembre 2012.
- [24]. Réseau Périnatal de la Réunion. Consulté à l'URL : <http://www.repere.re/>
- [25]. DENIS B. Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. Presse Med. 36 (2) : 217-223. 2007.
- [26]. KRUCIENA N., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé. N°163. Mars 2011.
- [27]. GROL R., WENSING MAINZ J., FERREIRA P., HEARNshaw H., HJORDAHL P., *et al.* Patients' priorities with respect to general practice care : an international comparison. Fam Pract. 16(1) : 4-11. 1999 February.
- [28]. Santé Canada. La communication efficace [...] à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa 2001.
Consulté à l'URL : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-509-2001-1F.pdf>
- [29]. Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa. 1986.
Consulté le 29 avril 2014 à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

- [30]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANES). La tenue du dossier médical de médecine générale : états des lieux et recommandations. Septembre 1996.
- [31]. BESANSON F. Valeur du questionnaire de santé en médecine de famille et en consultation hospitalière. La semaine des Hôpitaux de Paris. N°60(9) : 608-614. 1984.
- [32]. POSTEL-VINAY N., BROBIE G., *et al.* Hy-Quest, standardized patient questionnaire to be completed at home before a first visit for hypertension : a validation study in specialized centres in France. J Hypertens. 32(3). 2014 March.
- [33]. DAFFLON M., MICHAUD P-A. Un questionnaire clinique pour faciliter la consultation avec l'adolescent. Schweiz Rundsch Rundsch Med Prax. N° 89-24-31. 2000.
- [34]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Présentation du dossier de Tabacologie 2007.
Consulté à L'URL : <http://www.inpes.sante.fr/ra2007/html/RA2007.pdf>
- [35]. ALVIN P., MARCELIN D. Relation de soins en médecine généraliste avec l'adolescent. Médecine de l'adolescent. Collection pour le praticien. 2^{ème} édition. Paris : Masson ; p.57-69. 2005.
- [36]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Site internet : <http://www.cngof.asso.fr>
- [37]. HAS. Service des recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007. Consulté à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
- [38]. INSEE. Naissances par commune, département et région de 2003 à 2012. Mise à jour : 1er octobre 2013
Consulté à l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=etat-civil-naissances.
- [39]. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique. Le dossier médical. 18 : 04. 2001.
- [40]. HAS. Fiche mémo. Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage. Juillet 2013.
Consulté à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/troubles_causes_par_lalcoolisation_foetale_reperage_-_fiche_memo.pdf
- [41]. SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., PRUNET C., BLONDEL B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. BHE 16-17-18. 7 MAI 2013.
- [42]. CNGOF. Alcool pendant la grossesse : tératogène et neuro-toxique. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Tome XXVII. 27 Novembre 2003.
- [43]. DEHE S., ELEFANT E., GOUJARD J., POTIER de COURCY G., *et al.* Recommandations pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural : décembre 2000 - Mise en ligne : janvier 2001.

- [44]. HAS. Recommandation pour les professionnels de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. Avril 2005.
Consulté à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [45]. HAS. Recommandation en santé public. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Octobre 2009.
Consulté à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/depistages_prenatals_obligatoires__synthese_vf.pdf
- [46]. ANDREANI J.-C., CONCHON F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : Etat de l'art en marketing. 2005.
- [47]. SCHNEIDER D. Balises de méthodologie pour la recherche en science sociales. 2001.
- [48]. MICHAUD P. Les buveurs excessifs : repérage et intervention brève. La revue du praticien. Vol 56. 2006.
- [49]. ROUILLON F. Dépression de l'adulte. La revue du praticien. Vol 58. 29 février 2008.
- [50]. HAS. Recommandation en santé publique. Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Juin 2007.
Consulté à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_evaluation_des_strategies_de_depistage_de_la_trisomie_21.pdf
- [51]. PAUSSE L. Caisse d'Allocations Familiale (CAF) de la Réunion. 2012.
- [52]. Agence de Santé de l'Océan Indien (ARS OI). Dossier statistique territoire de santé. N°5. Février 2012.
Consulté à l'URL : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ARSOI_COM_Dossier_statistique_territoire_sante-VD.pdf
- [53]. ARS Réunion-Mayotte. Dossier statistique « les professionnels de santé à Mayotte et à la Réunion au 1^{er} janvier 2012 ». N°6. Juillet 2012.
Consulté à l'URL : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Professionnels-de-sante.160440.0.html>
- [54]. GRALL J.-C., DRAHI E., LE NOC Y. Auto-questionnaire médicaux, une piste d'amélioration des soins ? La revue du praticien médecine générale. Vol 22. Septembre 2008.
- [55]. CAMPOMANE F. Validité et intérêt d'un auto-questionnaire d'évaluation de la symptomatologie dépressive en médecine générale. Thèse de médecine générale de Bordeaux 2. 2000.
- [56]. LACLERGUE N. Evaluation d'une fiche standardisée de recueil de données pour la première consultation d'adulte chez le médecin généraliste. Thèse médecine générale de Toulouse III. 2004.
- [57]. ROUX J. Elaboration et expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. Thèse de médecine générale de Bordeaux 2. 2012.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ENQUETE D'OPINION INITIALE DESTINEE AUX PROFESSIONNELS	141
ANNEXE 2 : MAIL ADRESSE AUX PROFESSIONNELS CONCERNANT LA PARTICIPATION A L'ENQUETE D'OPINION INITIALE.	141
ANNEXE 3 : PREMIER PROTOTYPE DU QUESTIONNAIRE, TESTE CHEZ LES PATIENTES.....	146
ANNEXE 4 : MAIL DESCRIPTIF DE L'ETUDE, ENVOYE A TOUS LES PARTICIPANTS.....	147
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE FINAL COMPRENANT LE FEUILLET DETACHABLE.....	152
ANNEXE 6 : ENQUETE D'OPINION FINALE JUGEANT DE LA PERTINENCE DE L'OUTIL.....	156
ANNEXE 7 : MAIL FINAL POUR L'ENVOI DE L'ENQUETE FINALE	157
ANNEXE 8 : REPARTITION DES MEDECINS PAR CLASSE D'AGE, QUESTION N°2 (N=67).....	157
ANNEXE 9 : REPARTITION DES MEDECINS PAR SECTEUR D'EXERCICE, QUESTION N°7 (N=67).....	158
ANNEXE 10 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DE LA QUESTION N°9 A (N=66).....	158
ANNEXE 11 : REPARTITION DES MEDECINS EN FONCTION DES REPONSES A LA QUESTION N° 9 B CONCERNANT LE TERME DU SUIVI DE GROSSESSE (N=64).....	158
ANNEXE 12 : NOMBRE DE MEDECIN AYANT PARTICIPE OU NON A L'ETUDE EN FONCTION DE LA PRISE DE CONNAISSANCE DU PROJET (N=67).....	159
ANNEXE 13 : NOMBRE DE MEDECIN AYANT PARTICIPE OU NON A L'ETUDE EN FONCTION DU SECTEUR D'EXERCICE (N=67).....	159
ANNEXE 14 : NOMBRE DE MEDECIN AYANT PARTICIPE OU NON A L'ETUDE EN FONCTION DU NOMBRE DE GROSSESSE SUIVI PAR AN (N=66).....	159
ANNEXE 15 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 2 COMPAREES AU SEXE (N=33), AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33), AU TYPE L'EXERCICE (N=33) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=33).....	160
ANNEXE 16 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 3 AU SEXE (N=33), AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33), AU TYPE L'EXERCICE (N=33) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=33).....	160
ANNEXE 17 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 4 AU SEXE (N=33), AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33), AU TYPE L'EXERCICE (N=33) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU REPERE (N=32).....	161
ANNEXE 18 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 5 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU REPERE (N=34).....	161
ANNEXE 19 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 6 COMPAREES AU SEXE (N=33), AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33), AU TYPE L'EXERCICE (N=33) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=32).....	162
ANNEXE 20 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 7 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=34).....	162
ANNEXE 21 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 8 COMPAREES AU SEXE (N=32), AU MILIEU D'EXERCICE (N=31), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=32), AU TYPE L'EXERCICE (N=32) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=32).....	163
ANNEXE 22 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 9 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=34).....	163
ANNEXE 23 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 10 COMPAREES AU SEXE (N=33), AU MILIEU D'EXERCICE (N=32), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=33), AU TYPE L'EXERCICE (N=33) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=33).....	164
ANNEXE 24 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 11 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=34).....	164
ANNEXE 25 : REPONSES DES MEDECINS A LA QUESTION 12 COMPAREES AU SEXE (N=34), AU MILIEU D'EXERCICE (N=33), A LA DUREE D'INSTALLATION (N=34), AU TYPE L'EXERCICE (N=34) ET A L'APPARTENANCE AU RESEAU (N=34).....	165

Enquête d'opinion initiale

Préalable au travail de thèse sur l'évaluation, par les médecins généralistes, d'un auto-questionnaire administré pour les femmes enceintes.

