



HAL
open science

Évaluation de l'utilisation d'un outil de dépistage des vulnérabilités des femmes pendant la grossesse à la maternité de Port-Royal

Alizée Louis-Jean

► **To cite this version:**

Alizée Louis-Jean. Évaluation de l'utilisation d'un outil de dépistage des vulnérabilités des femmes pendant la grossesse à la maternité de Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03104074

HAL Id: dumas-03104074

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03104074>

Submitted on 17 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

**Évaluation de l'utilisation d'un outil de
dépistage des vulnérabilités des femmes
pendant la grossesse à la maternité de
Port-Royal**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Cécile Betmalle

Sage-femme, maternité de Port-Royal

JURY :

Madame Camille Deput-Rampon

Sage-femme, maternité de Port-Royal

Madame Cécile Marest

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Madame Sarah Benjlany

Sage-femme, psychologue et consultante en lactation

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie dans un premier temps, ma directrice de mémoire Cécile Betmalle, pour l'émergence du sujet jusqu'à la rédaction de ce mémoire, et également pour sa disponibilité et son aide précieuse pour l'élaboration de ce travail.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma référente pédagogique Hélène Guillaume pour son soutien, sa disponibilité et son aide qui me fut très précieuse pour la réalisation du mémoire ainsi que durant ces études.

Je remercie Anne Chantry de ses judicieux conseils dans l'analyse de mes résultats. Je désire également remercier tous les autres membres de l'équipe pédagogique pour leur implication dans notre formation théorique et pratique de sage-femme.

Je remercie les consultants de Port-Royal interrogés pour leur contribution essentielle à mon mémoire et les membres du CIC de leur aide pour le recueil des données.

Je tiens à adresser mes remerciements à ma famille.

Merci à ma mère de m'avoir soutenu quand le moral n'était pas présent durant ces années d'étude. Je remercie ma grand-mère de ces moments de joie en danse et en chanson. Je remercie mon grand-père, de sa bienveillance. Je remercie ma sœur, Aude, de ses encouragements, de son soutien et de sa relecture.

Je remercie mes amies, Jessica, Emilie et Elise de leur soutien qui a été très important pour moi. Merci à vous pour toutes les soirées innombrables que j'ai pu passer à vos côtés et qui m'ont permis de décompresser.

Je remercie Ophélie, Margaux, Lola, Agathe et Estelle, futures sages-femmes diplômées de l'école de Baudelocque qui sont devenues de véritables amies depuis la SMA2. Merci à vous d'être là.

Enfin, merci à toutes les personnes qui m'ont permis d'évoluer pendant ces années d'études et d'avoir participer à l'aboutissement de mes projets.

Résumé

Contexte : La grossesse est un moment propice pour favoriser le dépistage des situations de vulnérabilités. Le Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA) a mis en place un auto-questionnaire dans le but d'identifier les différentes situations de fragilités des femmes enceintes. Ce questionnaire utilisé depuis 3 ans à Port-Royal a été peu évaluée.

Objectif : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la fréquence et les modalités d'utilisation de l'auto-questionnaire GEGA à Port-Royal. Nos objectifs secondaires étaient d'identifier les déterminants associés au remplissage de l'auto-questionnaire, de recueillir l'avis des consultants sur cet outil et de savoir si le dépistage des vulnérabilités grâce à l'auto-questionnaire entraînait une prise en charge.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une double étude quantitative et unicentrique à Port-Royal. Avec d'une part, une étude descriptive observationnelle avec un recueil de 433 dossiers sur la période de janvier, février et mars 2019. D'une autre part, une étude avec un questionnaire adressé à 37 consultants réalisée entre septembre 2019 et janvier 2020.

Résultats : Le taux de présence de l'auto-questionnaire était de 32% dans les 408 dossiers inclus dans l'étude. 76% des consultants interrogés déclaraient utiliser le questionnaire. Les propositions d'orientation avec un repérage des vulnérabilités par l'auto-questionnaire ou le dossier obstétrical étaient assez faibles pour chaque catégorie de vulnérabilités. Les consultants interrogés offraient une proposition de prise en charge s'il dépistait une vulnérabilité à 70% de manière systématique. L'auto-questionnaire représentait une aide au repérage des vulnérabilités pour 81% des consultants et 24% le considéraient comme indispensable. La comparaison d'une part des femmes ayant un auto-questionnaire rempli et d'un autre côté, les femmes ayant un auto-questionnaire vide ou absent ne nous montraient pas de différence significative au niveau des différentes caractéristiques des femmes.

Conclusion : Le rôle de l'auto-questionnaire GEGA est relatif car il est peu utilisé par les consultants, cependant les professionnels de santé le considèrent comme une aide dans le dépistage des vulnérabilités.

Mots-clés : dépistage des vulnérabilités, évaluation, auto-questionnaire, grossesse, prise en charge

Abstract

Background: Pregnancy is a good time to help identify situations of vulnerability. The Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA) has set up a self-questionnaire in order to identify the different vulnerable situations of pregnant women. This questionnaire has been used for 3 years in Port-Royal but has received little evaluation.

Objectives: The main objective of the study was to evaluate the frequency and modalities of use of the GEGA self-questionnaire in Port-Royal. Secondary objectives were to identify the determinants associated with the completion of the self-administered questionnaire, to obtain the consultants' opinions on this tool and to determine whether the screening of vulnerabilities using the self-administered questionnaire led to patient management.

Study design: We conducted a double study, quantitative and single-center, in Port-Royal. On the one hand, a descriptive observational study with a collection of 433 files over the period of January, February and March 2019. On the other hand, a study with a questionnaire addressed to 37 consultants carried out between September 2019 and January 2020.

Results: There was a 32% attendance rate for the self-questionnaire in the 408 files included of the study. There was a 76% utilization rate according to the consultants interviewed. The number of referrals with vulnerability identification by the self-questionnaire or the obstetrical record was quite low for each vulnerability category. The consultants interviewed offered a proposal for patient management if 70% of the vulnerabilities were identified in a systematic manner. The self-questionnaire helped to identify vulnerabilities for 81% of the consultants and 24% considered it indispensable. A comparison between women with a completed self-questionnaire and women with an empty or absent one did not show any significant difference in the different characteristics of the women.

Conclusion: The role of the GEGA self-questionnaire is relative because it is little used by consultants, however health professionals consider it to be an aid in detecting vulnerabilities.

Keywords: screening, vulnerabilities, pregnancy, management, self-questionnaire

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des tableaux	8
Liste des figures.....	9
Liste des annexes	10
Lexique.....	11
Introduction	12
Première partie - Matériels et méthodes	20
1. Problématique.....	20
2. Objectifs et hypothèses	20
2.1. <i>Objectif principal</i>	20
2.2. <i>Objectifs secondaires</i>	20
2.3. <i>Hypothèses</i>	20
3. Type d'étude et population d'étude	21
3.1. <i>Outils d'étude</i>	21
3.1.1. 1er type d'étude	21
3.1.2. 2ème type d'étude	21
3.2. <i>Population d'étude</i>	22
3.2.1. 1er type d'étude	22
3.2.2. 2ème type d'étude	23
4. Variables retenues.....	23
4.1. <i>1ère partie de l'étude</i>	23
4.2. <i>2ème partie de l'étude</i>	26
5. Stratégie d'analyse	27
6. Considération éthiques	28
Deuxième partie - Résultats	29
1. Description générale de la population d'étude	29
1.1. <i>1ère partie de l'étude</i>	29
4.2. <i>2ème partie de l'étude</i>	31
2. Résultats.....	32

2.1. Analyse descriptive	32
2.2. Analyse statistique	40
Troisième partie - Discussion	44
1. Résultats principaux	44
2. Forces et limites de l'étude	45
2.1. Forces de l'étude	45
2.2. Limites de l'étude	46
3. Discussion des résultats	47
3.1. Hypothèse 1	47
3.2. Hypothèse 2	47
3.3. Hypothèse 3	49
3.4. Hypothèse 4	49
4. Implications et perspectives	50
Conclusion.....	51
Bibliographie	53
Annexes	56

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques des consultants interrogés par l'intermédiaire du questionnaire (étude 2).....	31
Tableau 2: Réponses en rapport avec l'utilisation de l'auto-questionnaires des consultants (étude 2)	34
Tableau 3 : Présence d'une vulnérabilité avec un auto-questionnaire rempli (étude 1)	35
Tableau 4 : Présence d'une vulnérabilité dans les dossiers obstétricaux avec un auto-questionnaire non rempli ou absent (étude 1)	35
Tableau 5 : Réponses du dépistage avec ou sans auto-questionnaire des différentes vulnérabilités par les consultants (étude 2)	38
Tableau 6 : Recueil du dépistage des consommations dans le dossiers obstétricaux (étude 1).....	39
Tableau 7 : Comparaison des femmes avec un auto-questionnaire rempli et des femmes avec un auto-questionnaire absent ou non rempli (étude 1)	41
Tableau 8 : Comparaison des taux de chaque vulnérabilité des femmes avec un auto-questionnaire rempli et des femmes avec un auto-questionnaire absent ou non rempli (étude 1)	42
Tableau 9 : Comparaison des propositions d'orientation en fonction des vulnérabilités entre les femmes avec un auto-questionnaire rempli (étude 1)	43

Liste des figures

Figure 1 : Flow Chart	29
Figure 2 : Taux de présence de l'auto-questionnaire (étude 1)	32
Figure 3 : Taux d'utilisation déclarée de l'auto-questionnaire par les consultants (étude 2)	33
Figure 4 : Retranscription des données de l'auto-questionnaire dans le dossier obstétrical (étude2).....	36
Figure 5 : Fréquence de la prise en charge de la patiente si repérage d'une vulnérabilité à l'aide de l'auto-questionnaire ou le dossier obstétrical (étude 2)	37
Figure 6 : Avis des consultants sur l'auto-questionnaire GEGA : aide au dépistage ? (étude 2).....	37
Figure 7 : Avis des consultants sur l'auto-questionnaire GEGA : Trouvez-vous l'auto-questionnaire ? (étude 2).....	38

Liste des annexes

Annexe 1: Auto-questionnaire GEGA	57
Annexe 2: Guide de remplissage du recueil	58
Annexe 3: Questionnaire aux consultants	60
Annexe 4: Auto-questionnaire GEGA avec vulnérabilités classées A, B, C et D	65

Lexique

AG : Age Gestationnel

AME : Aide médicale d'Etat

CC : Chef de Clinique

CCA : Chef de Clinique Assistant

CMU : Couverture Maladie Universel

GEGA : Groupe d'étude grossesse et Addictions

MG : Médecine Générale

PA : Praticien Attaché

PH : Praticien Hospitalier

PU : Professeur Universitaire

RSA : Revenu solidarité active

SF : Sage-femme

SFAO : Sage-femme accueil et orientation

Introduction

La grossesse est une période de transition importante pour les femmes. Ce temps peut révéler chez elles une ou plusieurs vulnérabilités médico psycho-sociales. Afin de proposer un soutien adapté, il faut dans un premier temps les repérer et la grossesse est un moment clé pour assurer le dépistage de ces situations de vulnérabilités. Les professionnels de santé de la périnatalité sont en première ligne pour ce dépistage (1). En 2013, 4,8% des grossesses étaient déclarés tardivement en Ile-de-France et en 2010, 9,4% des femmes enceintes avaient moins de 7 consultations prénatales (2).

Le plan périnatalité 2005-2007 le souligne en rappelant comme objectif d'effectuer « une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance » et également un meilleur soutien aux femmes et aux couples en situation de précarité (3). Dans la continuité du plan périnatalité de 2005-2007, la Haute Autorité de Santé a mis à jour en mai 2016 ses recommandations professionnelles à propos du suivi et de l'orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risques identifiés mentionnant notamment les substances toxiques et les facteurs sociaux et environnementaux (4).

Dans ses recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité en 2005, l'HAS définit la vulnérabilité comme une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique » (5). Nous pourrions traduire cela comme « une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est, ou risque d'être, affectée, diminuée, altérée. » (6). En effet, une vulnérabilité ne correspond pas à une maladie ou à quelque chose de permanent mais plutôt à un risque ajouté notamment dans le cas d'une grossesse.

