

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES

Diplôme d'Etat de sage-femme

Evaluation de l'entretien prénatal pédiatrique concernant la prématurité

Marine PERRAUD

Née le 06 décembre 1988

Directeur de mémoire : Docteur Cyril FLAMANT

Promotion 2008 – 2012

Sommaire

Introduction	1
Glossaire.....	2
PARTIE I - Généralités.....	3
I. Contexte	3
A. Définition de la prématurité	3
B. Epidémiologie de la prématurité	3
C. Facteurs de risque de la prématurité.....	3
D. Quelle prise en charge à la naissance d'un nouveau-né prématuré ?.....	4
E. Complications à distance	6
F. Prévention.....	7
II. L'obligation d'information.....	8
A. Convention des droits de l'homme et de la biomédecine	8
B. Haute Autorité de Santé (HAS).....	8
C. Le code de santé publique	10
D. Charte du patient hospitalisé.....	11
E. Code de déontologie médicale	12
F. Code de déontologie des sages-femmes	13
III. Le contenu de l'information.....	14
IV. Place de l'entretien prénatal à l'étranger	17
PARTIE II - Etude.....	18
I. Sens de l'étude	18
II. Objectifs	18
III. Matériels et méthode.....	18
IV. Analyse statistique	20
V. Résultats.....	20
A. Caractéristiques générales de la population étudiée	20
a. Les parents	20
b. Types de grossesse	22
c. L'entretien prénatal	23
d. Les nouveau-nés.....	28
B. Informations délivrées par le pédiatre.....	30

C.	Analyse de l'entretien prénatal au décours immédiat de l'accouchement	36
a.	Données générales	36
b.	Perception de l'entretien par les mères.....	37
c.	Evaluation de la satisfaction des patientes	40
d.	Evaluation des informations transmises	44
D.	Analyse de l'entretien prénatal à l'issue de l'hospitalisation en néonatalogie	48
PARTIE III - Discussion		54
I.	Analyse des résultats.....	54
A.	Terme de réalisation de l'entretien	54
B.	Répartition des entretiens en fonction des mois.....	54
C.	Un nombre restreint de patientes bénéficie de cet entretien.....	54
D.	Les patientes qui bénéficient de cet entretien sont satisfaites	55
a.	Facteurs de satisfaction.....	55
b.	Les insatisfactions.....	55
E.	Les informations fournies.....	56
F.	Perception de l'entretien par les femmes.....	56
G.	Les attentes des femmes	57
H.	L'évolution des enfants	57
II.	Limites de l'étude	57
A.	Nombre de réponses.....	57
B.	Méthode.....	58
III.	Comparaisons à d'autres études	59
IV.	Propositions.....	59
A.	Proposition organisationnelle	59
B.	La formation des sages-femmes	60
Conclusion		61
Bibliographie		62
Annexes		66
A.	Grille de critères	66
B.	Questionnaire n° 1	67
C.	Questionnaire n° 2	71
D.	Informations recueillies dans les dossiers	73

Introduction

La très grande majorité des femmes enceintes ne perçoit des contractions qu'en fin de grossesse. Cependant un nombre restreint d'entre elles les ressent très précocement, ce qui peut conduire à la naissance d'un enfant prématuré. Par ailleurs, certaines situations à risque maternel, foetal ou obstétrical peuvent également être à l'origine d'une prématurité consentie. Le plus souvent, ces femmes sont extrêmement angoissées pour leur(s) bébé(s). Dans la plupart des cas, elles ne connaissent ni les chances de survie de leur enfant, ni les complications ou les traitements existants.

Dans un premier temps, il revient aux sages-femmes de donner un avis éclairé à ces patientes sur les risques encourus pour leur(s) futur(s) bébé(s), en fonction du terme de leur grossesse. Habituellement, il est proposé à ces patientes de rencontrer un pédiatre afin d'obtenir des informations plus précises quant à la prise en charge au moment de la naissance du nouveau-né. Cette information réalisée avant la naissance est nécessaire pour ces patientes en détresse. Cependant, les professionnels de santé s'interrogent sur la pertinence de cet entretien et se demandent notamment comment ces informations peuvent être reçues.