1. Que pensez-vous de l'utilité de la consultation préconceptionnelle recommandée par l'HAS ? (Pour les couples et les femmes désireuses d'enfant).

- 1. Pas du tout d'utilité
- 2. Pas d'utilité
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt utile
- 5. Tout à fait utile

2. Pensez-vous que le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), chez les femmes en début de grossesse, ou désireuse de le devenir, constitue une longue étape lors de vos premières consultations du suivi de grossesse?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

3. Que pensez-vous de l'utilité d'intégrer un outil d'aide à la pratique, dans le recueil des antécédents médicaux (généraux, gynécologiques, obstétricaux...), lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ?

- 1. Pas du tout d'utilité
- 2. Pas d'utilité
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt utile
- 5. Tout à fait utile

4. Un outil, sous forme d'un questionnaire auto-administré, pour le recueil des antécédents médicaux, vous paraîtrait-il adapté pour vous aider lors de vos premières consultations du suivi de grossesse ?

- 1. Pas du tout adapté
- 2. Pas adapté
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt adapté
- 5. Tout à fait adapté

5. Accepteriez-vous, de participer à un travail de thèse sur l'évaluation d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil des antécédents chez les femmes enceintes ?

- 1. Non
- 2. Je ne sais pas
- 3. Sans opinion
- 4. Oui

6. Comptant sur votre participation, laissez vos coordonnées et je vous contacterai pour vous expliquer la mise en place du test.

Nom, Prénom, Téléphone du cabinet, Adresse mail

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

100 % : vous avez réussi.

Annexe 1 : Enquête d'opinion initiale destinée aux professionnels

Titre : Thèse sur l'évaluation d'un auto-questionnaire chez les femmes enceintes, par les médecins généralistes ; enquête d'opinion préalable au test.

Cher(e) confrère,

Je travaille actuellement sur ma thèse (dirigée par le Dr Laffitte Annick, avec l'aide du Dr Franco Jean-Marc), qui consiste :

A élaborer, puis à évaluer par les médecins généralistes la pertinence d'un outil d'aide à la pratique en périnatalité.

Pour cela, j'ai besoin de votre participation à mon enquête d'opinion initiale,

Ci-dessous le lien internet où vous pourrez participer à celle-ci :

<https://docs.google.com/forms/d/1AVGzDmEuQPAdVp6b35eaTzdsp8475lSaM-OMM0ExrqU/viewform>

Je vous remercie de votre collaboration à ce projet, et du temps que vous y consacrerez.

Cordialement.

Mlle Pothin Ornella

Médecin généraliste

remplaçante

à

la

Réunion

pothinornella@gmail.com

téléphone : 0692427695

Annexe 2 : Mail adressé aux professionnels concernant la participation à l'enquête d'opinion initiale.

Prendre en charge votre grossesse

Votre identité

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Numéro de téléphone :

Code postal :

Votre mode de vie

- Quelle est votre profession :

- Quelle est la durée de votre trajet quotidien (domicile-travail) :

- Quel est votre mode de transport :

- Vivez-vous seule : Oui Non

- Consommez-vous des toxiques :

• Tabac : Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour

• Alcool : Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour

• Zamal : Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour

• Autres drogues (cocaïne, héroïne...): Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour

Histoire médicale familiale

- Y-a-t-il dans votre famille ou dans celle du père du bébé des maladies héréditaires ou génétiques (mucoviscidose, drépanocytose) :

Oui Non

-Le père du bébé a t-il eu des enfants ayant des maladies héréditaires ou génétiques :

Oui Non

- Avez-vous eu des enfants ayant des maladies héréditaires ou génétiques :

Oui Non

-Avez-vous eu des enfants ayant des maladies congénitales ou malformations (cardiaque, rénale ou des membres):

Oui Non

- Le père du bébé est-il un membre de votre famille (cousin proche ou éloigné) :

Oui Non

-Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant un diabète :

Oui Non

- Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant de la tension artérielle :

Oui Non

- Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant des problèmes de formation de caillots dans le sang et dans les veines :

Oui Non

- Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant des maladies du sang

Oui Non

Poids :

Taille :

Votre Histoire médicale

-Connaissez-vous votre groupe sanguin : Oui* Non

Si oui*, quel est-il :

-Actuellement avez-vous des maladies (avec ou sans prise de médicaments) :

- Diabète : Oui Non
- Tension artérielle : Oui Non
- Problèmes de caillots de sang dans les veines : Oui Non
- Maladies du sang : Oui Non
- Cancer : Oui Non
- Anémie : Oui Non

-Avez-vous déjà été transfusée : Oui Non

-Avez-vous déjà été opérée : Oui Non

-Prenez-vous des médicaments : Oui* Non

Si oui*, lesquels :

-Avez-vous pris ou prenez-vous de la spécafoldine® (acide folique) : Oui Non

-Avez-vous des allergies : Oui* Non

- Aux médicaments * :
- Autres * :

Vos vaccinations – maladies transmissibles

-Vos vaccins sont-ils à jour :

- Hépatite B : Oui Non Ne sais pas
- Rubéole (ROR) : Oui Non Ne sais pas
- DTP (diphtérie, tétanos, polio) : Oui Non Ne sais pas

-Avez-vous déjà eu la varicelle : Oui Non Ne sais pas

- Avez-vous déjà été immunisé contre la toxoplasmose : Oui Non Ne sais pas

-Avez-vous déjà eu de l'herpès génital : Oui Non Ne sais pas

-Avez-vous déjà eu des maladies sexuellement transmissibles : Oui Non Ne sais pas

- Avez-vous le SIDA ou le VIH : Oui Non Ne sais pas

Votre histoire gynécologique

-Quelle est la date de vos dernières règles :

-Vos règles étaient-elles régulières : Oui Non

-Quel a été votre moyen de contraception avant la grossesse :

Stérilet
Implant
Pilule
Préservatif

-Avez-vous fait un frottis cervico-vaginal il ya moins de 3 ans :

Oui Non

-Combien d'enfants avez-vous :

-Combien de fois avez-vous déjà été enceinte :

-Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) : Oui* Non

Si oui*, combien :

-Avez vous déjà eu une/des fausse(s) couche(s) : Oui* Non

Si oui*, combien :

- Avez vous déjà eu une/des grossesse(s) extra-utérine (GEU) : Oui* Non

Si oui*, combien :

-Avez-vous déjà eu une interruption médicale de grossesse : Oui* Non

Si oui*, pourquoi :

Détaillez vos accouchements précédents

Date de naissance	Terme (en mois et semaines)	Mode d'accouchement (naturel, césarienne, avec instruments...)	Sexe du bébé	Poids de naissance

Lors de vos grossesses précédentes

-Avez-vous déjà eu :

- un diabète gestationnel
- une hypertension artérielle (HTA)
- une ou des malformation(s) chez le bébé
- une prématurité (inférieure à 37 semaines d'aménorrhées)
- une hémorragie après l'accouchement (post-partum)
- des infections urinaires à répétitions (supérieures à 2)
- une menace d'accouchement prématuré
- un retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- une éclampsie, pré-éclampsie (HELLP-syndrome)
- un placenta mal incéré (prævia, accreta)
- des fausses-couches à répétitions (supérieures à 3)
- une béance cervicale et/ou un cerclage du col de l'utérus

Annexe 3 : Premier prototype du questionnaire, testé chez les patientes.

Titre : Thèse de médecine générale : évaluation par les médecins généralistes d'un auto-questionnaire chez les femmes enceintes.

Cher(e) confrère,

Suite à notre entrevue,

Je vous envoie le descriptif de mon travail de thèse, dirigé par le Dr Laffitte Annick (gynécologue obstétricienne, unité de diagnostic prénatal au GHSR), et avec l'aide du Dr Franco Jean-Marc.

L'objectif de notre travail est de tester la validité, puis d'évaluer la pertinence de l'utilisation d'un outil comme un auto-questionnaire a rempli par les femmes enceintes concernant le recueil de leurs antécédents prénataux auprès de vous : médecin généraliste.

- **Il vous faut donc faire remplir l'auto-questionnaire (fournit ci-joint en format PDF) à toutes vos patientes enceintes (jusqu'au second trimestre) ou en projet de le devenir SANS votre aide ;**

Questionnaire qu'elles peuvent remplir chez elle, ou dans la salle d'attente du cabinet, avec l'aide de leur entourage..... (Pièce jointe en format PDF, à imprimer selon vos besoins).

- **Puis, pendant la consultation suivante, effectuer un tour des réponses données par les patientes aux différentes questions.**
- **Enfin, remplir puis détacher et conserver la dernière page du questionnaire, qui sera récupérer pour notre enquête.**

A la suite d'une période test d'une durée de deux mois, soit en fin juin, je vous appellerais afin de collecter les feuillets détachables.

Puis je vous enverrai un lien internet par mail, donnant accès à **l'enquête d'opinion finale anonyme** évaluant l'utilisation de l'auto-questionnaire en pratique courante.