Les principaux facteurs de vulnérabilité sont cités dans le rapport de l'HAS. Ils peuvent être regroupés en 4 grandes catégories.

- Les troubles psychiques : stress, anxiété, troubles du sommeil, dépression...

En ce qui a trait aux troubles psychiques, leur fréquence est plus importante pendant le post-partum que pendant la grossesse. Les principaux troubles sont la dépression pendant la période périnatale et la psychose du post-partum par la suite. En effet, la dépression pendant la grossesse est d'environ 4% pour les formes majeures et 8% pour celles mineures, sensiblement identiques à la dépression postnatale. Mais la plupart du temps, les troubles dépressifs s'arrêtent spontanément avant la naissance, cependant 10 à 40% continuent dans le post-partum (7).

Pour ce qui est des troubles alimentaires, il faut savoir qu'une femme sur 20 souffre d'anorexie et qu'une femme sur 10 de boulimie (8).

- La dépendance ou l'addiction

La consommation de substances pendant et en dehors de la grossesse est une préoccupation de santé publique. Cette consommation est liée à différentes conséquences nocives pour la mère et le fœtus. Le tabac reste la consommation la plus fréquente suivi de l'alcool, du cannabis et des autres substances illicites. La consommation de plusieurs substances pendant la grossesse est souvent fréquente et ajoutée souvent à des comorbidités psychiatriques et des facteurs de stress (9).

Dans le monde, la consommation du tabac pendant la grossesse est évaluée à 1,7%. (10) En France, nous sommes le pays dont l'usage du tabac est le plus élevé pendant la grossesse avec 21,8% de fumeuses au 3ème trimestre en 2004. Le tabagisme gravidique n'a cessé d'augmenter jusqu'au début des années 2000. En 2016, la prévalence était de 30% de fumeuses avant la grossesse et de 16,2% de fumeuses au 3ème trimestre de la grossesse, malgré cette diminution, la France reste un des

pays européens où le tabagisme pendant la grossesse est le plus important (11). Le tabac représente un facteur de risque de mort fœtal in utero, d'un hématome rétroplacentaire, de placenta praevia et également de la prématurité (10).

L'alcool, également, est un enjeu de santé pendant la grossesse et l'on suggère un arrêt total de sa consommation. Cette substance est tératogène et altère entre autres le développement cérébral et serait associé à des risques accrus de faible poids à la naissance et d'accouchements prématurés (9). « L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) publie en 2001, et estime que 700 à 3000 enfants sur 750 000 naissances par an seraient concernés par un syndrome d'alcoolisation fœtal grave, première cause du handicap mental non génétique (12)(13). Une femme enceinte sur 10 seraient concerné par l'usage d'alcool pendant la grossesse de manière occasionnelle ou non, d'après l'enquête Baromètre Santé de 2017 (14).

La fréquence d'utilisation du cannabis en France est très élevée et représente 17% de la tranche d'âge des 15-34 ans contre 13% des européens, ce qui en fait la drogue illicite la plus consommée dans l'occident. « 40% des femmes en 2010 déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie ». Les études concernant l'utilisation du cannabis pendant la grossesse sont très faibles. D'après une enquête réalisée en France sur 156 femmes, 1,2% d'entre elles ont déclaré consommer du cannabis pendant la grossesse. On retrouvait parmi les consommatrices de cannabis, plus de femmes jeunes, à faible parité, à faible revenu mensuel et à faible niveau d'éducation (15). Les études restent assez mitigées face aux conséquences du cannabis sur le fœtus. Cependant, il y aurait une association entre l'exposition prénatale du cannabis notamment au premier trimestre, et la persistance dans l'enfance de déficits comportementaux et cognitifs (16).

Concernant les autres drogues, nous savons que celles-ci sont néfastes pendant la grossesse avec des risques tératogènes, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin. En France, les enquêtes périnatales n'indiquent pas la question de ces consommations de drogues, et abordent seulement celle du tabac et de l'alcool. Le

Conseil de l'Europe a publié en 1998 un récapitulatif sur les naissances de femmes consommatrices de drogues par voie intraveineuse dans les différents pays.

La France se situerait à environ 2500 à 14000 naissances par an, l'Allemagne à 4000 et la Belgique à plus de 1000. L'approche de cette étude est controversée car elle ne prend pas en compte les substances toxiques légales comme l'alcool qui est potentiellement le produit le plus dangereux pour la santé du fœtus (17).

- Les troubles relationnels, la violence domestique, l'isolement

En ce qui concerne les violences, il faut savoir que 219 000 femmes subissent des violences physiques et/ou sexuelles, au cours d'une année, en moyenne et que 8 femmes victimes sur 10 sont soumises à des violences psychologiques et verbales, ainsi que 3 femmes sur 4 sont victimes de récurrence de violences (18)(19).

En 2017, 130 féminicides sont répertoriés commis par leur partenaire actuel ou ancien, officiel (pacsé, marié, concubin) ou non officiel. De plus, en moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de viols et de tentatives de viol est estimé à 94 000 femmes (19). La grossesse est un moment à risque d'aggravation des violences initiales mais peut être également un élément déclencheur de violences physiques ou psychologiques. 2,1% est une estimation des victimes enceintes en France réalisée de façon indirecte par une étude cas-témoin sur la prématurité en Europe (20). Ces violences augmentent les complications obstétricales et engendrent un défaut de surveillance adéquate de la grossesse (19). L'identification ainsi qu'une prise en charge de ces violences semble nécessaire afin de briser le cercle vicieux des violences conjugales et est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé American College of Obstetricians and Gynecologists ou encore l'Institute of Medicine (21).

Par rapport aux mutilations sexuelles, 53 000 femmes adultes en ont été victimes dont 9 sur 10 avant l'âge de 10 ans. Tous les chiffres à propos des violences sont des valeurs minimales recensées sous-évaluées (22).

- La précarité et le risque social.

Les ruptures professionnelles, sociales ou affectives des divers parcours de vie des femmes entraînent la précarité sociale. Il est nécessaire d'accompagner ces femmes de manière personnalisée en repérant ses difficultés, sans faire l'objet de stigmatisation, afin d'organiser une prise en charge adéquate face à la situation vécue. Ces conditions sont primordiales afin d'établir un lien avec la femme en situation de précarité (23).

A propos de la précarité, l'Enquête périnatale de 2016 estimait que 11,6% des ménages déclaraient être au chômage. Dans ces ménages où les 2 partenaires sont au chômage, ces femmes sont décrites étant plus jeunes, ayant souvent déjà des enfants et de nationalité étrangère. A noter également que 11% de ces femmes disent de sentir « assez mal » pendant leur grossesse et 7% disent s'être senties « mal ». Cette enquête dénombrait également que 30% d'entre elles avaient moins de 8 consultations de surveillance prénatales. 8,5% des nouveau-nés sont nés prématuré et 9,5% avaient un poids inférieur à 2 500g.

Ainsi, plusieurs vulnérabilités s'ajoutent plus facilement à la précarité et il est alors important de les dépister et de les prendre en charge, en effet, 36% de ces femmes déclaraient avoir eu un rendez-vous avec un assistant social pendant leur grossesse (24).

Les questionnaires dans le dépistage

Les questionnaires et auto-questionnaires existent déjà depuis longtemps dans les pays-anglosaxons notamment afin de pallier le manque de temps des consultants (25). Les questionnaires T-ACE, AUDIT C, FACE existent pour le dépistage de la consommation d'alcool par exemple (26).

L'intérêt d'un auto-questionnaire est double. Pour celui qui le remplit de ne pas se trouver pris au dépourvu lors de la question posée et d'oser répondre plus franchement. Pour celui qui le récupère, ne pas ressentir de gêne à aborder certains

thèmes qu'il peut juger tabous et utiliser le questionnaire comme guide et soutien dans l'interrogatoire (27).

Présentation du GEGA

Le GEGA Groupe d'Etude Grossesse et Addictions est un groupe pluri professionnel de réflexion et de recherche sur la prise en charge des femmes abusant de substances psycho actives. Des obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, addictologues, pharmacologues, psychologues y collaborent depuis 1998. L'un des objectifs majeurs du GEGA est d'améliorer les protocoles de prise en charge des femmes abusant de substances psycho actives pendant la grossesse.

L'association GEGA avait mis en place un auto-questionnaire, permettant le repérage des différentes vulnérabilités, validé en décembre 2014. Cet auto-questionnaire (Annexe 1) est un questionnaire à visé de dépistage des vulnérabilités composé de 18 questions fermées. Il a été mis en place dans plusieurs maternités en France, notamment en région parisienne, et est destiné aux femmes pendant la grossesse. Il doit être remis en main propre à toutes les femmes enceintes et à tous les termes de la grossesse, à l'accueil des consultations. Il est à remplir en salle d'attente, avant la première consultation de surveillance à la maternité. Par la suite, ce questionnaire est donné au consultant de la grossesse avec une relecture de ce questionnaire avec la patiente. Cet auto-questionnaire est ensuite conservé dans le dossier obstétrical et en fonction des réponses de la femme, une prise en charge spécifique doit être proposée. Au préalable de la mise en place de cet auto-questionnaire, il y a la nécessité d'avoir une équipe soignante formée dans la prise en charge des différentes vulnérabilités notamment en addictologie (28).

Ce questionnaire aborde principalement 4 thèmes importants qui sont : **la consommation de toxiques** en dehors et pendant la grossesse (alcool, tabac, drogues), **les troubles psychiques** comprenant les difficultés de sommeil, l'anxiété, les troubles alimentaires et également la prise d'un traitement pour des pathologies

psychiatriques, **la précarité et l'isolement**, et **les violences** psychologiques et physiques (29) (30).

Les enjeux de cet auto-questionnaire sont importants et en premier lieu, la baisse de l'impact des consommations toxiques pendant la grossesse, en prévenant la dépendance, en préparant la suite après la grossesse et en organisant un suivi précoce des enfants à risque de troubles du développement (30).

Une étude avait été réalisée par le GEGA (Groupe d'études grossesse et Addictions) à Lille et Roubaix afin d'évaluer notamment l'utilité des questionnaires par les praticiens, ils avaient réussi à avoir un taux de réponse de 88,01% d'auto-questionnaire rempli, au moins en parti, sur une période de 9 mois.

92% des praticiens souhaitaient la poursuite de cet auto-questionnaire. En effet, l'auto-questionnaire trouvait son intérêt premier dans le dépistage des consommations d'alcool avec 4% de dépistage contre 0,1% sans l'auto-questionnaire. Les consultants déclaraient dans 83% des cas, un manque de connaissances, dans 70% un manque de temps et dans 65% un manque d'outils de dépistage et d'accompagnement, pour définir leurs difficultés de dépistages sans l'auto-questionnaire. Par rapport au tabac et les autres toxiques, il n'y avait pas de différence significative avec le dossier obstétrical et la mise en place de l'auto-questionnaire. Cependant l'auto-questionnaire permettait d'avoir une meilleure connaissance des antécédents de consommations avec un taux de 9,8% vs 4,9% avec le dossier obstétrical seul (29).

Une autre étude avait été également effectuée par le groupe GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions) à plus grande échelle dans 15 maternités, dont 10 publiques et 5 privées, du Languedoc Roussillon. Leurs objectifs étaient entre autres « d'augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives » et « d'optimiser l'accès aux soins en addictologie des femmes en situation de vulnérabilité ». Sur 6 mois d'utilisation de l'auto-questionnaire, ils avaient obtenu 78% de taux de réponses de celui-ci. Une comparaison de 2 maternités sur le temps du projet avait été réalisé et nous pouvions voir que dans la maternité 1, la distribution des auto-questionnaires étaient inadéquates avec 298 auto-

questionnaires distribués, cependant une sage-femme référente était présente depuis 15 ans et le suivi des patientes avec des addictions étaient bons avec 39 patientes. Dans la maternité 2, la distribution des auto-questionnaires était bonne avec 520 auto-questionnaires remplis. Cependant la sage-femme référente a été initiée au début du projet, ainsi le repérage était beaucoup réalisé par rapport à l'auto-questionnaire, et seulement 9 patientes avec des addictions avaient un suivi. Dans l'exposition des résultats de cette étude, il aurait été intéressant de savoir si ces maternités étaient comparable notamment avec le nombre d'accouchement annuel, le niveau et si les maternités étaient privées ou publiques (31).