Le but de ce mémoire est donc d'évaluer l'entretien prénatal pédiatrique et la satisfaction des patientes vis-à-vis de cet(ces) entretien(s) prénatal(s), de savoir ce qu'elles en retiennent et l'impression qu'elles en ont gardée.

Tout d'abord, nous poserons le contexte général de l'étude puis nous traiterons de l'obligation d'information due aux patientes ainsi que du contenu de l'information délivrée.

Nous nous intéresserons ensuite aux résultats de l'étude menée auprès des pédiatres et des patientes ayant accouché prématurément. Enfin, nous discuterons de ces résultats.

Glossaire

SA : Semaine d'Aménorrhée

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

NFS : Numération Formule Sanguine

CRP : Protéine C Réactive, marqueur d'inflammation et d'infection

MMH : Maladie des Membranes Hyalines

DBP : Dysplasie Broncho-Pulmonaire

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure, ventilation en pression positive continue

IMOC : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

Spastique : Hypertonie (tension musculaire d'un muscle au repos augmenté) et exagération des réflexes ostéotendineux

Dyskinétique : Trouble de l'activité motrice

Ataxique : Trouble de la coordination des mouvements

MPC : Mental Processing Composite score (test de QI standardisé)

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

HAS : Haute Autorité de Santé

GHR : Grossesse à Haut Risque

PARTIE I - Généralités

I. Contexte

A. Définition de la prématurité

Un prématuré est un nouveau-né né avant 37 Semaines d'Aménorrhée (SA). On parle de grande prématurité si la naissance a lieu avant 33 SA et d'extrême prématurité si celle-ci a lieu avant 28 SA (1). La loi permet de déclarer à l'État civil tout enfant né vivant de plus de 22 SA ou de plus de 500g. Toutefois, en France, la quasi-totalité des équipes de pédiatres réanimateurs s'accorde pour ne pas réanimer des nouveau-nés de moins de 24 SA (2), compte tenu du pronostic extrêmement péjoratif à ce terme.

B. Epidémiologie de la prématurité

Aujourd'hui, on estime que 7,4 % (3) des nouveau-nés naissent prématurément en France et 1,6 % naissent avant 33 SA (4).

Ceci représente 55 000 à 60 000 naissances tous les ans en France. Au CHU de Nantes, il y a eu 447 naissances prématurées en 2010.

La survie des prématurés dépend en grande partie de l'âge gestationnel à la naissance. Dans une étude multicentrique européenne publiée en 2008, la mortalité des enfants nés entre 24 et 27 SA était de 36,3 % tandis que celle des prématurés nés entre 28 et 31 SA n'était que de 5,2 % (5).

C. Facteurs de risque de la prématurité

Deux grands processus conduisent à une naissance prématurée en dehors de la prématurité consentie : la rupture prématurée des membranes et le travail prématuré spontané (7).

Parmi les facteurs de risque de rupture prématurée des membranes, on retrouve ceux qui sont liés à l'état de l'œuf, c'est-à-dire : les grossesses multiples (risque augmenté de 3 à 4 fois par rapport à une grossesse singleton), les hydramnios, les anomalies placentaires (placenta prævia ou hématome rétro placentaire) et les métrorragies du deuxième et troisième trimestre.

Parmi les facteurs de risque de mise en travail spontané prématuré, on retrouve ceux qui sont liés à des anomalies de l'utérus, c'est à dire dus à des malformations congénitales du col ou de l'utérus, à des béances cervico-isthmiques, à la présence d'un fibrome volumineux ou de synéchies étendues. On retrouve également des facteurs de risque liés à l'état maternel : si la femme a déjà accouché prématurément, si la patiente a déjà fait une fausse couche tardive ou bien encore si elle est issue d'un milieu social défavorisé et si elle ne bénéficie pas de soins

prénataux suffisants. Pour la grossesse en cours, les infections (infection générale, urinaire, vaginale ou parodontale) sont d'autres facteurs de risque d'accouchement prématuré.

Cependant, dans une proportion élevée de cas, aucun facteur de risque n'est retrouvé.

Dans certains cas, il est préférable de décider de la naissance pour une raison médicale maternelle ou fœtale. C'est la prématurité induite. Ceci peut être le cas pour les pré-éclampsies, les Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) sévères, les hémorragies maternelles...