Je vous remercie de votre collaboration a notre projet, et du temps que vous y consacrerez, et m'engage à vous communiquer les résultats de mon étude si vous en manifestez le souhait.

Cordialement.

Mlle Pothin Ornella

Médecin généraliste remplaçante à la Réunion
pothinornella@gmail.com
téléphone : 0692427695

Annexe 4 : Mail descriptif de l'étude, envoyé à tous les participants

Prendre en charge votre grossesse

Afin de compléter au mieux ce questionnaire, aidez-vous de votre carnet de santé (et éventuellement de celui de vos enfants et de vos carnets de maternité précédents). Il est à remplir sans l'aide de votre médecin.

Votre identité

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Numéro de téléphone :

Code postal :

Votre mode de vie

- Quelle est votre profession :

- Quelle est la durée de votre trajet quotidien (domicile-travail) :

- Quel est votre mode de transport :

- Vivez-vous seule : Oui Non

- Savez-vous qu'il existe des recommandations concernant l'hygiène de vie pendant la grossesse :

Oui Non

- Consommez-vous des toxiques :

- Tabac Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour
- Alcool Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour
- Zamal Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour
- Autres drogues (cocaïne, héroïne, Rivotril[®], Artane[®]) Oui Non Avant la grossesse : nombre/jour
Pendant la grossesse : nombre/jour

Votre histoire médicale familiale

- Y-a-t-il dans votre famille ou dans celle du père du bébé, une, ou plusieurs personne(s) atteinte(s) de la même maladie, ou atteinte(s) de maladies héréditaires (ou génétiques : myopathies, mucoviscidose ...) :
 Oui Non Ne sais pas
- Avez-vous eu un (ou des) enfant(s) ayant des maladies héréditaires ou génétiques, ou décédé prématurément dans la petite enfance :
 Oui Non Ne sais pas
- Avez-vous eu un (ou des) enfant(s) ayant des maladies congénitales (trisomie ...) ou des malformations (cardiaque, rénale, ou des membres...) :
 Oui Non Ne sais pas
- Le père du bébé est-il un membre de votre famille (cousin proche ou éloigné) :
 Oui Non Ne sais pas
- Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant :
- Du diabète Oui Non Ne sais pas
 - De la tension artérielle Oui Non Ne sais pas
 - Des problèmes de formation de caillots dans le sang ou dans les veines Oui Non Ne sais pas
 - Des maladies du sang Oui Non Ne sais pas
- Votre mère a-t-elle pris du Distilbène® pendant qu'elle était enceinte de vous :
 Oui Non Ne sais pas

Votre histoire médicale

Poids :

Taille :

- Connaissez-vous votre groupe sanguin : Oui* Non
- Si oui*, quel est-il :
- Actuellement avez-vous des maladies (avec ou sans prise de médicaments) :
- Diabète Oui Non
 - Tension artérielle Oui Non
 - Problèmes de caillots de sang dans les veines Oui Non
 - Maladies du sang Oui Non
 - Cancer Oui Non
 - Maladies neurologiques (épilepsie) Oui Non
 - Anémie Oui Non
 - Autres maladies Oui Non
- Avez-vous déjà été transfusé : Oui Non
- Avez-vous déjà été opéré : Oui Non
- Prenez-vous des médicaments : Oui* Non
- Si oui*, lesquels :
- Avez-vous pris ou prenez-vous de la Spéciafoldine® (acide folique, vitamine B9) :
 Oui Non Ne sais pas
- Avez-vous des allergies : Oui Non Ne sais pas

Vos vaccinations – maladies transmissibles

-Vos vaccins sont-ils à jour :

- Hépatite B Oui Non Ne sais pas
- Rubéole (ROR) Oui Non Ne sais pas
- DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) Oui Non Ne sais pas
- Coqueluche Oui Non Ne sais pas
- Grippe Oui Non Ne sais pas

-Avez-vous déjà eu la varicelle : Oui Non Ne sais pas

- Avez-vous déjà été immunisé contre la toxoplasmose : Oui Non Ne sais pas

-Avez-vous déjà eu de l'herpès génital : Oui Non Ne sais pas

-Avez-vous déjà eu des maladies sexuellement transmissibles (Syphilis, VHC) : Oui Non Ne sais pas

- Avez-vous le SIDA ou le VIH : Oui Non Ne sais pas

- Connaissez-vous l'existence du CMV (Cytomégalovirus) : Oui Non Ne sais pas

Votre histoire gynécologique

-Quelle est la date de vos dernières règles :

-Vos règles étaient-elles régulières : Oui Non

-Depuis quand avez-vous arrêté votre contraception :

-Avez-vous fait un frottis cervico-vaginal de moins de 3 ans : Oui Non

-Avez-vous des malformations de l'utérus et/ou du vagin : Oui Non

-Combien d'enfant(s) avez-vous :

-Combien de fois avez-vous déjà été enceinte :

-Avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) : Oui Non

-Avez-vous déjà eu une (ou des) fausse(s) couche(s) : Oui* Non

Si oui*, combien :

Ou combien de fausses couches tardives (supérieures à 3 mois) :

-Avez-vous déjà eu une (ou des) grossesse(s) extra-utérine (GEU) : Oui Non

-Avez-vous déjà eu une interruption médicale de grossesse : Oui* Non

Si oui*, pourquoi :

Détaillez vos accouchements précédents

Date de naissance	Terme (en mois et /ou en semaines d'aménorrhées)	Mode d'accouchement (naturel, césarienne, avec instruments...)	Sexe du bébé	Poids de naissance

Vos grossesses précédentes

-Avez-vous déjà été hospitalisée lors d'une grossesse précédente :

Oui Non

-Avez-vous déjà eu lors de vos grossesses précédentes :

- Un diabète gestationnel Oui Non Ne sais pas
- Une hypertension artérielle Oui Non Ne sais pas
- Un bébé né prématuré (inférieure à 37 semaines d'aménorrhées) Oui Non Ne sais pas
- Un bébé atteint de retard de croissance intra-utérin (petit bébé) Oui Non Ne sais pas
- Un bébé né avec des malformations Oui Non Ne sais pas
- Un bébé né avec un défaut de fermeture du tube neural Oui Non Ne sais pas
- Une hémorragie après l'accouchement Oui Non Ne sais pas
- Une menace d'accouchement prématuré Oui Non Ne sais pas
- Une éclampsie, ou pré-éclampsie Oui Non Ne sais pas
- Un placenta mal positionné Oui Non Ne sais pas
- Des fausses-couches à répétitions (supérieures à 3) Oui Non Ne sais pas
- Des infections urinaires à répétitions (supérieures à 2) Oui Non Ne sais pas
- Un prélèvement positif au streptocoque B Oui Non Ne sais pas
- Un suivi particulier pour un autre problème Oui Non Ne sais pas

Feuillet anonyme devant être détaché et conservé par le praticien

A remplir par la patiente

1. Avez-vous trouvé ce questionnaire facile à remplir :

1. Très difficile 2. Plutôt difficile 3. Sans opinion 4. Plutôt facile 5. Très facile

2. Combien de temps, avez-vous mis pour le remplir :

1. Inférieur à 5 minutes 2. Entre 5 et 15 minutes 3. Entre 15 et 20 minutes 4. Entre 20 et 30 minutes 5. Supérieur à 30 minutes

3. Avez-vous rempli ce questionnaire :

1. Seule 2. Avec votre famille proche (conjoint, enfants) 3. Avec votre famille (parents, sœurs...) 4. Avec vos amis 5. Avec une autre personne

4. Ce questionnaire vous a-t-il fait réfléchir sur des points particuliers concernant votre grossesse (Hygiène de vie, vaccination...) :

1. Non 2. Sans opinion 3. Oui

A remplir par le praticien

1. Quelle est votre spécialité :

1. Généraliste
2. Gynécologue-obstétricien
3. Sage-femme

2. Ce questionnaire a-t-il été utile pour la prise en charge de cette patiente :

1. Pas du tout utile 2. Peu utile 3. Sans opinion 4. Plutôt utile 5. Tout à fait utile

3. Ce questionnaire vous a-t-il permis de dépister un (ou des) risque(s) chez cette patiente :

1. Non 2. Sans opinion 3. Oui

Nous vous remercions d'avoir participé à notre étude

Annexe 5 : Questionnaire final comprenant le feuillet détachable.