Cet auto-questionnaire est un outil de première approche pour le repérage des différentes vulnérabilités des femmes mais aussi de la grossesse. En effet, ces vulnérabilités peuvent avoir des incidences néfastes pour la femme enceinte. Ainsi, il est important d'effectuer ce repérage mais également de prendre en charge ces vulnérabilités. En effet, les enjeux de cet auto-questionnaire sont d'améliorer le dépistage de ces vulnérabilités mais également et surtout de les prendre en charge. Cet auto-questionnaire est mis en place depuis 3 ans dans la maternité de Port-Royal.

Nous avons réalisé une étude sur 20 dossiers obstétricaux qui nous a montré que l'auto-questionnaire n'était présent seulement que 4 fois et sur ces 4 questionnaires remplis, 3 présentaient des vulnérabilités. Mais sur ces 3 dossiers, aucune prise en charge n'avait été effectuée.

Nous avons souhaité approfondir cette recherche et proposer un état des lieux sur l'utilisation de cet auto-questionnaire à Port-Royal. Nous souhaitons connaître le rôle de cet outil par les soignants et le rôle de celui-ci dans le dépistage et la prise en charge.

Première partie - Matériels et méthodes

1. Problématique

Notre question est la suivante :

Quel rôle l'auto-questionnaire GEGA joue-t-il dans le dépistage et la prise en charge des vulnérabilités pendant la grossesse à la maternité de Port-Royal ?

2. Objectifs et hypothèses

2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la fréquence et les modalités d'utilisation de l'auto-questionnaire.

2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de :

- Rechercher les déterminants associés au remplissage de l'auto-questionnaire
- Recueillir l'avis des consultants sur cet outil
- Savoir si le dépistage des vulnérabilités grâce à l'auto-questionnaire entraîne une prise en charge

2.3. Hypothèses

Nous avons formulé 4 hypothèses afin de répondre à la problématique :

- L'auto-questionnaire mis en place à Port-Royal est peu utilisé par les professionnels

- Les professionnels proposent l'auto-questionnaire à des patientes semblant plus vulnérables (femmes plus jeunes, niveau social plus faible, d'origine non française...)
- Les consultants ne trouvent pas l'auto-questionnaire utile
- Les vulnérabilités renseignées dans l'auto-questionnaire aboutissent peu à une orientation vers un spécialiste

3. Type d'étude et population d'étude

3.1. Outils d'étude

Notre étude s'est déroulée en deux parties.

3.1.1. 1er type d'étude

La première partie était une étude quantitative descriptive observationnelle unicentrique. Nous avons recueilli 433 dossiers obstétricaux dont les accouchements ont eu lieu en janvier, février et mars 2019, de manière rétrospective, à la maternité de Port-Royal.

L'auto-questionnaire ayant été mis en place en 2016, la période sélectionnée permettait d'avoir un recul sur l'utilisation de cet outil.

La saisie des données a été réalisée par plusieurs membres du Centre d'investigation clinique périnatal, situé à la maternité de Port-Royal, Cécile BETMALLE, ma directrice de mémoire, et moi-même, sur la période de janvier, février et mars 2020. Nous avons ainsi pour favoriser l'homogénéité du remplissage de la grille de recueil de données effectué un guide. (Annexe 2)

3.1.2. 2ème type d'étude

La deuxième partie était une étude quantitative unicentrique par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé aux consultants (Annexe 3). Pour les identifier, nous avons sollicité la cadre du service de consultations. A Port Royal, il y a 51 consultants composés de 19 médecins dont le chef de clinique, les chefs de clinique assistant,

les professeurs universitaires/praticiens hospitaliers et les praticiens hospitaliers, 12 sages-femmes dont 2 sages-femmes libérales, 7 internes d'obstétrique, 3 internes de médecine générale et 10 praticiens attachés.

Nous avons réalisé une note introductive d'information auprès des consultants dans le cadre des dispositions réglementaires en matière d'encadrement de la recherche (Annexe 4).

Nous sommes allés à la maternité une trentaine de fois sur la période de septembre 2019 à janvier 2020 afin d'interroger le maximum de consultants possibles.

3.2. Population d'étude

3.2.1. 1er type d'étude

Etude quantitative descriptive observationnelle unicentrique

➤ Critères d'inclusion

Nous avons inclus une partie des accouchements de janvier, février et mars 2019, période où l'auto-questionnaire était déjà mis en place. Au total, nous avons pu recueillir 433 dossiers. Comme nous étions plusieurs à retranscrire les données afin d'éviter des doublons, nous nous sommes réparties sur les 3 mois, mais les 433 dossiers ne comprennent pas tous les accouchements de ces mois-ci.

➤ Critères d'exclusion

Nous avons exclu les dossiers des patientes n'ayant pas été suivies par le circuit classique avec une première consultation sur le plateau des consultations, ainsi que celles suivies très tardivement ou avec très peu de consultations prénatales.

- Les transferts in utero (n=16)
- Les grossesses suivies initialement dans une autre maternité (n=1)
- Les accouchements imminents (n=1), moins de 2 consultations prénatales tardives (n=3), dossier obstétrical manquant (n=1), mort foetal in utero (n=1)
- Exclusions sans motifs rapportés (n=2)

Le choix ces motifs d'exclusion était pour pouvoir obtenir des premières consultations au sein de la maternité d'étude afin d'évaluer l'utilisation de l'auto-questionnaire. Au total, 25 dossiers ont été exclus de notre étude.

3.2.2. 2ème type d'étude

Pour interroger les consultants, l'outil utilisé était un questionnaire (Annexe 3). Nous les interrogeons sans qu'ils puissent avoir accès au questionnaire.

La durée pour interroger le consultant était comprise entre 5 et 10 minutes. Nous avons interrogé en tout 37 consultants, dont 14 incluant le CC, les CCA, les PH et les PU/PH, 6 PA, 3 internes d'obstétrique, 3 internes de médecine générale, 1 SF libérale, 10 sages-femmes comprenant les sages-femmes de protection maternelle et infantile, sages-femmes hospitalières et les sages-femmes Accueil et Orientation (SFAO).

4. Variables retenues

4.1. 1ère partie de l'étude

Les variables recueillies dans les dossiers obstétricaux peuvent se classer en plusieurs catégories :

➤ Description des consultations

Les variables recueillies étaient alors :

- le statut du consultant (CCA/PH, SF, SF libéral, Interne, PA, gynécologue de ville)
- le nombre de consultants différents du premier consultant et leurs statuts hors consultations aux urgences
- le nombre de consultations hors urgences
- le nombre de consultations aux urgences

➤ Caractéristiques de la patiente

Nous avons ainsi recueilli :

- l'âge de la patiente au début de sa grossesse

- si la patiente est francophone ou non
- la profession
- la situation professionnelle
- la situation matrimoniale
- l'origine géographique
- le type de couverture sociale
- et également si la patiente est en situation de précarité, nous considérons que la patiente était en situation de précarité si elle vivait seule, si elle était mère isolée, si elle n'avait aucune ressource ou si elle était bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active) ou du chômage, si elle était étudiante ou inactive professionnellement, si elle bénéficiait comme protection sociale de la CMU, AME ou si elle n'en avait pas, si elle avait des conditions d'hébergement précaires (sans domicile fixe, patiente au Samu Social ou dans des squats) et nous prenions en compte tout autre annotation dans le dossier rapportant des éléments de précarité.
- si la patiente était en situation de précarité, nous exposons les détails des différents éléments de précarité

- Caractéristiques de la grossesse

- l'âge gestationnel de la première consultation
- la gestité
- la parité
- le type de grossesse (singleton ou multiple)

- Caractéristiques du conjoint

- la présence ou non, comme dans les dossiers la présence du conjoint n'est pas souvent spécifiée clairement, ainsi, nous considérons que le conjoint était présent si le mode de vie familiale était en couple, mariée ou pacsée ou s'il y avait une annotation comme quoi le conjoint était présent et nous considérons que le conjoint était absent si le dossier détaillait l'absence de celui-ci.
- la situation professionnelle
- les consommations de toxiques

- Caractéristiques du couple

- le nombre d'enfants précédents
- le nombre d'enfants à charge
- si le conjoint est le même que les grossesses précédentes
 - Caractéristiques de l'accouchement
- l'âge gestationnel de l'accouchement
- la voie d'accouchement
- le type d'allaitement
- la durée du séjour en suites de couches maternelle ainsi que le motif si prolongé (On considère que le séjour est prolongé pour un accouchement voie basse si la durée est supérieure à 3 jours et pour une césarienne si la durée supérieure à 4 jours)

- Caractéristiques du nouveau-né

- le poids du nouveau-né
- s'il y a eu un transfert et lieu
- la durée du séjour en suites de couches du nouveau-né ainsi que le motif si prolongé (On considère que le séjour est prolongé pour un accouchement voie basse si la durée est supérieure à 3 jours et pour une césarienne si la durée supérieure à 4 jours)

- Caractéristiques de l'auto-questionnaire GEGA

Les différentes variables recueillies étaient :

- la présence ou non de l'auto-questionnaire dans le dossier obstétrical
- la présence de l'auto-questionnaire rempli dans le dossier obstétrical

Pour analyser les réponses de l'auto-questionnaire, nous avons divisé celui-ci en 4 catégories : les vulnérabilités psychologiques (A), les consommations de toxiques (B), les violences (C) et les vulnérabilités sociales et isolement (D) (Annexe 5).

Ainsi pour chaque catégorie de vulnérabilité, nous regardions s'il y avait une vulnérabilité présente signifiée par la réponse positive à une des question(s) des vulnérabilités, ensuite nous notions la ou les réponse(s) positive(s) à ces questions. S'il y avait une vulnérabilité repérée, nous regardions si le dossier obstétrical était en rapport avec celle-ci, s'il y avait une proposition d'orientation et si oui, quel était le

l'intervenant qui orientait, à quel moment de la grossesse (prénatale, périnatale, urgences, post-natales) avec la précision du terme et spécifier le type d'orientation.

Quand l'auto-questionnaire n'était pas rempli ou absent, nous regardions si le dossier obstétrical était rempli pour chacune des catégories des vulnérabilités citées précédemment, par la suite, si une vulnérabilité était repérée et s'il y avait eu une orientation dans le cas échéant en précisant le statut de la personne qui orientait, à quel moment de la grossesse et vers quel spécialiste.

4.2. 2ème partie de l'étude

Le questionnaire était composé de 32 questions et se divisait en quatre parties. (Annexe 3).

- Les caractéristiques des consultants
- La connaissance de l'auto-questionnaire
- L'utilisation de l'auto-questionnaire
- Le dépistage des vulnérabilités

Nous voulions pouvoir sonder leur avis sur l'auto-questionnaire et ainsi également déterminer leur utilisation dans le dépistage des vulnérabilités des femmes.

Le questionnaire se composait de 6 questions filtres permettant d'inclure les personnes interrogées dans notre population cible, 23 des questions étaient fermées et 3 questions ouvertes dont la dernière question permettait au consultant d'ajouter un commentaire particulier qui souhaitait partager et donc n'était pas obligatoire.

Par rapport aux caractéristiques des consultants, nous avons demandé le genre, l'âge, le statut, la durée d'ancienneté à la maternité de Port-Royal, le nombre de patientes vues par semaine et ainsi que le nombre de primo-consultations par semaine.

Par la suite, nous sondions la connaissance de cet auto-questionnaire en leur demandant s'ils connaissent l'existence cet auto-questionnaire comme outil de dépistage des vulnérabilités et ainsi s'ils le connaissaient, par quel moyen ont-ils eu connaissance de celui-ci. Nous leur demandions de nous citer les vulnérabilités que

l'auto-questionnaire permet de dépister et comment le questionnaire est distribué aux patientes.

Puis dans un troisième temps, nous nous renseignions sur leur utilisation de l'auto-questionnaire en leur demandant s'ils le récupéraient, si oui ou non pour quelles raisons.