D. Quelle prise en charge à la naissance d'un nouveau-né prématuré ?

Si la Menace d'Accouchement Prématuré (MAP) a lieu à **24 SA**, il faut décider ou non d'un transfert in utero vers une maternité de niveau 3. En effet, à 24 SA se pose la question d'une prise en charge active du nouveau-né, qui est à discuter avec les parents (8).

En France, depuis le décret de périnatalité de 1998 (9 et 10), les maternités sont classées selon des niveaux qui correspondent à leur capacité de prise en charge des nouveau-nés. Les décrets ne précisent toutefois pas les caractéristiques des nouveau-nés nécessitant un type de maternités particulier. Ces critères ont été définis au niveau régional, un nouveau référentiel a été récemment publié (11) :

Maternité de type 1 : sans néonatalogie, prise en charge des parturientes à 36 SA et au-delà, concerne des nouveau-nés de plus de 2000g, la maternité de la clinique BRETECHE de Nantes en est un exemple.

Maternité de type 2 A : avec néonatalogie mais poids > 1600g et âge gestationnel \geq 34 SA, polyclinique de l'Atlantique ou la clinique Jules VERNE par exemple.

Maternité de type 2 B : avec néonatalogie mais poids > 1200g et âge gestationnel \geq 32 SA, c'est par exemple le centre hospitalier de Saint Nazaire.

Maternité de type 3 : avec réanimation néonatale poids < 1200g et âge gestationnel \leq 32 SA, la maternité du CHU de Nantes est un exemple.

Entre 25 et 26 SA : La politique de prise en charge varie d'un établissement hospitalier à l'autre. Au CHU de Nantes, la pratique va vers une prise en charge à ce terme sauf si les parents s'y opposent ou si une pathologie fœtale est surajoutée.

Au-delà de 26 SA : Tous les prématurés bénéficient d'une prise en charge active.

Pour tout prématuré, chaque fois que possible, un transfert in utero sera réalisé vers une maternité de niveau 2 ou 3 en fonction de l'âge gestationnel et on réalisera une corticothérapie anténatale (Célestène chronodose 12 mg, 2 injections à 24h d'intervalle) qui a un effet bénéfique sur la maturation pulmonaire et réduit la mortalité néonatale ainsi que l'incidence des lésions cérébrales (12).

En salle de naissance, une fois l'enfant né, il faut se préoccuper du maintien de la température corporelle. La rampe chauffante présente en salle de naissance doit être allumée avant la naissance et il faut sécher le nouveau-né prématuré rapidement mais sans frotter pour ne pas ôter le vernix. Une fois les premiers soins urgents effectués, le nouveau-né sera placé en incubateur qui pourra être muni d'une sonde thermique, dans le cas contraire, une surveillance régulière de la température s'impose. Le port du bonnet évite aussi une partie des déperditions thermiques.

Ensuite, le nouveau-né sera transféré dans une unité de néonatalogie ou de réanimation. Les infections sont des causes fréquentes de prématurité. S'il s'avère que c'est la cause de l'accouchement prématuré, on réalisera des prélèvements bactériologiques (placentoculture, liquide gastrique, hémoculture, voire ponction lombaire) et biologiques (Numération Formule Sanguine (NFS) et Protéine C Réactive (CRP) et Procalcitonine (PCT)) et on débutera une antibiothérapie par voie parentérale. En effet, tous les prématurés sont sensibles aux infections, le transfert d'immunoglobulines d'origine maternelle étant insuffisant et les barrières naturelles de l'organisme comme la peau et les muqueuses étant plus fines et plus perméables aux germes que chez le nouveau-né à terme.