Enquête d'opinion finale, auprès des médecins généralistes, pour é

1. Données générales sur le praticien :

1. Comment avez-vous pris connaissance du projet ? *

- Par contact téléphonique
- Par entretien individuel
- Grâce a l'enquête d'opinion initiale a l'étude
- Par mail
- Autre

2. Quel est votre âge ?

3. Quel est votre sexe ? *

- Féminin
- Masculin

4. Quelle est votre spécialité ?*

- Généraliste
- Sage-femme
- Gynécologue-obstétricien

5. Exercez-vous ?*

- Seul
- En cabinet de groupe
- A l'hopital
- Autre

6. Depuis quand êtes-vous installé ?

- Moins de 15 ans
- Plus de 15 ans

7. Secteur d'exercice : *

- Nord
- Ouest
- Sud
- Est

8. Milieu d'exercice :

- En milieu urbain
- En milieu rural

9. Le suivi de grossesses fait-il parti de votre pratique habituelle ?*

- Oui
- Non

a. Si oui, nombre moyen de grossesses suivi par an (environ) :

- Inférieur à 10 grossesses / an
- Entre 10 et 20 grossesses / an
- Entre 20 et 50 grossesses / an
- Supérieur à 50 grossesses / an

b. Jusqu'à quel terme de la grossesse (en mois) :

10. Faites-vous parti du réseau Repere?

- Oui
- Non

2. Évaluation du questionnaire patiente :

1. Avez-vous pu effectuer l'étude ?*

- 1. Oui
- 2. Non

a. Si non, pourquoi ?

- 1. Par oubli
- 2. Par manque de temps
- 3. Vous n'avez pas suivi de grossesse durant la période test
- 4. Vous n'avez pas récupéré les questionnaires remis aux patientes

2. Comment avez-vous trouvé l'utilisation de ce questionnaire dans votre pratique ?

- 1. Très compliquée
- 2. Plutôt compliquée
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt facile
- 5. Très facile

3. Considérez-vous que ce questionnaire vous a aidé à rendre plus exhaustif le recueil des informations médicales chez vos patientes ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

4. Ce questionnaire vous a-t'il permis de dépister des risques ou de recueillir des antécédents ignorés auparavant chez vos patientes ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

5. L'utilisation de ce questionnaire a-t'il modifier votre relation médecin-malade ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

6. L'utilisation de ce questionnaire a-t'il permit une plus grande participation de la patiente lors de la consultation ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

7. L'utilisation de ce questionnaire a-t'il permit une plus grande responsabilisation de la patiente vis à vis des risques de sa grossesse ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

8. L'utilisation de ce questionnaire vous a-t'il aidé à structurer votre consultation ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

9. L'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il fait gagner du temps ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

10. Au contraire, l'utilisation de ce questionnaire vous a-t-il fait perdre du temps ?

- 1. Pas du tout d'accord
- 2. Plutôt pas d'accord
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt d'accord
- 5. Tout à fait d'accord

a. Si c'est le cas, pour quelles raisons ?

11. Que pensez-vous de la longueur du questionnaire ?

- 1. Trop long
- 2. Adapté
- 3. Trop court
- 4. Sans opinion

12. Avez-vous considéré ce questionnaire comme utile dans votre pratique ?

- 1. Pas du tout utile
- 2. Plutôt pas utile
- 3. Sans opinion
- 4. Plutôt utile
- 5. Tout à fait utile

13. Utiliseriez-vous ce questionnaire dans votre pratique quotidienne du suivi de grossesse ?

- 1. Non
- 2. Sans opinion
- 3. Oui, mais pas pour toutes vos patientes
- 4. Oui

14. Quelles modifications / suggestions aimeriez vous y apporter ?

Dans le tableau identité

Dans l'encadré : Votre mode de vie

Dans l'encadré : Votre histoire médicale

Dans l'encadré : Votre histoire médicale familiale

Dans l'encadré : Vos vaccinations-maladies transmissibles

Dans l'encadré : Votre histoire gynécologique

Dans l'encadré : Vos grossesses précédentes

Annexe 6 : Enquête d'opinion finale jugeant de la pertinence de l'outil.

Enquête d'opinion finale, thèse de médecine générale : évaluation par les médecins généralistes d'un auto-questionnaire chez les femmes enceintes.

Cher(e) confrère,

Afin de clôturer la période test de l'auto-questionnaire destiné aux femmes enceintes ;

Je vous envoie au lien suivant, où vous pourrez effectuer l'**enquête d'opinion anonyme** destinée à recueillir votre avis sur l'utilisation de cet outil.

https://docs.google.com/forms/d/1xDU_nQksAPzvS4wxWkjFSYDr_qavk9IFmqKI7TNDipU/viewform

Pour valider l'enquête, il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessus, remplir le formulaire, et cliquer sur « envoyer » lorsque vous avez terminé.

Je vous remercie de votre collaboration à notre projet, et du temps que vous y consacrerez ; je m'engage à vous communiquer les résultats de mon étude si vous en manifestez le souhait.

Cordialement.

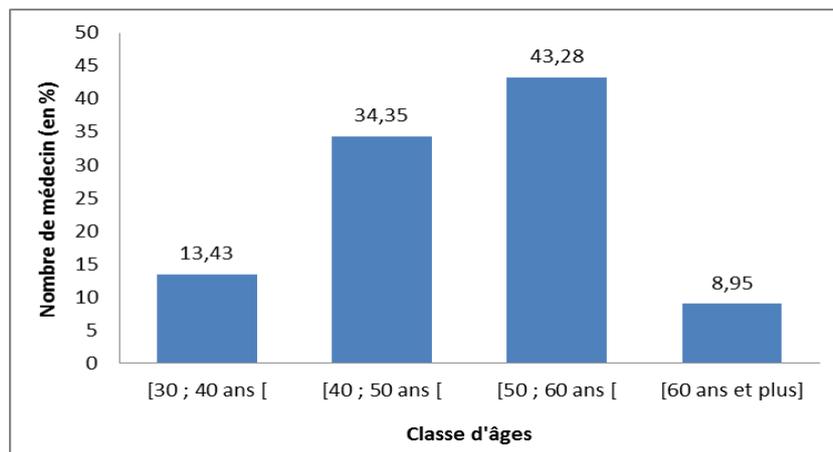
Mlle Pothin Ornella

Médecin généraliste remplaçante à la Réunion

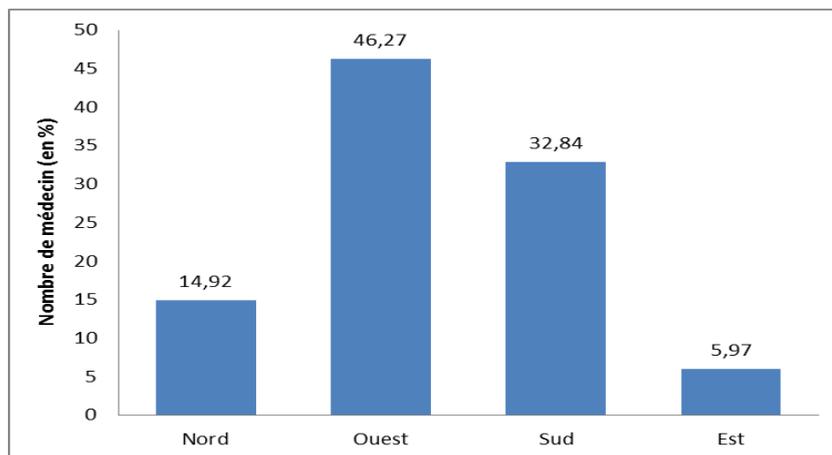
pothinornella@gmail.com

téléphone : 069242769

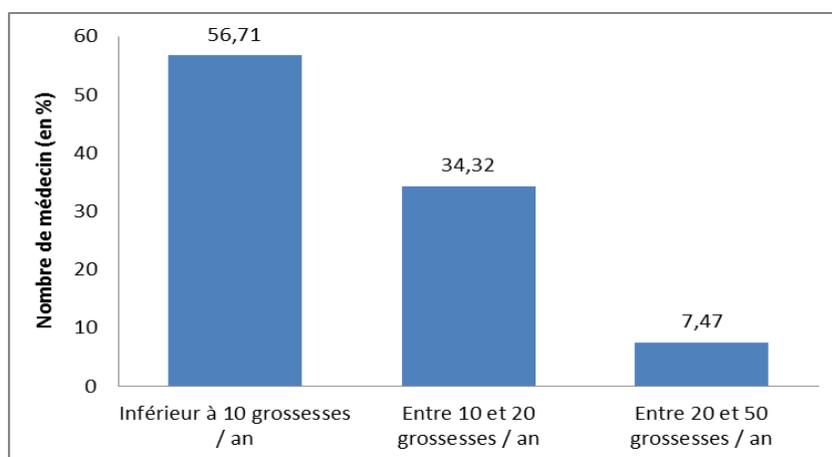
Annexe 7 : Mail final pour l'envoi de l'enquête finale



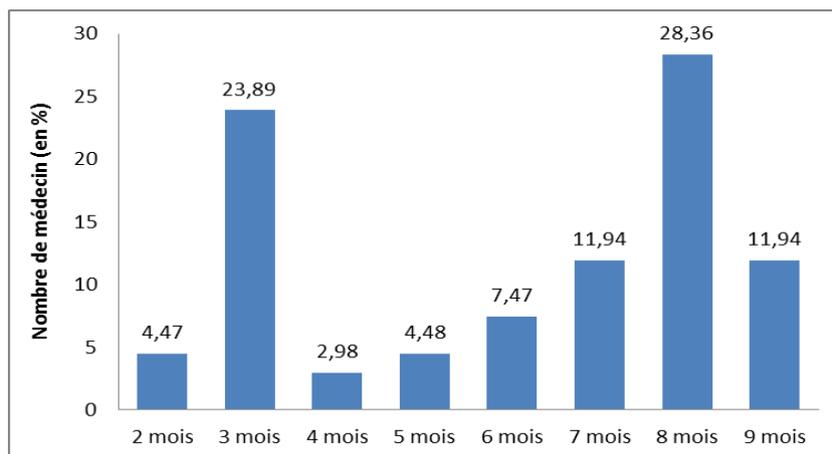
Annexe 8 : Répartition des médecins par classe d'âge, question n°2 (n=67).