Nous leur demandions également s'ils discutaient avec la patiente de ses réponses à l'auto-questionnaire, où mettaient-ils l'auto-questionnaire et s'ils retranscrivaient les réponses de l'auto-questionnaire dans le dossier obstétrical.

Pour finir, nous interrogeons les consultants sur leur dépistage de chaque vulnérabilité en leur demandant s'ils dépistaient les vulnérabilités psychologiques, les violences psychiques et physiques, les conditions de vie, le soutien dont les patientes bénéficient et les consommations de tabac, alcool, cannabis, d'autres substances illicites, de somnifères ou anxiolytiques. Nous leur demandions également s'ils organisaient une prise en charge dans le cas d'une vulnérabilité repérée.

5. Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse correspond à une analyse descriptive et comparative.

Les variables citées précédemment ont été exposées en dissociant 2 groupes, le premier représentant la présence de l'auto-questionnaire rempli dans les dossiers obstétricaux et le deuxième représentant l'absence de l'auto-questionnaire et la présence de l'auto-questionnaire mais non rempli dans les dossiers obstétricaux.

Nous avons utilisé pour l'analyse comparative le test de Chi² (symbolisé par \$) lorsque les conditions d'application étaient remplies et le test exact de Fisher dans le cas échéant (symbolisé par £).

Les analyses étaient considérées comme significatives lorsque la valeur de p était inférieure ou égale à 0,05 correspondant à un risque de première espèce fixée à 5%.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le site internet BiostaTGV.

6. Considération éthiques

Ce travail est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche (Annexe 6).

Il appartient au registre général des traitements de l'AP-HP et porte le n°20190724220359.

Deuxième partie - Résultats

1. Description générale de la population d'étude

1.1. 1ère partie de l'étude

Au total, notre étude avait porté sur 408 dossiers obstétricaux. Parmi ces 408 dossiers obstétricaux, 129 dossiers comprenaient l'auto-questionnaire GEGA rempli et 279 dossiers ne comprenaient pas l'auto-questionnaire ou celui-ci était non rempli.

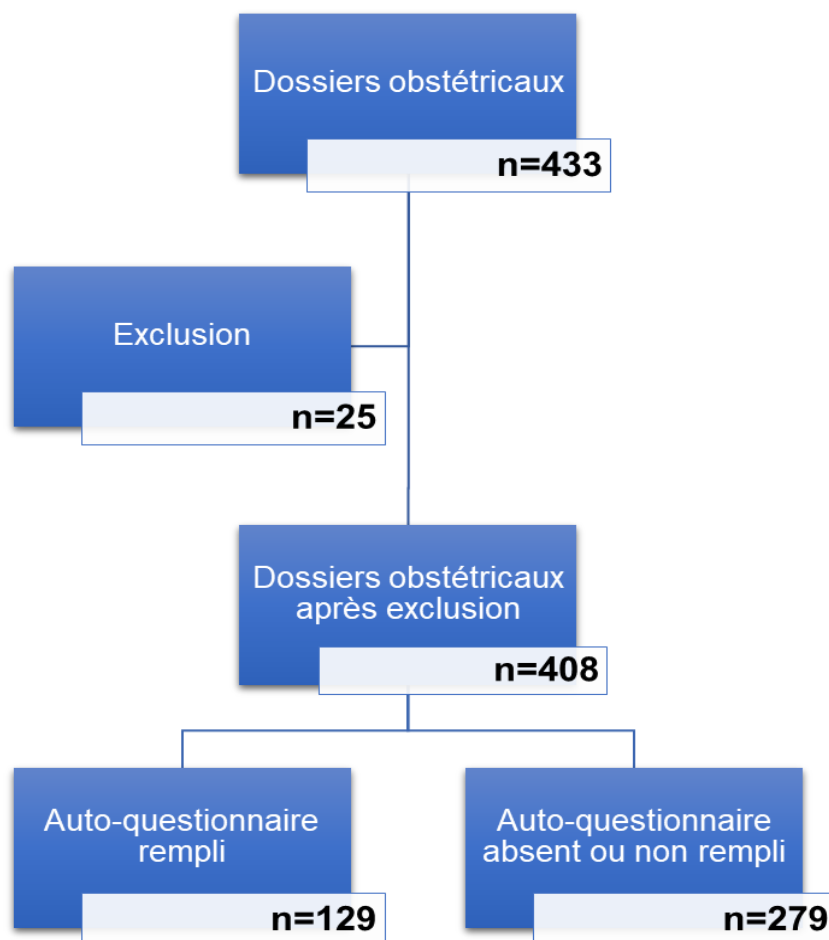


Figure 1 : Flow Chart

Dans les 408 dossiers observés, l'auto-questionnaire était présent et non rempli dans 218 dossiers. Cependant, nous n'avons pas la possibilité de savoir si le questionnaire a été donné à la patiente et ainsi non rempli par celle-ci car l'auto-questionnaire est systématiquement présent dans les dossiers obstétricaux vierges.

4.2. 2ème partie de l'étude

Nous avons interrogé en tout 37 consultants, dont 14 incluant le CC, les CCA, les PH et les PU/PH, 6 PA, 3 internes d'obstétrique, 3 internes de médecine générale, 1 SF libérale, 10 sages-femmes comprenant les sages-femmes de protection maternelle et infantile, sages-femmes hospitalières et les sages-femmes Accueil et Orientation (SFAO). (Tableau 1)

		Total
		n=37
Genre		
	Masculin	28 (75,7)
	Féminin	9 (24,2)
Age		
	≤30 ans	9 (24,2)
	Entre 31 et 35 ans	8 (21,6)
	Entre 36 et 45 ans	9 (21,6)
	>45 ans	12 (32,4)
Statut		
	CCA/PH	14 (37,8)
	SF/SFAO	10 (27,0)
	Interne obstétrique	3 (8,1)
	Interne MG	3 (8,1)
	Attaché	6 (16,2)
	SF libérale	1 (2,7)
Ancienneté à la maternité		
	<1 an	7 (18,9)
	Entre 1 et 5 ans	8 (21,6)
	Entre 6 et 10 ans	9 (24,2)
	Entre 11 et 20 ans	6 (16,2)
	>20 ans	7 (18,9)
Nombre de consultations/semaine		
	≤10 consultations	13 (35,1)
	Entre 11 et 20 consultations	12 (32,4)
	Entre 21 et 30 consultations	5 (13,5)
	>30 consultations	7 (18,9)
Nombre de première consultations/semaine		
	≤2 consultations	14 (37,8)
	Entre 3 et 5 consultations	17 (45,9)
	>5 consultations	6 (16,2)

Tableau 1: Caractéristiques des consultants interrogés par l'intermédiaire du questionnaire (étude 2)

2. Résultats

2.1. Analyse descriptive

L'auto-questionnaire est présent et rempli dans 32% des dossiers obstétricaux. Dans 22% des cas les auto-questionnaires sont présents mais non remplis. Dans 46% des cas le questionnaire est absent. Ces résultats sont difficiles à interpréter car les questionnaires sont systématiquement présents dans les dossiers vierges au moment de l'ouverture du dossier.

Ainsi, lorsqu'il est absent, nous ne pouvons pas savoir s'il a été proposé à la patiente, s'il a été expliqué puis non rempli et rendu. Lorsqu'il est présent et non rempli, nous ne pouvons pas être certains qu'il n'a pas été proposé à la femme.

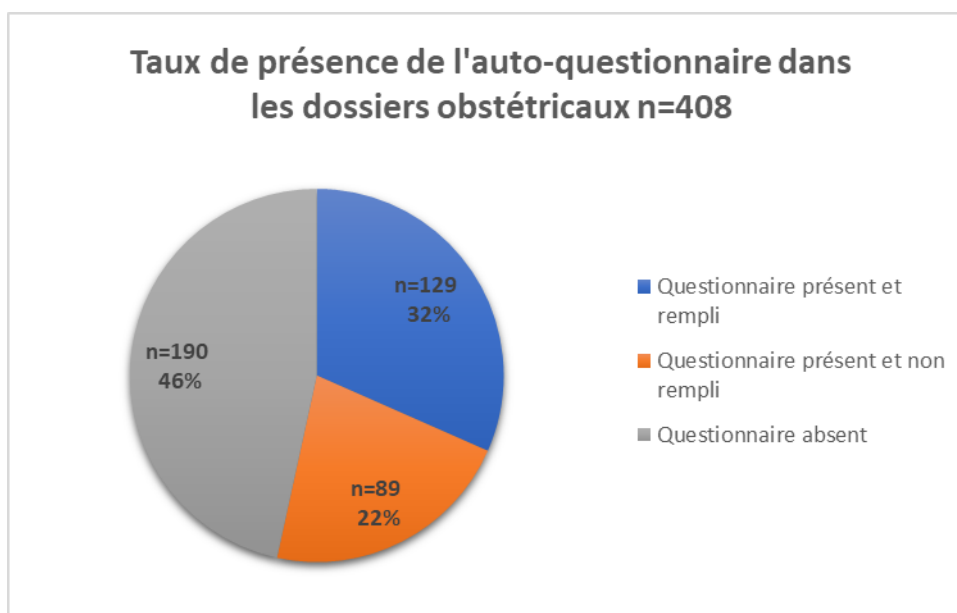


Figure 2 : Taux de présence de l'auto-questionnaire (étude 1)

Avec l'enquête auprès des consultants, 76% d'entre eux déclarent utiliser l'auto-questionnaire, ce taux est discordant avec le taux de présence de l'auto-questionnaire dans les dossiers obstétricaux.



Figure 3 : Taux d'utilisation déclarée de l'auto-questionnaire par les consultants (étude 2)

Dans le tableau 2, nous pouvons souligner que 32,4% d'entre eux récupèrent l'auto-questionnaire de façon systématique, 29,7% de manière fréquente. L'aide au dépistage des vulnérabilités est la raison évoquée de la récupération de l'auto-questionnaire pour la plus grande majorité à 82,2%.

16,2% des consultants ne récupèrent jamais l'auto-questionnaire et 5,4% peu fréquemment. La majeure partie de ces professionnels évoquent une méconnaissance de l'auto-questionnaire à 62,5%.

		Total
Récupération systématique de l'auto-questionnaire		n=37
	Tout le temps	12 (32,4)
	Très souvent	11 (29,7)
	Souvent	6 (16,2)
	Peu souvent	2 (5,4)
	Jamais	6 (16,2)
Si peu souvent ou jamais pourquoi ?		n=8
	Méconnaissance de l'existence de l'auto-questionnaire	5 (62,5)
	Ne ressent pas le besoin de l'utiliser	1 (12,5)
	Difficultés à l'utiliser	1 (12,5)
	Autre	2 (25,0)
Si tout le temps, très souvent ou souvent, pourquoi ?		n=29
	Obligation du service	5 (17,2)
	Aide au dépistage des vulnérabilités	24 (82,8)
Si utilisation auto-questionnaire, discussion des réponses avec la patiente		n=28
	Oui toujours	4 (14,3)
	Oui s'il y a des réponses évoquant des vulnérabilités	23 (82,1)
	Non	1 (3,6)
Devenir du questionnaire par la suite		n=28
	Rangé	27 (96,4)
	Jeté	1 (3,6)
Retranscription systématique des réponses dans le dossier obstétrical		n=28
	Oui toujours	3 (10,7)
	Oui s'il y a des réponses évoquant des vulnérabilités	21 (75)
	Jamais	4 (14,3)

Tableau 2: Réponses en rapport avec l'utilisation de l'auto-questionnaires des consultants (étude 2)

Nous avons voulu savoir si ce qui était renseigné dans l'auto-questionnaire était en rapport avec les éléments du dossier obstétrical Audipog. Nous pouvons voir dans le tableau 3 que le dossier obstétrical est peu souvent en rapport avec les réponses de l'auto-questionnaire. Les propositions d'orientation sont assez moyennes en ce qui concerne les violences (37,5%) et les vulnérabilités sociales (40,7%) et sont en revanche, très minimes pour les vulnérabilités psychologiques (12,2%) et les consommations de toxiques (14,2%).