Après la naissance, il faudra assurer une ventilation et une oxygénation correctes. Les risques sont : la Maladie des Membranes Hyalines (MMH) qui est due à un manque de surfactant qui entraîne un collapsus alvéolaire, et la Dysplasie Broncho-Pulmonaire (DBP). Pour lutter contre la MMH, il faut apporter une pression expiratoire positive qui va permettre de lutter contre le collapsus alvéolaire. Deux moyens sont possibles : soit la CPAP (cf. glossaire p.2) qui est une ventilation nasale, soit en ventilation mécanique après intubation (13). On apporte également du surfactant d'origine animale par voie intra-trachéale. La DBP est la principale séquelle respiratoire des grands prématurés et se caractérise par la nécessité d'une supplémentation prolongée en oxygène. La DBP est une pathologie très dépendante des facteurs environnementaux et apparaît comme la séquelle finale d'agressions multiples, anté ou postnatales, sur un poumon immature. Les supports thérapeutiques nécessaires à la survie de l'enfant prématuré, oxygénothérapie et ventilation mécanique, constituent paradoxalement les principaux facteurs d'agression du grand prématuré.

Un monitoring cardio-respiratoire permet de dépister des apnées qui surviennent le plus souvent avant 32 SA. Un traitement par de la caféine est systématiquement administré avant 30 SA.

La naissance prématurée est un facteur de risque de non-fermeture du canal artériel. La persistance du canal artériel est suspectée devant un souffle cardiaque. On la met en évidence à l'aide d'une échographie cardiaque. Le traitement consiste à fermer le canal, soit chimiquement (anti inflammatoires non stéroïdiens), soit chirurgicalement.

Il est également nécessaire de prévenir les hypoglycémies, soit par perfusion intraveineuse de glucosé si une alimentation précoce n'est pas possible (en cas de détresse respiratoire par exemple), soit par alimentation par sonde en s'assurant d'une bonne tolérance digestive (14).

L'immaturation digestive impose une alimentation parentérale qui doit être chaque fois que possible un complément de l'alimentation entérale. La surveillance de la tolérance digestive est nécessaire, le risque étant l'entérocolite ulcéronécrosante dont le traitement nécessite une antibiothérapie et parfois la réalisation d'une stomie. Cette pathologie digestive est encore parfois mortelle. La surveillance consiste donc en la recherche de tout ballonnement abdominal, de circulation abdominale collatérale, de résidus verdâtres ou d'émission de sang dans les selles.

L'ictère est plus fréquent chez l'enfant prématuré compte tenu de l'immaturation hépatique : il faudra le surveiller et le traiter si besoin par photothérapie.

Les carences vitaminiques sont prévenues par l'administration précoce de vitamine D et d'un contrôle de la calcémie à 2 jours de vie. Les anémies sont prévenues par une supplémentation en fer et parfois en foldine.

E. Complications à distance

Chez le prématuré on peut observer des séquelles sensorielles notamment visuelles et auditives. La rétinopathie du prématuré peut entraîner une cécité, c'est pourquoi un fond d'œil est réalisé de manière systématique chez tous les prématurés de moins de 32 SA et les nouveau-nés ayant nécessité une ventilation prolongée. Chez ces nouveau-nés, un dépistage auditif est également systématique (recherche d'otoémissions acoustiques)(14).

Ces enfants ayant aussi un risque de séquelles neuro-développementales (Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC), déficit cognitif) on réalise régulièrement des échographies trans-fontanellaires (à la recherche d'hémorragie intraventriculaire ou de leucomalacie périventriculaire) et des électroencéphalogrammes. Cependant, même si l'examen est normal, on ne peut pas être certain que l'enfant aura un développement normal et inversement, même

si l'examen est pathologique, l'enfant peut tout de même présenter un développement normal (15). Les troubles moteurs peuvent se présenter sous la forme de diplégie, quadriplégie ou hémiplégie ou encore de troubles du mouvement spastique, dyskinétique ou ataxique. 8% des prématurés nés entre 24 et 28 SA ne peuvent pas marcher (35). Le retard cognitif touche 21 % des prématurés nés à 28 SA qui ont un Mental Processing Composite score (MPC) < 70. Chez les prématurés de moins de 28 semaines, toutes les études retrouvent des taux élevés de difficultés d'apprentissage (13).

F. Prévention

La lutte contre la prématurité est un objectif majeur de santé publique compte tenu de la morbidité associée. Pour chaque patiente, il convient donc de rechercher les facteurs de risque potentiels d'accouchement prématuré.