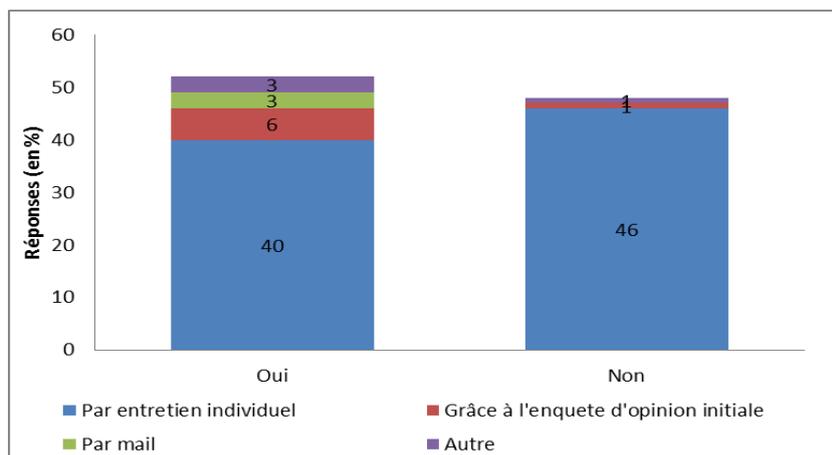
Annexe 9 : Répartition des médecins par secteur d'exercice, question n°7 (n=67).



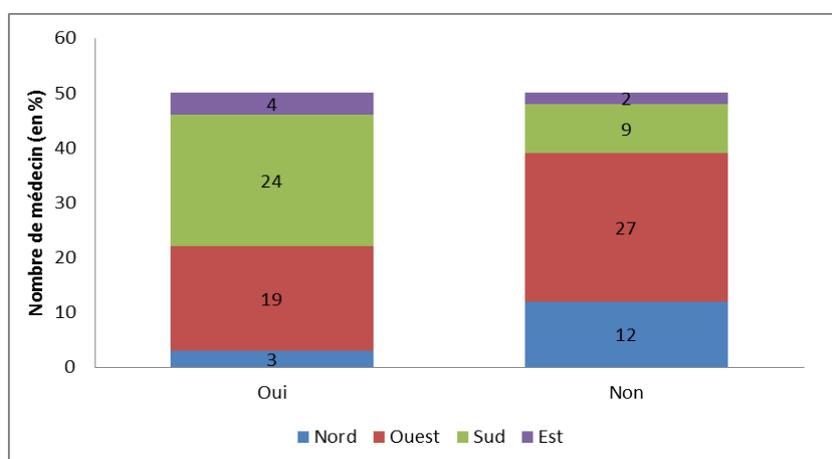
Annexe 10 : Répartition des médecins en fonction de la question n°9 a (n=66).



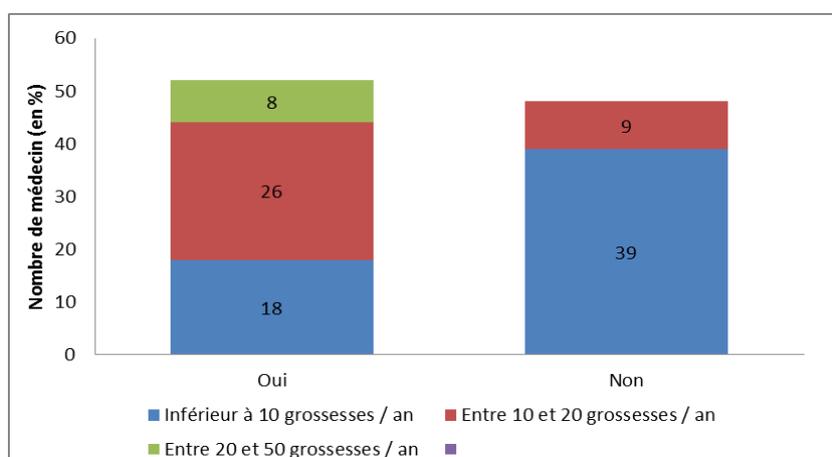
Annexe 11 : Répartition des médecins en fonction des réponses à la question n° 9 b concernant le terme du suivi de grossesse (n=64).



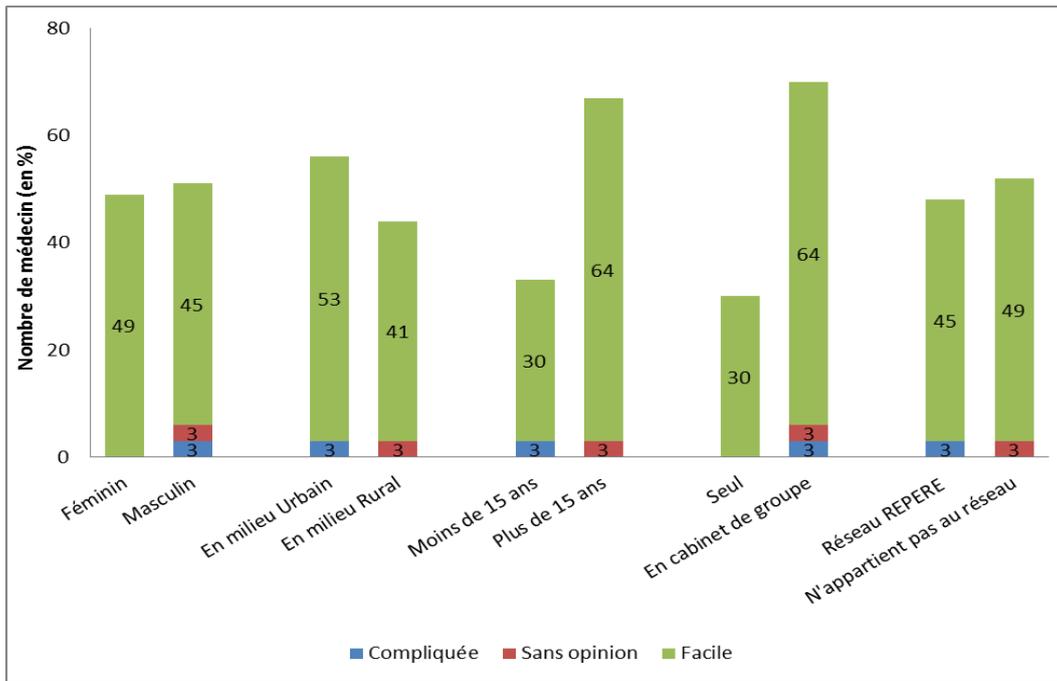
Annexe 12 : Nombre de médecin ayant participé ou non à l'étude en fonction de la prise de connaissance du projet (n=67).



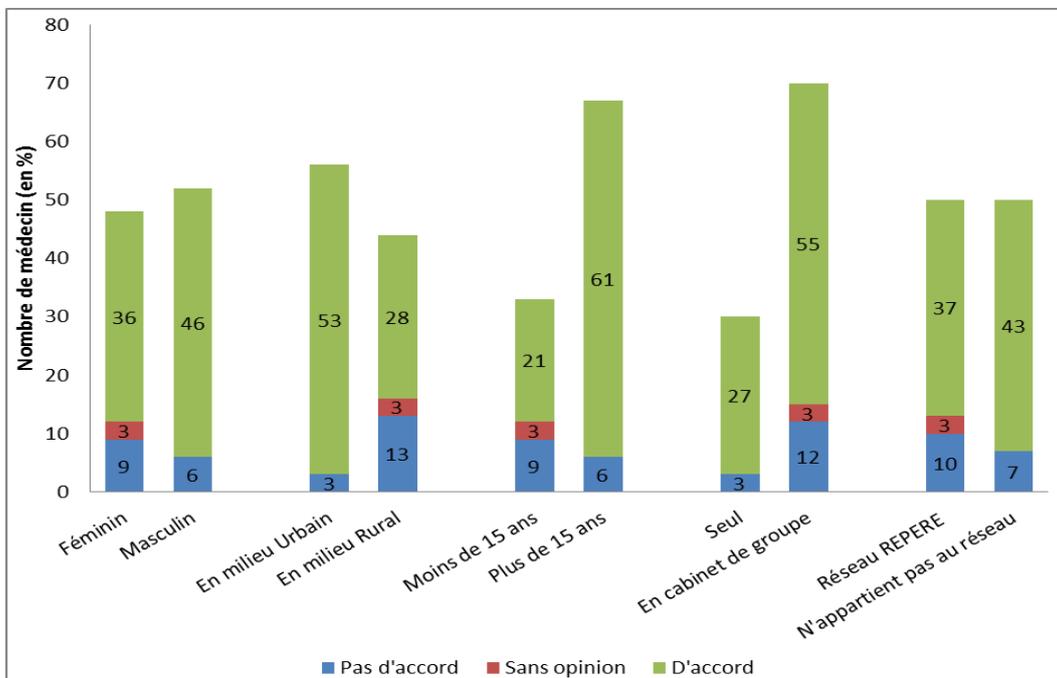
Annexe 13 : Nombre de médecin ayant participé ou non à l'étude en fonction du secteur d'exercice (n=67).