	Présence d'une vulnérabilité dans l'auto-questionnaire n=129 n (%)	Dossier obstétrical en rapport n (%)	Proposition orientation n (%)
		n=90	n=90
Vulnérabilité psychologique (A)	90 (69,8)	24 (26,7)	11 (12,2)
		n=56	n=56
Consommation de toxiques (B)	56 (43,4)	25 (44,6)	8 (14,2)
		n=16	n=16
Violences (C)	16 (12,4)	7 (43,8)	6 (37,5)
		n=27	n=27
Vulnérabilité sociale et isolement (D)	27 (20,9)	16 (59,3)	11 (40,7)

Tableau 3 : Présence d'une vulnérabilité avec un auto-questionnaire rempli (étude 1)

Le tableau 4 nous montre une disparité sur le remplissage des dossiers obstétricaux des différentes vulnérabilités notamment avec un taux de remplissage à 43,4% pour les violences vs 84,4% pour les vulnérabilités psychologiques.

	Dossier obstétrical rempli n=279 n (%)	Présence d'une vulnérabilité dans le dossier obstétrical n (%)	Proposition orientation n (%)
		n=236	n=47
Vulnérabilité psychologique (A)	236 (84,6)	47 (19,9)	15 (31,9)
		n=192	n=24
Consommation de toxiques (B)	192 (68,8)	24 (8,7)	10 (41,7)
		n=121	n=20
Violences (C)	121 (43,4)	20 (16,5)	14 (70)
		n=169	n=47
Vulnérabilité sociale et isolement (D)	169 (60,6)	47 (27,8)	40 (85,1)

Tableau 4 : Présence d'une vulnérabilité dans les dossiers obstétricaux avec un auto-questionnaire non rempli ou absent (étude 1)

En comparant les tableaux 3 et 4, ci-dessus, nous pouvons remarquer que les vulnérabilités sociales et les violences sont plus repérées avec le dossier obstétrical et à l'inverse les vulnérabilités psychologiques et les consommations de toxiques seraient mieux détectées par l'auto-questionnaire.

Cependant, les propositions d'orientations sont discordantes entre les vulnérabilités détectées à l'aide de l'auto-questionnaire et celles détectées à l'aide du

dossier obstétrical. En effet, en ce qui concerne les consommations de toxiques, par exemple, le taux de proposition d'orientation est de 14,2% avec un repérage par l'auto-questionnaire vs 41,7% avec un repérage par le dossier obstétrical.

75% des consultants interrogés retranscrivent les réponses de l'auto-questionnaire si celles-ci évoquent des vulnérabilités. Cependant, en comparant avec le tableau 3, le dossier obstétrical est en rapport avec l'auto-questionnaire pour les vulnérabilités psychologiques détectées à 26,7% et au maximum à 59,3% pour les vulnérabilités sociales.

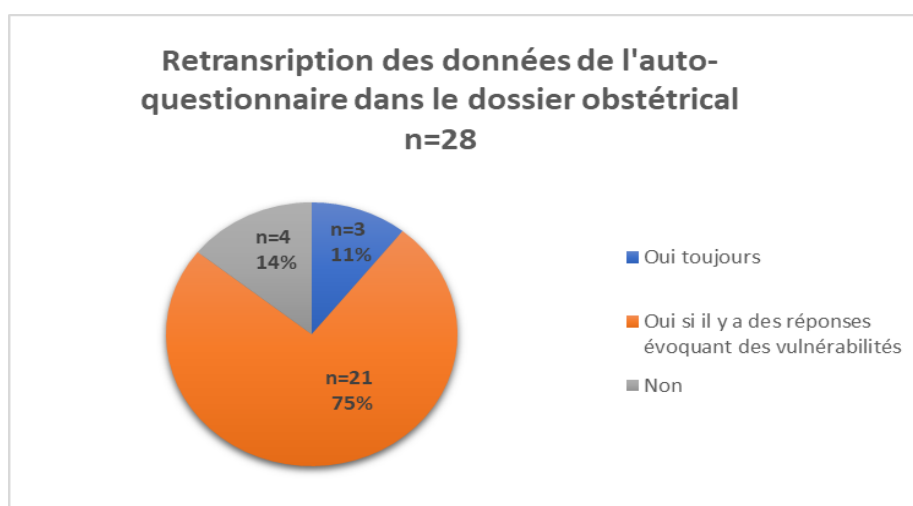


Figure 4 : Retranscription des données de l'auto-questionnaire dans le dossier obstétrical (étude2)

Les consultants disent à 70% effectuer systématiquement une proposition d'orientation s'ils repèrent une vulnérabilité. Néanmoins, les tableaux 1 et 2, nous témoignent des taux de proposition d'orientation beaucoup plus faibles avec en majeure partie des taux de proposition de prise en charge autour de 40% (avec un minimum à 12,2% et un maximum à 85,1%).

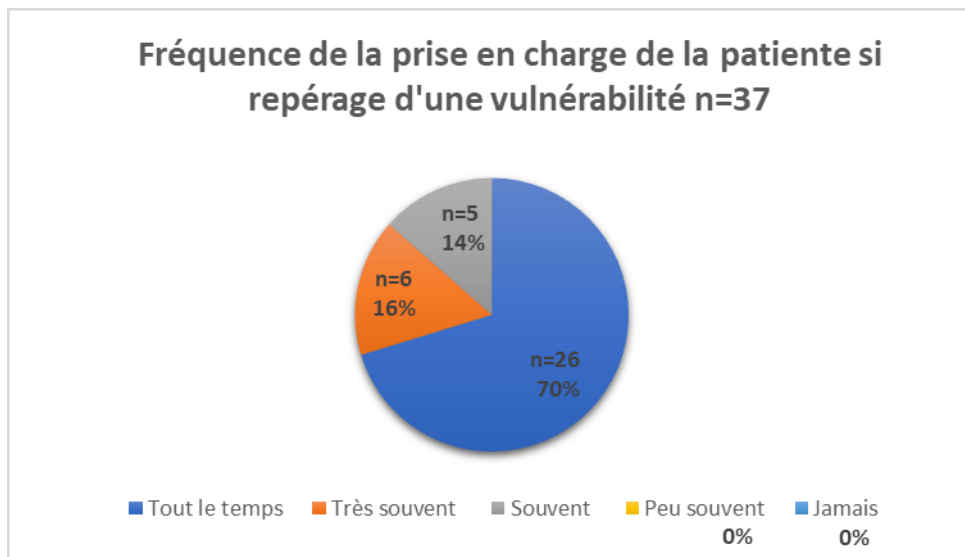


Figure 5 : Fréquence de la prise en charge de la patiente si repérage d'une vulnérabilité à l'aide de l'auto-questionnaire ou le dossier obstétrical (étude 2)

Malgré une utilisation de l'auto-questionnaire assez faible, les consultants expriment à 81% que c'est une aide au dépistage des vulnérabilités. 24% expriment que cet auto-questionnaire est indispensable pour le repérage de vulnérabilités, à ajouter que 43% le trouvent utiles. On retrouve 11% des consultants estimant que l'auto-questionnaire n'est pas une aide au dépistage et jugeant également celui-ci inutile.

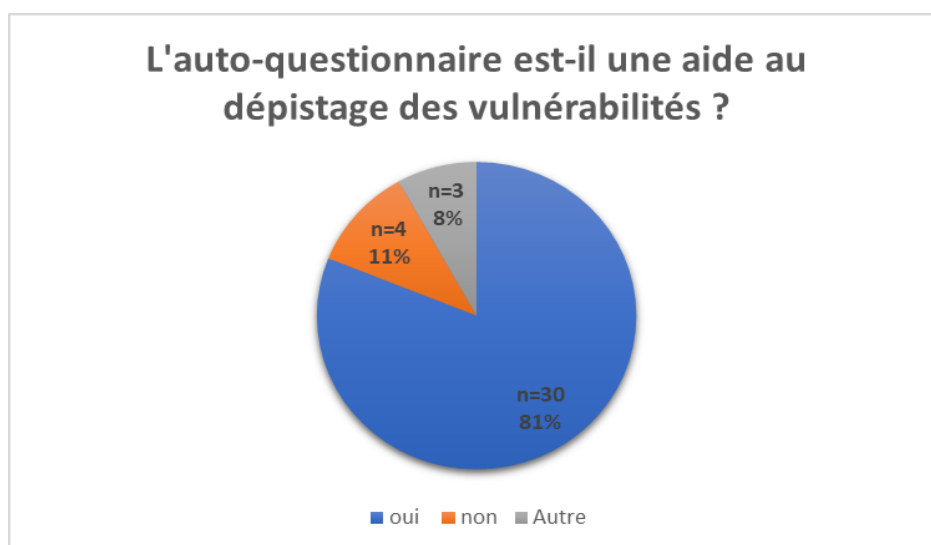


Figure 6 : Avis des consultants sur l'auto-questionnaire GEGA : aide au dépistage ? (étude 2)



Figure 7 : Avis des consultants sur l'auto-questionnaire GEGA : Trouvez-vous l'auto-questionnaire ? (étude 2)

Dans le tableau 5, nous pouvons voir les réponses des consultants par rapport à leur dépistage des différentes vulnérabilités. Le tabac est dépisté systématiquement par 100% des consultants accompagné par un large taux au niveau de dépistage systématique du cannabis et de l'alcool à 89,2% contrairement aux consommations de somnifères ou d'anxiolytiques qui ne sont jamais dépistées dans 37,8% des cas et peu souvent dans 10,8% des cas.

	Tout le temps	Très souvent	Souvent	Peu souvent	Jamais
n=37					
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Vulnérabilités psychologiques	15 (40,5)	10 (27,0)	6 (16,2)	5 (13,5)	1 (2,7)
Violences psychiques subies	14 (37,8)	6 (16,2)	7 (18,9)	6 (16,2)	4 (10,8)
Violences physiques subies	14 (37,8)	2 (5,4)	8 (21,6)	7 (18,9)	6 (16,2)
Conditions de vie	28 (75,7)	5 (13,5)	2 (5,4)	2 (5,4)	0 (0)
Soutien des patientes	13 (35,1)	4 (10,8)	7 (18,9)	6 (16,2)	7 (18,9)
Consommation de tabac	37 (100)				
Consommation de cannabis	33 (89,2)	2 (5,4)		2 (5,4)	
Consommation d'alcool	33 (89,2)	3 (8,1)			1 (2,7)
Consommation d'autres substances illicites	27 (73,0)	4 (10,8)	3 (8,1)	1 (2,7)	2 (5,4)
Consommation de somnifères ou d'anxiolytiques	12 (32,4)	4 (10,8)	3 (8,1)	4 (10,8)	14 (37,8)

Tableau 5 : Réponses du dépistage avec ou sans auto-questionnaire des différentes vulnérabilités par les consultants (étude 2)

Les réponses des consultants (Tableau 5) sont assez concordantes avec le recueil des données du dossier obstétrical (Tableau 6) en ce qui concerne le dépistage du tabac puisqu'il est absent dans seulement 1,4% des dossiers, le dépistage d'alcool avec un taux à 87,1% et un dépistage du cannabis dans 79,9%.

Dépistage des consommations	Total n=279
	n (%)
Oui, complet (tabac, alcool, cannabis et autres drogues)	193 (69,2)
Incomplet (seulement le tabac)	13 (4,7)
Incomplet (seulement le tabac et alcool)	39 (14,0)
Incomplet (seulement tabac, alcool et cannabis)	11 (3,9)
Incomplet (seulement tabac,cannabis)	19 (6,8)
Non	4 (1,4)

Tableau 6 : Recueil du dépistage des consommations dans le dossiers obstétricaux
(étude 1)

2.2. Analyse statistique

La plupart des analyses statistiques du tableau 7 sont non significatives et ainsi il n'y aurait pas de déterminants des femmes pour lesquelles on aurait proposé l'auto-questionnaire. Seulement, la différence de statut du premier consultant est significative ($p=0,000024$). Les CCA/PH et praticiens attachés utiliseraient plus fréquemment l'auto-questionnaire que les sages-femmes et les internes, de manière significative.