Pour les patientes ayant un antécédent d'accouchement prématuré, il est conseillé de réaliser, avant la grossesse, une hystérogrophie ; en début de grossesse, un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) et une NFS ; ainsi que, vers 14 SA, un prélèvement vaginal à la recherche de la vaginose bactérienne. Ces examens sont effectués dans le but de dépister une infection, qui comme mentionné auparavant est une cause fréquente de prématurité. Si une infection est dépistée, un traitement peut alors être mis en place.

Un suivi régulier de la grossesse est nécessaire pour dépister toute menace d'accouchement prématuré. S'il y a un signe d'appel sur l'examen clinique du col, on peut être amené à réaliser une échographie du col pour évaluer sa longueur, son ouverture et pour dépister une éventuelle protrusion des membranes. Les consultations peuvent aussi parfois amener les professionnels à dépister des ruptures prématurées des membranes. En cas de doute, il existe plusieurs tests permettant de dépister une rupture prématurée des membranes.

En cas de béance cervicale, un cerclage peut s'avérer nécessaire.

Il est également important de s'enquérir des conditions de travail des femmes pour éventuellement limiter les longs trajets, améliorer les conditions de travail et dans les situations sévères, établir un arrêt de travail.

II. L'obligation d'information

Lors d'une MAP, il est important d'informer les futurs parents des risques encourus pour leur nouveau-né en cas de naissance prématurée. C'est non seulement une obligation légale, mais surtout une nécessité humaine et un devoir éthique. Du point de vue éthique, aucune décision médicale ne peut être justifiée sans une prise en compte des 4 principes de l'éthique biomédicale que sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Le principe d'autonomie affirme que chaque patient est une personne autonome et donc capable de faire des choix et de prendre des décisions. Le principe de bienfaisance vise à assurer le bien-être des personnes ce qui implique, pour les professionnels de santé, une évaluation des bénéfices et des risques des différents actes de soins pour la personne concernée. Le principe de non-malfaisance est le fait de ne pas nuire au patient. Enfin le principe de justice consiste à ne pas faire de discriminations (17). Dans notre situation, c'est surtout le principe d'autonomie qui est mobilisé car pour prendre une décision ou bien consentir aux soins pour leur futur enfant, cela suppose que les parents soient suffisamment conscients, libres et informés.

A. Convention des droits de l'homme et de la biomédecine

C'est le premier texte qui affirme l'obligation d'informer un patient dans un contexte de soins. Le chapitre 2, article 5 affirme le principe du consentement (18) :

« Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé ».

La convention précise cependant que cet article ne s'applique pas aux situations d'urgence.

Le chapitre 3, article 10 précise aussi que la personne concernée peut toujours refuser d'être informée.

B. Haute Autorité de Santé (HAS)

En mars 2000, la HAS publie un texte : « Information des patients, recommandations destinées aux médecins » (19). Ce texte réaffirme la nature de l'information qui doit être délivrée au patient.

« L'information donnée par le médecin au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui lui sont proposés. »

L'information peut être donnée soit oralement soit avec l'aide d'un document écrit. Dans tous les cas, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité affirmés par la HAS :

« 1°- être hiérarchisée et reposer sur des données validées ;

2°- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale ;

3°- être compréhensible. »

Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de sa proposition.

Ce texte affirme la primauté de l'information orale :

« Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur. »

Puis la HAS énonce la nécessité d'évaluer l'information délivrée aux patients :

« L'information donnée aux patients doit être évaluée.

VI.1. Évaluation de la satisfaction des patients.

La satisfaction des patients à l'égard de l'information orale et des documents écrits doit être appréciée. En particulier, il faut en tenir compte dans l'actualisation des documents existants et dans l'élaboration des nouveaux documents.

VI.2. Évaluation des pratiques

Une évaluation régulière des pratiques mérite d'être mise en place. Elle est fondée :

- sur des enquêtes auprès des patients afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière ;
- sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux afin de vérifier, entre autres, que l'information y figure. »

C. Le code de santé publique

Ce n'est qu'en 2002 avec la loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, que l'autonomie du patient trouve en France une véritable reconnaissance juridique (20) :

Article L 1111-4 :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. (...)

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. (...)

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.»

La loi précise que, dans le cas des mineurs, l'information doit être délivrée aux titulaires de l'autorité parentale :

Article L 1111-2 :

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. (...)