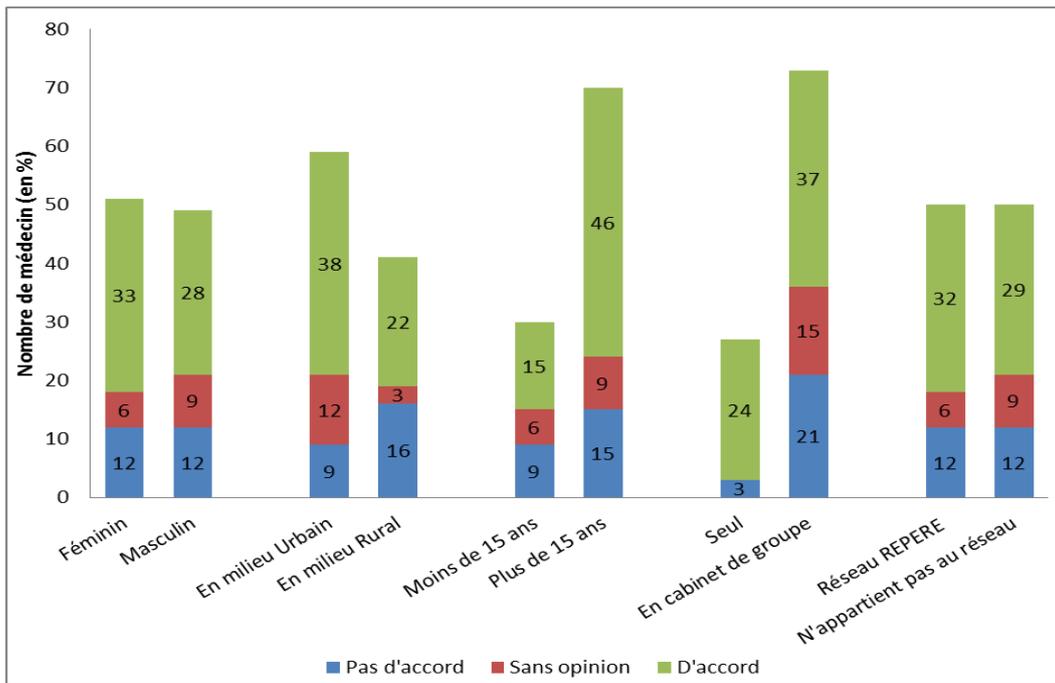
Annexe 14 : Nombre de médecin ayant participé ou non à l'étude en fonction du nombre de grossesse suivi par an (n=66).



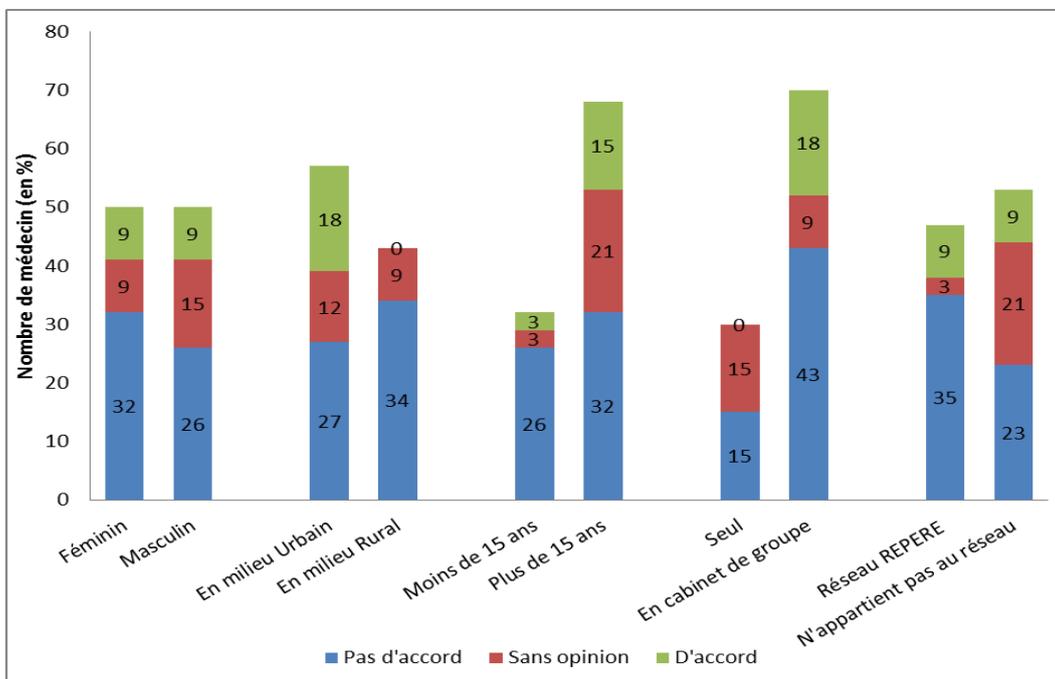
Annexe 15 : Réponses des médecins à la question 2 comparées au sexe (n=33), au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33), au type l'exercice (n=33) et à l'appartenance au réseau (n=33).



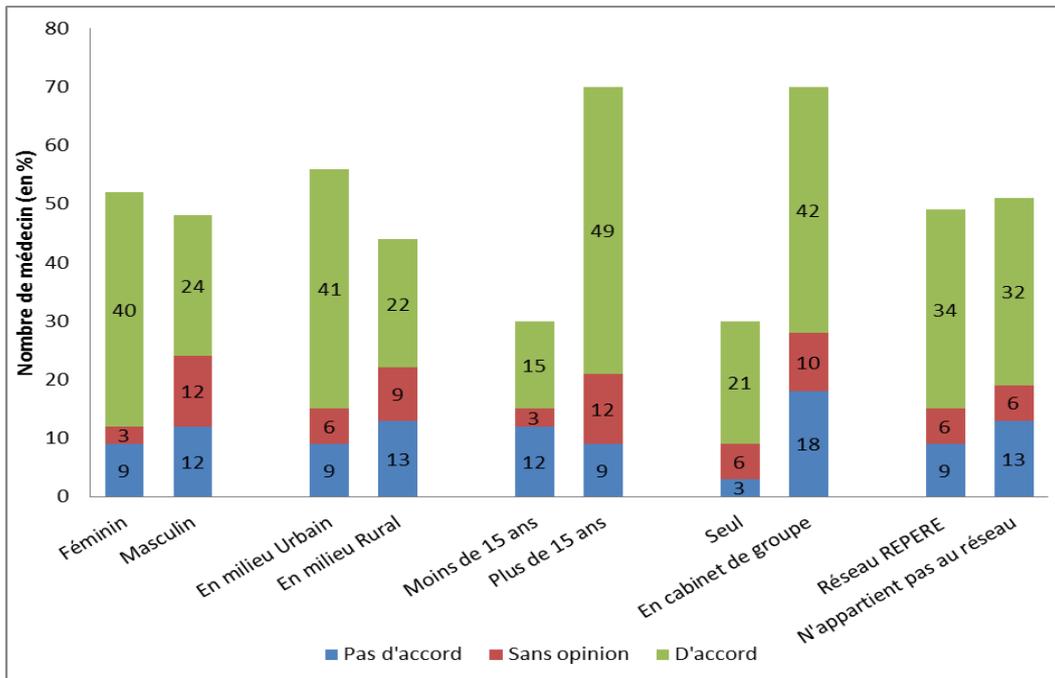
Annexe 16 : Réponses des médecins à la question 3 au sexe (n=33), au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33), au type l'exercice (n=33) et à l'appartenance au réseau (n=33).