	Femmes avec un auto-questionnaire rempli n=129		Femmes avec un auto-questionnaire absent ou non rempli n=279		p chi2 (\$), Fisher (£)
		n (%)	n (%)		
Age					
	< 25 ans	10 (7,8)	19 (6,8)		0,873^\$
	Entre 25 et 29 ans	23 (17,8)	45 (16,2)		
	Entre 30 et 34 ans	57 (44,2)	119 (42,8)		
	≥ 35 ans	39 (30,2)	95 (34,2)		
	Non renseigné	0	1		
Pays d'origine					
	France métropolitaine	75 (63,6)	122 (54,7)		0,303^£
	Afrique du Nord	13 (11,0)	45 (20,2)		
	Afrique subsaharienne	9 (7,6)	13 (5,8)		
	Asie	11 (9,3)	17 (7,6)		
	DOM/TOM	4 (3,4)	7 (3,1)		
	Europe du Nord	3 (2,5)	12 (5,4)		
	Europe du Sud	3 (2,5)	7 (3,1)		
	Non renseigné	11	56		
Francophone					
	Francophone	106 (97,2)	221 (96,1)		0,758^£
	Non francophone	3 (2,8)	9 (3,9)		
	Non précisé	20	49		
Situation professionnelle					
	Active	87 (78,4)	185 (76,1)		0,738^\$
	Chômage	5 (4,5)	16 (6,6)		
	Non active	19 (17,1)	42 (17,3)		
	Non renseigné	18	36		
Couverture sociale					
	Sécurité sociale + mutuelle	97 (87,4)	202 (79,2)		0,380^£
	Sécurité sociale seule	5 (4,5)	17 (6,7)		
	CMU/CMUC	4 (3,6)	13 (5,3)		
	AME	1 (0,9)	11 (4,5)		
	Absence	4 (3,6)	12 (4,9)		
	Non renseigné	18	24		
Situation maritale					
	Mariée et pacsée	90 (75,6)	166 (66,1)		0,065^\$
	Célibataire	29 (24,4)	85 (33,9)		
	Non renseigné	10	28		
1er consultant					
	SF/SFAO/SF PMI/SF LIB	48 (38,1)	165 (60,0)		0,000024
	CCA/PH	58 (46,0)	66 (24,0)		
	Interne	12 (9,5)	35 (12,7)		
	Praticien attaché	8 (6,3)	9 (3,3)		
	Non renseigné	3	4		
Présence conjoint					
	oui	122 (96,1)	262 (96,3)		0,627^£
	non	5 (3,9)	10 (3,7)		
	Non renseigné	2	7		
Parité					
	nullipare	74 (57,4)	142 (50,9)		0,224^\$
	multipare	55 (42,6)	137 (49,1)		
	Non renseigné	0	0		
AG 1ère consultation					
	≤15SA	33 (26,2)	86 (31,3)		0,301^\$
	>15SA (jusqu'à 22SA+4jrs)	93 (73,8)	189 (68,7)		
	Non renseigné	3	4		
Type de grossesse					
	unique	115 (95,0)	241 (94,1)		0,722^\$
	multiple	6 (5,0)	15 (5,9)		
	Non renseigné	8	23		

Tableau 7 : Comparaison des femmes avec un auto-questionnaire rempli et des femmes avec un auto-questionnaire absent ou non rempli (étude 1)

Dans le tableau 8, Nous avons comparé le taux de chaque vulnérabilité dans les sous-groupes avec d'un côté les femmes avec un auto-questionnaire rempli et de l'autre côté les femmes avec un auto-questionnaire non rempli ou absent dont le dossier obstétrical était rempli. Nous avons retrouvé des différences très significatives en ce qui concerne les vulnérabilités psychologiques (A) et les vulnérabilités des consommations de toxiques (B). Il n'y avait pas de différence significative au sujet des violences et des vulnérabilités sociales.

	Femmes avec un auto-questionnaire rempli n=129	Femmes avec un auto-questionnaire non rempli ou absent dont le dossier obstétrical est rempli	p
	n(%)	n(%)	Chi 2
Vulnérabilité psychologique (A)		n=236	5,3x10 ⁻²¹
Présence	90 (69,8)	47 (9,9)	
Absence	39 (30,2)	189 (90,1)	
Consommation de toxiques (B)		n=192	3,5x10 ⁻¹⁰
Présence	56 (43,4)	24 (8,7)	
Absence	73 (56,6)	168 (91,3)	
Violences (C)		n=121	0,35
Présence	16 (12,4)	20 (16,5)	
Absence	113 (87,6)	101 (83,5)	
Vulnérabilité sociale (D)		n=169	0,17
Présence	27 (20,9)	47 (27,8)	
Absence	102 (79,1)	122 (72,2)	

Tableau 8 : Comparaison des taux de chaque vulnérabilité des femmes avec un auto-questionnaire rempli et des femmes avec un auto-questionnaire absent ou non rempli (étude 1)

Dans la même lignée que le tableau 8, nous avons comparé les propositions d'orientation des mêmes groupes. Ainsi, nous avons pu constater des différences significatives entre les 2 groupes pour les vulnérabilités psychologiques (A), les consommations de toxiques (C) et les vulnérabilités sociales (D) (Tableau 9).

Les propositions d'orientation étaient statistiquement plus faibles dans le groupe des femmes avec un auto-questionnaire rempli par rapport au groupe des femmes avec un auto-questionnaire non rempli ou absent.

		Femmes avec un auto-questionnaire rempli	Femmes avec un auto-questionnaire non rempli ou absent	p
		n(%)	n(%)	Chi2
Vulnérabilité psychologique (A)				
	Proposition d'orientation	n=90	n=47	0,0053
	Présence	11 (12,2)	15 (31,9)	
	Absence	79 (87,8)	32 (68,1)	
Consommation de toxiques (B)				
	Proposition d'orientation	n=56	n=24	0,0072
	Présence	8 (14,2)	10 (41,7)	
	Absence	48 (85,8)	14 (58,3)	
Violences (C)				
	Proposition d'orientation	n=16	n=20	0,051
	Présence	6 (37,5)	14 (70)	
	Absence	10 (62,5)	6 (30)	
Vulnérabilité sociale (D)				
	Proposition d'orientation	n=27	n=47	7,9x10 ⁻⁵
	Présence	11 (40,7)	40 (85,1)	
	Absence	16 (59,3)	7 (14,9)	

Tableau 9 : Comparaison des propositions d'orientation en fonction des vulnérabilités entre les femmes avec un auto-questionnaire rempli (étude 1)

Troisième partie - Discussion

1. Résultats principaux

- 129 questionnaires remplis étaient présents dans les 408 dossiers obstétricaux ce qui représente un taux de présence de 32% et nous avons retrouvé un taux de déclaration d'utilisation de 76% par les consultants.
- Les propositions d'orientation avec un repérage des vulnérabilités par l'intermédiaire de l'auto-questionnaire ou des dossiers obstétricaux étaient en grande partie faibles, pour les vulnérabilités psychologiques (A) 12,2% avec l'auto-questionnaire vs 31,9% avec le dossier obstétrical, pour les consommations de toxiques (B) 14,2% vs 41,7, pour les violences (C), 37,5% vs 70% et pour les vulnérabilités sociales (D), 40,7% vs 85,1%.

Les consultants interrogés offraient une proposition de prise en charge s'ils dépistaient une vulnérabilité à 70% de manière systématique. L'auto-questionnaire représentait une aide au repérage des vulnérabilités à 81% par les professionnels de santé interrogés et ils sont 24% d'entre eux à le considérer indispensable et 43%, utile. Les femmes qui ont attendu en salle d'attente avant leur premier rendez-vous l'ont pour certaines déjà rempli. En jetant un œil rapidement dessus, le consultant va avoir très vite une idée de la présence ou non de vulnérabilités et pourra orienter son interrogatoire de manière plus efficace. Cela représente un vrai gain de temps d'une part et permet d'aborder des sujets parfois sensibles ou tabous d'une manière plus facile. L'auto-questionnaire est parfois redondant avec certains items du dossier audipog et il se peut que certains professionnels ne pensent pas en avoir besoin pour dépister les vulnérabilités.

- La comparaison des sous-groupes avec d'une part les femmes ayant un auto-questionnaire rempli et d'un autre côté, les femmes ayant un auto-questionnaire vide ou absent ne nous montraient pas de différence significative au niveau des différentes caractéristiques des femmes, comme leur âge, leur origine, leur situation maritale, leur situation professionnelle ou bien leur couverture sociale.

Néanmoins, le statut du premier consultant de la grossesse était quant à lui significativement différent ($p < 0,000024$) dans les 2 groupes. Les CCA/PH et praticiens attachés utiliseraient plus l'auto-questionnaire que les sages-femmes ou les internes.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

Notre étude présente plusieurs forces.

Tout d'abord elle répond à une demande institutionnelle. La maternité souhaitait en effet évaluer l'utilisation de cet outil. Le dépistage des vulnérabilités est un véritable enjeu de santé publique et s'inscrit dans une démarche nécessaire pour les professionnels dans le suivi de la grossesse. Il permet de mettre en place un étayage autour des femmes vulnérables et de réaliser un accompagnement et une prévention des complications pour une mise en place de la parentalité dans les meilleures conditions possibles.

Ce type d'étude avait déjà été réalisé, cependant c'est l'une des premières fois qu'une évaluation de l'auto-questionnaire est effectuée avec une double étude.

En effet, grâce à cette double étude, nous avons la possibilité d'offrir deux perspectives d'appréciation de l'auto-questionnaire avec d'une part, une neutralité grâce au recueil de données sur les dossiers obstétricaux et d'un autre côté, un aspect plus subjectif auprès des consultants avec le questionnaire.

L'étude unicentrique nous permet d'éviter les différences de protocoles ou d'habitudes de services ou de circuit de l'auto-questionnaire.

L'enquête auprès des consultants a été réalisée par la même personne et ainsi nous dispense d'interprétations différentes des réponses au questionnaire.

Le recueil de données a été effectué par plusieurs intervenants cependant les variables de recherche étaient bien définies en amont et pour certaines variables, nous avons réalisé un guide de remplissage pour le recueil de données limitant les interprétations diverses.

2.2. Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites.

L'unicentricité de l'étude est un biais également puisqu'elle diminue la validité externe en limitant la portée de nos résultats.

Un biais déclaratif est aussi présent par l'intermédiaire de l'auto-questionnaire. En posant des questions aux consultants notamment sur leur dépistage des vulnérabilités certains ont potentiellement pu se sentir jugés et ainsi ne pas répondre de manière transparente.

Dans le recueil des propositions d'orientation, nous avons un biais de recueil de celle-ci, en effet, nous devons consulter tout le dossier obstétrical afin de rechercher une prise en charge, cependant, nous avons des chances de manquer certaines informations à la lecture si les informations retranscrites ne sont pas lisibles ou si elles ont oublié d'être lues.

Le non-recueil dans les dossiers obstétricaux du caractère simple de vulnérabilité, c'est-à-dire sans le classement en 4 catégories et simplement en regardant si une femme possède une vulnérabilité, nous a limité dans les analyses en sous-groupes. En effet, nous aurions pu comparer la prise en charge du groupe des femmes avec un auto-questionnaire rempli et celles dont l'auto-questionnaire étaient vides ou absents dans le but de rechercher s'il existait des déterminants des femmes ou du consultant sur l'orientation des patientes. En n'ayant seulement recueilli les vulnérabilités en 4 groupes, cette analyse fut impossible car les effectifs dans les différentes catégories de vulnérabilités étaient insuffisants et il nous était impossible d'effectuer ce calcul a posteriori d'une femme ayant une vulnérabilité sans qu'elle soit classée, du fait, que certaines femmes en possèdent plusieurs.