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Elle précise également que dans certains cas on peut passer outre le consentement des titulaires de l'autorité parentale :

Article L 1111-5 :

« Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure »

En ce qui concerne la fin de vie, les nouveau-nés ont les mêmes droits que les personnes adultes :

Article L1110-9 :

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. »

La loi dite LEONETTI du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie précise :

Article L1110-10 :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Article L1111-13 :

« Lorsqu'une personne,(...) est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical. (...) »

D. Charte du patient hospitalisé

Cette charte reprend les grands principes énoncés par la loi du 04/03/2002 tout en les détaillant un peu plus (21).

« Chapitre 3 : L'information donnée au patient doit être accessible et loyale

Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.

Chapitre 4 : Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son consentement préalable. »

E. Code de déontologie médicale

L'information doit être non seulement honnête et intelligible mais aussi adaptée à la situation propre de la personne soignée.

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) (20) :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. »

L'information des titulaires de l'autorité parentale est obligatoire afin d'obtenir le consentement aux soins.

Article 42 (article R.4127-42 du code de la santé publique) :

« Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. (...) Le médecin qui soigne un enfant doit une information loyale et précise aux parents et titulaires de l'autorité parentale. Leur consentement lui est nécessaire pour agir (art. 36). »

Cependant même si les titulaires de l'autorité parentale refusent les soins, le médecin possède toujours une possibilité de dispenser des soins nécessaires.

Article 43 (article R.4127-43 du code de la santé publique) :

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

F. Code de déontologie des sages-femmes

La sage-femme a également le devoir d'informer la famille à propos des risques encourus par le nouveau-né si une menace d'accouchement prématuré est réelle (20).

Article R.4127-332 :

« La sage-femme qui juge que la vie de la mère ou de l'enfant est en danger imminent au cours de l'accouchement ou de ses suites doit prévenir la famille ou les tiers désignés par la patiente afin de lui ou de leur permettre de prendre les dispositions qu'ils jugeront opportunes. »

C'est à la sage-femme de juger si l'entretien prénatal est nécessaire, c'est à elle de faire appel ou non au pédiatre (20) :

Article R.4127-315 :

« Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés. »

Article R.4127-325 :

« (...) la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige. »

III. Le contenu de l'information

Au CHU de Nantes, l'entretien prénatal est réalisé, le plus souvent, à la demande des sages-femmes. Lorsqu'une patiente est susceptible d'accoucher prématurément et que cette patiente souhaite être informée des risques pour son enfant, la sage-femme avertit le pédiatre qui selon la situation (urgente ou non), se déplacera plus ou moins rapidement pour expliquer les enjeux de la prématurité. Dans le cas des patientes hospitalisées et stables, le pédiatre peut même parfois fixer un rendez-vous avec la patiente.

Le principal objectif de cette information est surtout de permettre au pédiatre de se présenter au nom de l'équipe de néonatalogie mais également de recueillir le consentement de la patiente afin de pouvoir effectuer les actes médicaux en toute légalité.

Cependant, chaque pédiatre expose les informations de manière différente et s'adapte à la situation selon le terme auquel est réalisé l'entretien. Chaque entretien est donc différent. Par exemple, en cas de contexte d'extrême urgence, on s'adapte à la situation en limitant le contenu de l'information à des données essentielles.

Dans la mesure du possible, l'entretien doit se dérouler dans un lieu calme, sans être dérangé. Les parents doivent ressentir que le médecin a du temps à leur accorder. Il est important de bâtir une relation de confiance avec les parents, afin que ceux-ci se sentent appuyés par l'équipe médicale. Ils ne doivent pas se sentir jugés. Leurs peurs et leurs souffrances doivent être acceptées. Pour que l'entretien soit le plus adapté au patient, on peut commencer par se renseigner sur le contexte familial, chercher à savoir quelle est l'expérience de la famille en matière de prématurité et de handicap (22). Le médecin s'attache à s'enquérir des émotions, des croyances, des valeurs et des souhaits de la famille. A ce stade, le médecin peut expliquer aux parents qu'il comprend la situation générale, ceci aide à établir une relation de confiance. Lorsque le père est absent, il est rare qu'une autre personne assiste à l'entretien avec la mère.