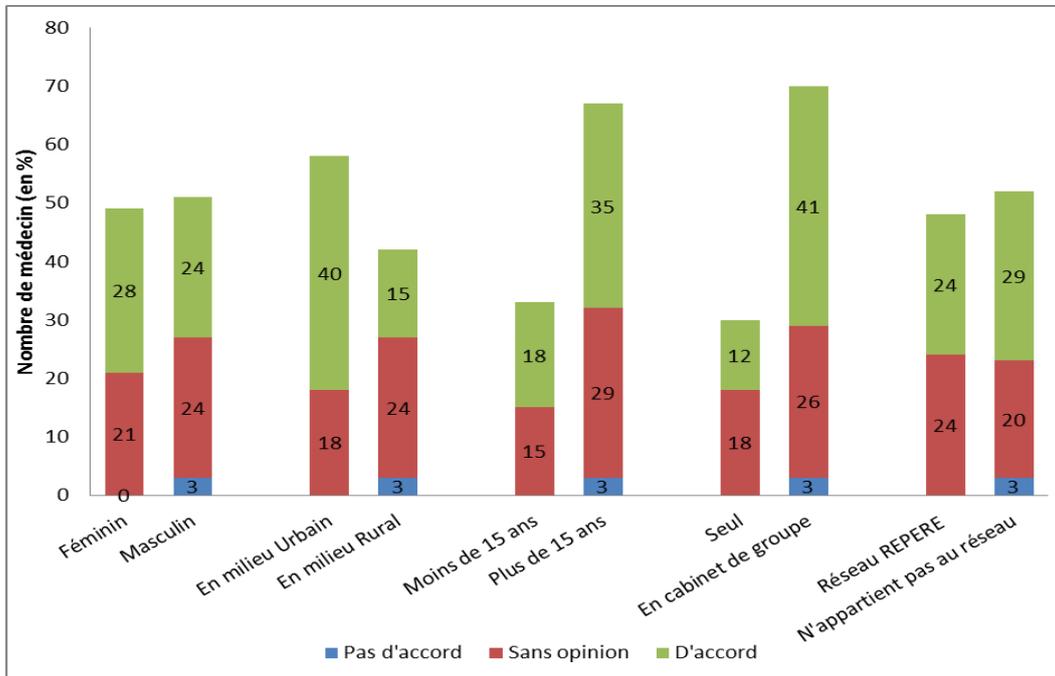
Annexe 17 : Réponses des médecins à la question 4 au sexe (n=33), au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33), au type l'exercice (n=33) et à l'appartenance au réseau repère (n=32).



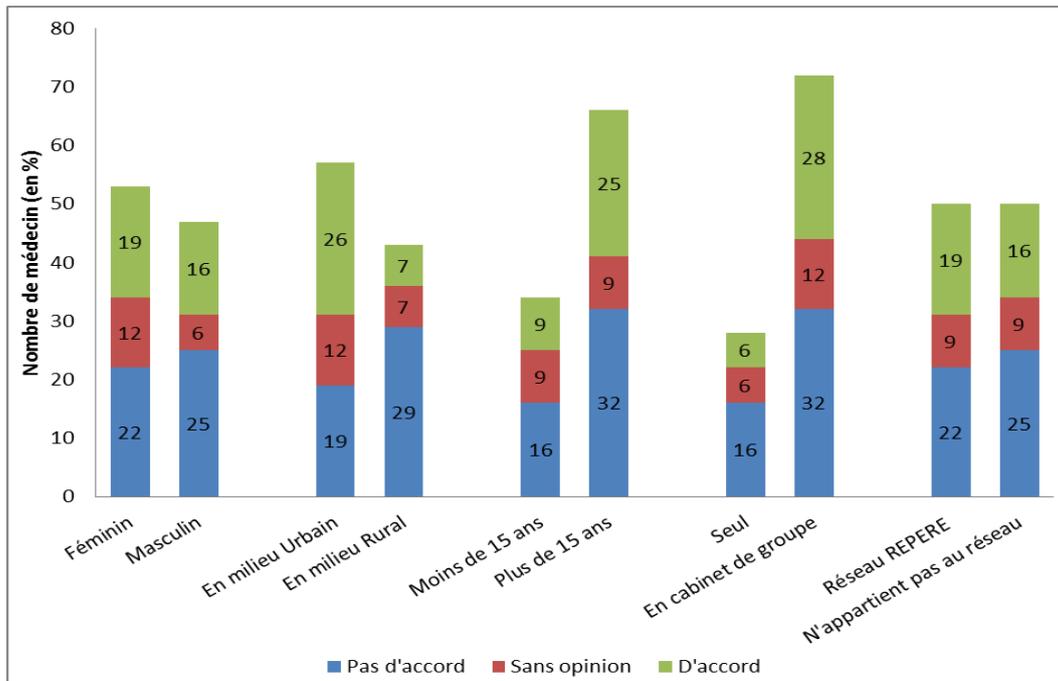
Annexe 18 : Réponses des médecins à la question 5 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau repère (n=34).



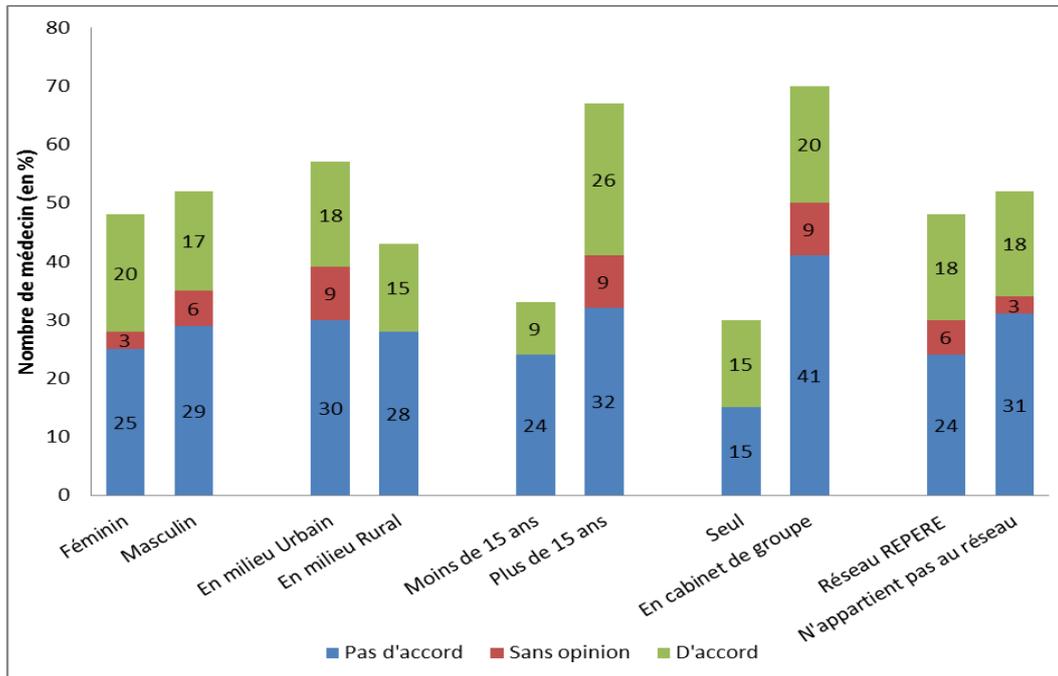
Annexe 19 : Réponses des médecins à la question 6 comparées au sexe (n=33), au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33), au type l'exercice (n=33) et à l'appartenance au réseau (n=32).



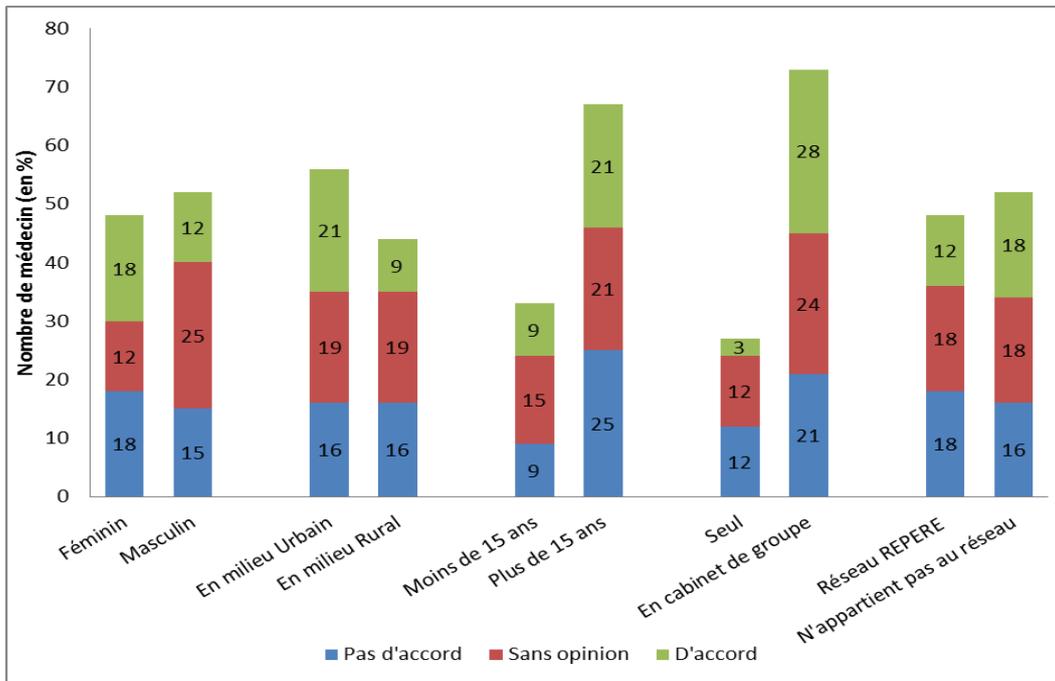
Annexe 20 : Réponses des médecins à la question 7 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau (n=34).