3. Discussion des résultats

3.1. Hypothèse 1

Notre première hypothèse supposait que **l'auto-questionnaire mis en place à Port-Royal était peu utilisé par les professionnels.**

Nous pouvons confirmer cette hypothèse, en effet, malgré un taux de réponse des consultants à 76% en ce qui concerne l'utilisation de l'auto-questionnaire, celui-ci n'est présent rempli qu'à 32% dans les dossiers obstétricaux. L'étude de l'auto-questionnaire réalisée à Lille (30) sur deux établissements, avait eu un taux de présence de l'auto-questionnaire rempli à 88%. Cette différence peut être expliquée par une différence de sensibilisation car nous avons recueilli les données après 3 ans et l'étude à Lille a recueilli les données dès la mise en place de l'auto-questionnaire. Néanmoins, seulement 31,4% des consultants récupèrent de manière systématique les auto-questionnaires et 29,7% très souvent. On peut expliquer cette discordance de plusieurs façons. Elle peut être due à un changement de comportement d'utilisation de l'auto-questionnaire des consultants puisqu'ils ont été interrogés entre septembre 2019 et janvier 2020 et que le recueil de données fut effectué sur les accouchements ayant eu lieu en début 2019, ce qui donne un décalage d'un 1 an environ et donc peut être un meilleur ancrage de l'auto-questionnaire dans les habitudes de services. La différence peut être également due à une surestimation de l'utilisation de l'auto-questionnaire par les consultants.

3.2. Hypothèse 2

Notre seconde hypothèse était que **les professionnels proposent l'auto-questionnaire à des patientes semblant plus vulnérables (femmes plus jeunes, niveau social plus faible, d'origine non française...).**

Nous pouvons infirmer cette hypothèse.

Avec l'analyse des 2 sous-groupes composés d'un côté les femmes avec un auto-questionnaire rempli et d'un autre côté, les femmes avec un auto-questionnaire non rempli ou absent, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative

de leurs caractéristiques comme au niveau de leur âge, leur pays d'origine, leur couverture sociale, leur situation maritale, la présence ou non du conjoint, ni a niveau de leur âge gestationnel lors de la première consultation, de leur type de grossesse ou de leur parité. L'étude de Lille (30) montrait que les patientes qui n'avaient pas d'auto-questionnaire rempli ou qu'il était absent étaient plus souvent nées à l'étranger et n'avaient pas d'activité professionnelle.

Cependant, nous avons pu souligner une différence significative du statut du premier consultant de la grossesse ($p=0,000024$) signifiant que certains professionnels utiliseraient plus l'auto-questionnaire, notamment les CCA/PH et praticiens attachés. Nous nous sommes demandé pourquoi. On peut imaginer que les internes qui sont en formation et changent de lieu tous les 6 mois aient plus de mal à s'approprier les outils de chaque établissement. Pour les sages-femmes la réponse est moins évidente. Une meilleure information de l'auto-questionnaire est peut-être réalisée auprès de ces professionnels, nous n'avons pas plus de renseignements par rapport à ce sujet.

A ajouter que le taux de présence d'une vulnérabilité psychologique et des consommations de toxiques sont significativement différents entre le repérage des vulnérabilités par l'auto-questionnaire et le dossier obstétrical. Cette valeur n'est pas étonnante car dans le repérage des vulnérabilités de l'auto-questionnaire, les questions en rapport avec les vulnérabilités psychologiques sont plus vastes (Annexe 5) avec des questions sur les inquiétudes des femmes, sur les difficultés du sommeil et également sur les troubles alimentaires ainsi si une réponse à ces questions étaient positives, nous considérons que la femme avait une vulnérabilité psychologique.

Par rapport aux consommations des toxiques, c'est la même explication qu'avec les vulnérabilités psychologiques, les questions sont plus générales au niveau des consommations et jugent plus de la qualité des réponses que de la quantité des consommations (Annexe 5). Ainsi, l'auto-questionnaire apporterait un meilleur dépistage des vulnérabilités psychologiques et des consommations de toxiques.

En ce qui concerne le taux des violences et des vulnérabilités sociales par l'auto-questionnaire ou le dossier obstétrical, il n'existe pas de différence significative. Nous pourrions l'expliquer par un dépistage plus aisé des conditions de vie des femmes et

également avec un consultant ayant un rôle important devant l'anticipation de l'arrivée d'un nouveau-né dans un foyer. Pour les violences, ceci pourrait s'expliquer par les campagnes très importantes sur ce sujet d'actualité depuis plusieurs années.

3.3. Hypothèse 3

Notre troisième hypothèse était **que les consultants ne trouvaient pas l'auto-questionnaire utile.**

Nous pouvons infirmer cette hypothèse. Malgré une présence assez faible de l'auto-questionnaire dans les dossiers obstétricaux, les consultants considèrent en grande partie que l'auto-questionnaire est utile à 43% et même indispensable pour 24% d'entre eux. La possibilité aux consultants d'avoir plusieurs méthodes de dépistages des vulnérabilités peut s'accorder avec ces pourcentages, en effet même si nous souhaitons une utilisation exhaustive de ce questionnaire, l'objectif principal est qu'un dépistage soit réalisé accompagné d'une prise en charge. Pour 11% des professionnels interrogés, le questionnaire est inutile, ce pourcentage nous montre que chaque personne est différente et ainsi, souhaite conserver leur manière de dépister.

3.4. Hypothèse 4

Notre dernière hypothèse supposait que **les vulnérabilités renseignées dans l'auto-questionnaire aboutissaient peu à une orientation vers un spécialiste.**

Nous pouvons confirmer cette hypothèse. Les propositions d'orientations restent très faibles dans le dépistage des vulnérabilités par l'auto-questionnaire avec pour les vulnérabilités psychologiques (A) seulement 12,2% de proposition de prise en charge contre 31,9% avec un repérage par le dossier obstétrical, pour les consommations de toxiques (B), 14,2% contre 41,7%, et pour les vulnérabilités sociales (D), 40,7% contre 85,1%, ce qui nous montrait des différences significatives en ce qui attrait les propositions de d'orientation entre le dépistage par l'auto-questionnaire et par le dossier obstétrical. Pour expliquer ces chiffres, nous devons réfléchir à plusieurs

situations envisageables face à ces taux faibles de prise en charge avec un repérage par l'auto-questionnaire.

Soit :

- le consultant ne repère pas la vulnérabilité à cause de difficultés d'utilisation de l'auto-questionnaire,
- le consultant repère bien la vulnérabilité et propose une orientation cependant, ne le mentionne point dans le dossier obstétrical,
- le consultant récupère l'auto-questionnaire mais ne le lit pas et réalise un interrogatoire des vulnérabilités de manière personnalisée ou à l'aide du dossier obstétrical et ne repère pas les vulnérabilités renseignées par la patiente dans l'auto-questionnaire.

La dernière situation évoquée est très délicate pour la patiente qui se confie sur certains de ces problèmes et ne reçoit pas de propositions face à des situations compliquées qu'elle vit. On peut aussi émettre l'hypothèse que le consultant ne va prendre en charge que ce qu'il a lui-même dépisté. Ainsi il aurait plus de mal à s'approprier un auto-diagnostic fait par la femme « sans lui ». Si elle s'est auto-diagnostiquée, elle pourrait se prendre en charge. Cette piste pourrait aussi être envisagée. En effet, l'auto-questionnaire permet à la femme de dire mais peut-être ne permet pas au consultant d'entendre car ce n'est pas lui qui a demandé.

4. Implications et perspectives

Notre étude est un point de départ en ce qui concerne le dépistage des vulnérabilités. Nos résultats nous montrent un défaut d'utilisation de l'auto-questionnaire mais surtout un défaut de prise en charge des patientes présentant des vulnérabilités dépistées par l'auto-questionnaire ou même par le dossier obstétrical. Il serait intéressant d'organiser de manière plus fréquente des réunions d'information par rapport à l'existence de l'auto-questionnaire mais surtout de son utilisation. Cependant, les résultats des propositions d'orientation étant assez faibles, il faut également sensibiliser les professionnels aux différentes prises en charge proposées par leur structure afin d'être le mieux armé face à diverses situations de vulnérabilité.

En effet, nous pensons qu'améliorer la connaissance du soignant sur les différentes aides à proposer aux femmes pour chacune des vulnérabilités est le pilier pour dépister le plus efficacement les femmes. Le professionnel est ainsi plus à l'aise avec les vulnérabilités et sera plus apte à aborder des questions délicates auprès des femmes enceintes et par la suite, les orienter.

Il serait intéressant que cet auto-questionnaire existe dans plusieurs langues afin d'avoir la possibilité de le distribuer à plus de patientes.

L'utilisation de l'auto-questionnaire doit être un choix du consultant cependant s'il ne l'utilise pas, il doit réaliser un interrogatoire le plus exhaustif possible, il est important de faire prendre conscience aux professionnels de santé que toutes ces différentes vulnérabilités peuvent avoir un fort impact sur la santé de la femme et sur leur grossesse.

Il faudrait peut-être effectuer un remaniement de l'auto-questionnaire afin de le simplifier en laissant uniquement les questions interrogeant les vulnérabilités psychologiques et les consommations de toxiques. Ce qui permettrait de cibler les vulnérabilités dont les taux de présence par rapport au dossier obstétrical étaient significativement supérieurs.

Une nouvelle étude est en cours à Port-Royal. Elle est basée sur le même principe de double étude à plus grande échelle mais avec un volet supplémentaire consacré à l'évaluation du ressenti des femmes vis-à-vis de l'auto-questionnaire sous forme d'entretiens dans le service des suites de couches auprès d'une soixantaine de femmes.

Conclusion

Le dépistage des vulnérabilités et leur prise en charge pendant la grossesse est un enjeu important de santé publique. Les différents plans périnataux soulignent l'importance du repérage des fragilités psycho-sociales, des conduites addictives ainsi que leur sécurité environnementale afin d'améliorer la santé des femmes et de leurs enfants.

Notre étude a permis de montrer que l'utilisation de l'auto-questionnaire était peu fréquente dans la maternité de Port-Royal, malgré une volonté d'une utilisation exhaustive.

Nous avons également constaté une faible proportion de propositions d'orientations dans le cas où une vulnérabilité était présente que ce soit avec un repérage avec l'auto-questionnaire ou avec le dossier obstétrical.

Malgré une utilisation assez rare, la majorité des consultants confirme que cet outil est une aide au dépistage des vulnérabilités et le considère en grande partie, utile.

D'autres études seront nécessaires afin d'évaluer cet auto-questionnaire dans d'autres maternités pour estimer son bénéfice puisqu'il est nécessaire que l'utilisation soit réalisée par des professionnels en accord avec celui-ci dans le but d'éviter qu'une femme expose dans l'auto-questionnaire des vulnérabilités et que celles-ci ne soient pas prise en compte par le professionnel concerné.

Bibliographie

1. HAS. Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ?. Avril 2005.
2. ARS. Ile de France. La santé périnatale en Ile de France. Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie. Mise à jour Mai 2016.
3. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Plan « Périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004.
4. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2016.
5. HAS. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005.
6. Liendle M, Formarier M. Les concepts en sciences infirmières. In. Vulnérabilité. 2ème édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers, 2012, 304-306.
7. Dayan J, Gérardin P. Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. EMC - Obstétrique, 2014;9(2):1-17.
8. D Darves-Bornoz J, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. EMC- Gynécologie-Obstétrique Psychiatrie, 2001;1-7.
9. Forray A. Substance use during pregnancy. F1000Research, 2016; 5: 887.
10. Grangé G, Berlin I, Bretelle.F, Bertholdt C, Berveiller P, Blanc J, et al. Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse—texte court. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2020;1-7.
11. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M-J, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. : Bull Epidemiol Hebd, 2018;(35-36):694-703.
12. INSERM (Paris). Alcool: effets sur la santé. 2003.
13. De Ternay J, Menecier P, Rolland B. Mésusage d'alcool : principes de repérage et d'intervention. EMC - Psychiatrie. 2020:1-13
14. Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France. 2018.

15. Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2014;121(8):971-7.
16. Davis E, Lee T, Weber JT, Bugden S. Cannabis use in pregnancy and breastfeeding: The pharmacist's role. *Can Pharm J (Ott)*. 8 janv 2020;153(2):95-100.
17. Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. *Deviance et Societe*. 2002; 26(1):105-26.
18. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Novembre 2019.
19. Insee, ONDRP, SSMSI. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 Victimization, délinquance et sentiment d'insécurité. Décembre 2019.
20. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales: état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme. Université d'Auvergne, Faculté de Médecine, 2012; 109.
21. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE (Jef). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1 août 2017;217(2):145-9.
22. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Population & Sociétés*, oct 2007;(438):p.4.
23. CNNSE. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. 2014.
24. INSERM. DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017.
25. McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L, Chang G. Risk during pregnancy—Self-report versus medical record. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1 déc 2005;193(6):1981-5.
26. Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé. Alcool et grossesse, parlons-en Guide à l'usage des professionnels. Juin 2011.
27. Einaudi M-A, Bernard O, Tardieu S. Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention: enquête de pratiques. *Sante Publique*, 25 sept 2019;Vol. 31(3):347-55.
28. Auto-questionnaire - Asso Gega [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.asso-gega.org/auto-questionnaire.htm>

29. Barthes-Fline DM, de Flandre MJ. Dépistage des situations de vulnérabilité pendant la grossesse: élaboration d'un auto-questionnaire. [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: http://www.asso-gega.org/docs/Lille_Roubaix_Maternite_Jeanne_de_Flandre_.pdf
30. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, mai 2015;44(5):433-42.
31. Chanal C, Raffier L. Repérage des vulnérabilités en maternités à l'échelle d'une région: méthode, résultats et perspectives. [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: http://www.asso-gega.org/docs/Experience_Languedoc_Roussillon.pdf

Annexes

Annexe 1: Auto-questionnaire GEGA

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> autre :		
7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> +30		
9- Fumez-vous actuellement ?		
10 - Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue ?		
11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments: tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex [®] , antidouleurs, autres ?		
13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

Annexe 2: Guide de remplissage du recueil

- Non inclusion :** TIU
- Nombre consultants différents :** ne pas compter consultations urgences
- Age :** âge début de la grossesse (DDG)
- Francophone :** Annotation dans le dossier en général seulement si non
- Classe professionnelle :** A remplir à postériori pour homogénéiser
- Précarité :** oui si,
- Mode de vie familiale (page 1) = vit seule
 - Situation familiale particulière (page 1) = mère isolée
 - Ressources de la mère (page 1) = RSA ou chômage ou aucune
 - Activité professionnelle (page 1) = chômeur ou élève/étudiant ou inactif
 - Couverture sociale (page 1) = CMU ou AME ou Aucune
 - Condition d'hébergement précaire (page 1) = oui
 - Si précision patiente SDF, 115, squat
 - Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) rapportant des éléments de précarité
- Gestité :** toute grossesse incluant IVG, FCS...
- Parité :** toute issue de grossesse > ou égal à 22SA
- Conjoint présent.e :** oui si,
- Mode de vie familiale (page 1)= vit en couple
 - Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) rapportant la présence d'un.e conjoint.e
- Non si,
- Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) détaillant l'absence de conjoint.e
- Détail présence conjoint.e :** Seulement si précision dans le dossier
- A charge :** Non si annotation dans le dossier (en général au niveau des ATCD obstétricaux)
- Dossier en rapport vulnérabilité psy :**
- Sur le plan psychologique (page 1) = une ou plusieurs des 4 cases cochées
 - ATCD (page3) = pathologies psychiatrique coché et/ou dans le détail dépression et/ou troubles anxieux et/ou TCA et/ou ATCD TS
 - Traitement médical habituel (page 3) = anti dépresseur et/ou anxiolytique et/ou somnifère
 - Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) rapportant des éléments de vulnérabilité psy
- Dossier en rapport consommations :**
- Consommation et produits toxiques (page 1) = une ou plusieurs des cases cochées

- Traitement médical habituel (page 3) = antalgiques opiacés ou benzodiazépines ou TSO
- Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) rapportant des éléments de consommation

Dossier en rapport violence :

- Sur le plan psychologique (page 1) cases cochées = maltraitance et/ou violences conjugales et/ou agression physique et/ou agression sexuelle et/ou harcèlement au travail
- Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) rapportant des éléments de violence subie

Dossier en rapport isolement/précarité :

- Mode de vie familiale (page 1) = seule
 - Situation familiale particulière (page 1) = mère isolée
 - Ressources de la mère (page 1) = RSA ou chômage ou aucune
 - Activité professionnelle (page 1) = chômeur ou élève/étudiant ou inactif
 - Couverture sociale (page 1) = CMU ou AME ou Aucune
 - Condition d'hébergement précaire (page 1) = oui
 - Si précision patiente SDF, 115, squat
 - Toute annotation dans le dossier (cst, hospit...) rapportant des éléments de précarité ou d'isolement
-

Annexe 3: Questionnaire aux consultants

Questionnaire à destination des consultants de Port-Royal

Genre :

Age :

Vous êtes :

- CCA/PH
- SF/SFAO
- Interne obst
- Interne med gé
- Attaché
- SF lib

Depuis quand travaillez-vous à la Maternité ? (en année)

Nombre de patientes/ semaine estimé :

Nombre de 1^{ère} fois/ semaine estimé :

Connaissez-vous l'auto-questionnaire GEGA comme outil de dépistage des vulnérabilités ?

- Oui
- Non

Si oui, comment l'avez-vous découvert ?

- Seul
- Information de service
- Autre

Pouvez-vous me citer les vulnérabilités que le questionnaire GEGA permet de dépister ?

Savez-vous comment il est distribué aux patientes

- Oui
- Non

Si oui, comment ?

Récupérez-vous systématiquement l'auto-questionnaire ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Si peu souvent ou jamais, pour quelles raisons ?

- Manque de temps
- Méconnaissance de l'existence du questionnaire
- Vous ne ressentez pas le besoin de l'utiliser parce que vous interrogez déjà systématiquement les patientes
- Vous ne voyez pas l'intérêt de ce questionnaire
- Vous ne voyez pas l'intérêt d'un dépistage « généralisé »
- Vous avez des difficultés à l'utiliser
- Autre :

Si tout le temps, très souvent ou souvent, pour quelles raisons ?

- Obligation du service
- Le questionnaire est une aide indispensable

Dans le cas où vous utilisez l'auto-questionnaire, discutez-vous avec la patiente de ses réponses ?

- Oui toujours
- Oui s'il y a des réponses évoquant des vulnérabilités
- Non

Que faites-vous de l'auto-questionnaire après l'avoir récupéré ?

- Rangé dans le dossier
- Jeté
- Rendu à la patiente
- Autre

Dans le cas où vous utilisez l'auto-questionnaire, retranscrivez-vous systématiquement les réponses dans le dossier obstétrical ?

- Oui toujours
- Oui s'il y a des réponses évoquant des vulnérabilités
- Non

Avec ou sans auto-questionnaire,

Dépistez-vous systématiquement sur les vulnérabilités psychologiques ?

- Tout le temps
- Très souvent

- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les violences psychiques subies ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les violences physiques subies ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les conditions de vie (hébergement, couverture sociale, travail...) ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement le soutien dont les patientes bénéficient (amis, famille...) ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les consommations de tabac ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent

- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les consommations de cannabis ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les consommations d'alcool ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les consommations d'autre substance illicite ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Dépistez-vous systématiquement les consommations de somnifères ou anxiolytiques ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Organisez-vous une prise en charge si une vulnérabilité est détectée ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Si peu souvent ou jamais, pourquoi ?

- Manque de temps
- Manque de connaissances des orientations
- Autre

Trouvez-vous l'auto-questionnaire ?

- Indispensable
- Utile
- Utile dans de rares occasions
- Inutile

Est-il une aide au dépistage des vulnérabilités ?

- Oui
- Non

Commentaires particuliers :

Annexe 4: Note d'information des consultants préalable au questionnaire

Note d'information

- ✓ Nom du responsable de traitement : Mme Cécile BETMALLE
- ✓ Finalité du traitement : Evaluer la corrélation de l'auto-questionnaire GEGA et de la prise en charge des patientes.
- ✓ Durée de conservation de mes données est de 2 ans, celles-ci seront détruites après la soutenance de mon mémoire.
- ✓ Mon travail de recherche est conforme à la loi Informatique et Libertés ainsi qu'à la réglementation européenne en matière de traitement de données dans le cadre de la recherche.
- ✓ Les sujets interrogés dans le cadre de mon travail de recherche disposent d'un droit d'accès, de modification, de suppression, de limitation ainsi que de portabilité des données.
- ✓ Tout sujet concerné par mon travail de recherche peut exercer leurs droits en s'adressant à la directrice du mémoire, au responsable de la protection des données de la maternité de Port-Royal à l'adresse suivante : protection.données.dsi@aphp.fr , ou auprès de la CNIL. L'exercice de leurs droits doit se faire dans l'ordre dicté précédemment.

Annexe 5: Auto-questionnaire GEGA avec vulnérabilités classées A, B, C et D

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).


Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.

	oui	non	
Vulnérabilités psychologiques (A)	1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
	2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
	3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
	4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
	5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...)?		
Vulnérabilités des consommations de toxiques (B)	6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> autre :		
	7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
	8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> +30		
	9- Fumez-vous actuellement ?		
	10 - Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue?		
	11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
Vulnérabilités des violences (C)	12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments: tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex®, antidouleurs, autres ?		
	13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
Vulnérabilités sociales/ isolement (D)	14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
	15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
	16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
	17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
	18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

Annexe 6: Fiche du registre général des traitements de l'AP-HP

Registre général des traitements AP-HP - CCH-2019-212 MASTER LOUIS-JEAN

Page 1 of 2

	Registre général des traitements de l'AP-HP
---	---

Entité déclarante
12 - HUPC

CCH-2019-212 MASTER LOUIS-JEAN

Traitement n°
20190724220359

Finalités

Description succincte des finalités principales et secondaires

Finalité principale : Enseignement master de sage-femme Finalité secondaire : Les vulnérabilités des femmes pendant la grossesse Etude rétrospective monocentrique

Catégorie du traitement

Prise en charge, soins

Licéité du traitement:

Le traitement est nécessaire pour l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relève de l'exercice de l'autorité publique du responsable du traitement

Formalité applicable

Engagement de conformité (MR, ARU)

Sites/PIC concernés par le traitement

2 - HUPC

Responsables de traitement

Personne morale responsable du traitement
AP-HP

Coordonnées

HUPC 27, rue du Faubourg St Jacques 75014 Paris

Responsable des opérations de traitement au sein de l'AP-HP
BETMALLE Cecile

Direction ou service de rattachement
Ecole de sages-femmes Baudelocque

Collaboration avec des sous-traitants ou des fournisseurs ?
Non

Traitement mis en oeuvre

Date de première mise en oeuvre du traitement
01/09/2019

Modification substantielle

Date de dernière modification substantielle

Durée de conservation

2 ans après soutenance du mémoire

Catégories & destinataires de données

Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Patients pris en charge à l'AP-HP		

<https://espace-collaboratif.php.fr/dsi/cil/Lists/Liste%20des%20traitements%20v2/Re...> 24/10/2019

LOUIS-JEAN Alizée

67 / 69

Mémoire pour obtenir le diplôme d'Etat de Sage-Femme

	<input type="checkbox"/> Données d'identification (civilité, nom, prénom, date de naissance, n° CNI etc.) <input type="checkbox"/> N° Identifiant du Patient (NIP/IPP/INS/Code alphanumérique) <input type="checkbox"/> Données de santé relatives à la prise en charge médico-administrative (Ex : structure d'accueil, dates de séjour, rdv de consultation...) <input type="checkbox"/> Données de santé relatives aux soins (Ex : observations médicales, comptes rendus d'hospitalisation, courriers, résultats d'examens...) <input type="checkbox"/> Habitudes de vie (mode de vie et comportement)	<input type="checkbox"/> Utilisateurs de l'application (préciser) <input type="checkbox"/> Encadrement AP-HP (préciser)
	Elève Alizée LOUIS-JEAN Directeur de mémoire Cécile BETMALLE Université Paris Descartes pour le mémoire données anonymisées	

Diagnostic conformité & sécurité des données

Diagnostic sécurité complété

Non

PIA renseigné

Non

Transfert de données hors UE envisagé

Non

Information et consentement des personnes

Type d'information

Collective

Précisions

Affichage et livret d'accueil

Recueil du consentement

Non

Autres précisions

MR 004

Pièces jointes

(ex : PIA, notice d'information, diagnostic conformité et sécurité, pièces du marché, annexes fonctionnelles et techniques, etc...)

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.