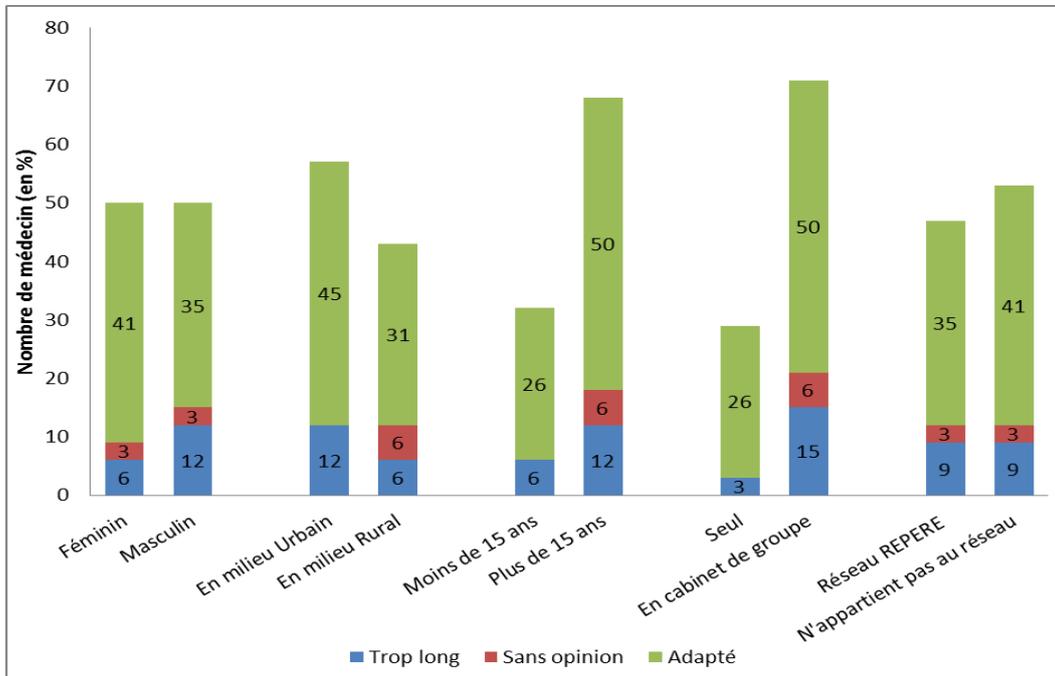
Annexe 21 : Réponses des médecins à la question 8 comparées au sexe (n=32), au milieu d'exercice (n=31), à la durée d'installation (n=32), au type l'exercice (n=32) et à l'appartenance au réseau (n=32).



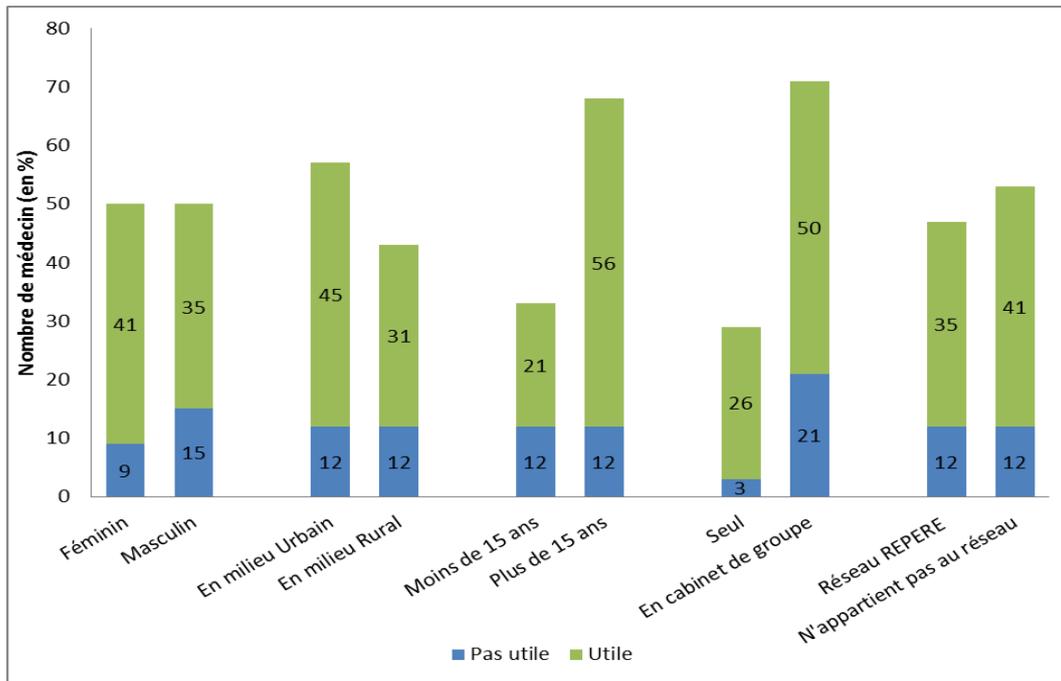
Annexe 22 : Réponses des médecins à la question 9 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau (n=34).



Annexe 23 : Réponses des médecins à la question 10 comparées au sexe (n=33), au milieu d'exercice (n=32), à la durée d'installation (n=33), au type l'exercice (n=33) et à l'appartenance au réseau (n=33).



Annexe 24 : Réponses des médecins à la question 11 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau (n=34).



Annexe 25 : Réponses des médecins à la question 12 comparées au sexe (n=34), au milieu d'exercice (n=33), à la durée d'installation (n=34), au type l'exercice (n=34) et à l'appartenance au réseau (n=34).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Elaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes - Évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes Réunionnais.

Créer un outil d'aide à la pratique tel qu'un questionnaire auto-administré de recueil de données médicales chez la femme enceinte.

Ce questionnaire a été soumis à un pré-test auprès d'un échantillon de patientes et d'un focus groupe, puis le prototype alors obtenu a subi un test en pratique courante auprès d'un échantillon de praticiens et leurs patientes pendant 10 semaines. Enfin, nous avons recueilli l'opinion de ces praticiens suite à son utilisation.

34 médecins généralistes libéraux ont testé le questionnaire auto-administré et ont participé à l'étude. Le questionnaire a été jugé comme étant facile ou très facile à utiliser pour 91.18 % (31) des praticiens et utile dans leur pratique courante pour 76.48 % (27) d'entre eux. Ce dernier a également été jugé à 79.42 % (27) comme étant un outil permettant de rendre plus exhaustif le recueil des informations médicales, ainsi que pouvant permettre une plus grande participation de leurs patientes lors de la consultation pour 61.77 % (21) d'entre eux. Sa longueur a été jugée adaptée à 76.48 % (26). 85.24 % des praticiens (30) sont d'accord pour utiliser cet outil dans leur pratique quotidienne du suivi de la grossesse, mais 58.82 % (20) ne l'utiliseraient pas chez toutes leurs patientes.

Notre auto-questionnaire administré chez la femme enceinte a été jugé par les praticiens libéraux de notre étude comme étant un outil utile et pertinent au besoin d'améliorer le suivi de la grossesse sur l'île de la Réunion.

MOTS CLES : Questionnaire auto-administré (QAA), consultation préconceptionnelle, suivi de grossesse, enquête d'opinion, médecine générale, île de la Réunion.

Elaboration of a patient auto-questionnaire to help collect medical data during pregnancy surveillance and it's evaluation by a sample of general practitioners in Reunion Island.

To create a patient auto-questionnaire to help practitioners collect Medical data during pregnancy surveillance consultations and field test our tool with a group of general practitioners, of Reunion Island, in order to check for its suitability in the clinical environment.

34 general practitioners tested the auto-administered questionnaire and took part in the study.

This questionnaire was judged for 91.18 % (31) of the practitioners to be easy or very easy to use, and 76.48 % of them claimed it to be useful (27). For 79.42 % of them, it allows to collect more information (27), and for 61.77 % of them, it permitted a higher level of participation of their patient during the consultation (21). Its length was considered suitable for 76.48 % of the doctors (26). 85.24 % of the practitioners (30) agreed to use this tool in their daily practice during pregnancy follow-ups, but 58.82 % (20) mentioned that they would not use it for all patients.

Our auto-questionnaire administered to pregnant women was judged by the liberal practitioners of our study as being and a useful and relevant tool to improve the follow-up of the pregnancy in Reunion Island.

KEYWORDS : Auto-administered questionnaire (QAA), preconceptional consultation, followed by pregnancy, opinion survey, General medicine, Reunion Island.

DISCIPLINE : Médecine générale.

UFR santé Université Bordeaux Segalen- 146 rue Léo-Saignat - 33076 Bordeaux Cedex.