Le pédiatre peut rassurer en disant qu'il sera présent en salle de naissance au moment de la naissance et qu'il sera prêt à prendre en charge l'enfant.

L'entretien vise à présenter les différentes possibilités thérapeutiques. Il est important d'expliquer que l'attitude thérapeutique dépendra de l'état clinique de l'enfant à la naissance et qu'il est parfois incertain d'autant plus que le terme est précoce. Dans certains cas, on peut donc être amené à réaliser des gestes de réanimation immédiats et l'évaluation neurologique sera quant à elle différée. Dans certaines situations, en particulier en limite de viabilité (24-25 SA), l'entretien par le pédiatre est fondamental. Il permet de délivrer une information éclairée du

pronostic et recueillir l'avis des parents sur les décisions de prise en charge active (totale, partielle ou nulle). On parle alors de limitation de soins actifs et on se contente de soins de confort. Dans le cas d'un terme plus avancé, il faut convaincre les parents d'accepter les soins intensifs s'ils s'avèrent nécessaires.

Le pédiatre expose ensuite les différentes possibilités thérapeutiques adaptées à la situation en détaillant les soins qui seront nécessaires à la prise en charge immédiate du nouveau-né : intubation, ventilation, surfactant, pose de perfusion périphérique ou par voie centrale. Il est parfois possible de donner une idée du temps d'hospitalisation nécessaire pour l'enfant.

Concernant le contenu de l'information, il semble nécessaire d'exposer les risques importants associés à la prématurité sans toutefois les détailler de manière excessive et éviter ainsi des conséquences délétères sur le psychisme des parents (par exemple un deuil anticipé). Il semble important de parler des chances de survie, de l'état possible de l'enfant à sa naissance. Il convient de discuter du pronostic sans obligatoirement donner des chiffres (23). Certains pédiatres préfèrent ne pas donner de chiffres et emploient des formules telles que « nous sommes aux frontières de la viabilité », « nous observons à ce terme un fort taux de séquelles » ou « chaque semaine gagnée augmente les chances pour votre enfant »... Tandis que d'autres n'hésitent pas à dire « votre enfant à 50% de chance de survivre ». Parfois, les chiffres permettent aux parents de réaliser la gravité de la situation ou parfois de les inquiéter plus que nécessaire. Dans tous les cas, il faut expliquer la situation aux parents avec des mots simples. Lorsqu'il y a des incertitudes, il est préférable d'en informer les parents.

Les parents doivent pouvoir poser leurs questions et exprimer leurs souhaits. Le dialogue doit faire parvenir à une situation de consentement, libre et éclairé, tout en essayant d'aboutir à une décision partagée. Cette décision partagée permet de limiter une implication trop importante des parents et/ou de limiter leur possible sentiment de culpabilité.

Il faut expliquer que les décisions prises lors de cet entretien sont valables à cet instant mais sont à reconsidérer en fonction du terme.

On peut ensuite essayer de s'assurer de la bonne compréhension des parents en leur demandant d'expliquer ce qu'ils ont compris avec leurs propres mots. Si besoin, le médecin peut alors nuancer ou modifier certains points.

Les parents doivent sentir que l'information qui leur est délivrée est adaptée à leur propre enfant et non pas à un prématuré en général. L'information doit donc être adaptée au terme de la grossesse mais également à la situation clinique (RCIU, suspicion de chorioamniotite, pré-éclampsie...).

L'information délivrée doit être cohérente entre tous les professionnels de santé, c'est-à-dire entre l'équipe obstétricale et le pédiatre. Il est utile qu'elle soit reprise par plusieurs membres de l'équipe soignante tout au long du séjour de la mère. Le rôle de la sage-femme est alors primordial pour apporter des compléments d'information si besoin ou bien pour avertir l'équipe pédiatrique d'une mauvaise compréhension des informations et qu'il serait donc préférable de renouveler l'entretien. Son rôle est également de savoir ce qui a été dit par le pédiatre pour pouvoir transmettre ces informations au reste de l'équipe obstétricale.

Au CHU de Nantes, il existe un staff entre les pédiatres, les gynécologues obstétriciens ainsi que les sages-femmes, permettant notamment de discuter des informations qui ont été délivrées ou qui sont à délivrer aux patientes à risque d'accouchement prématuré.

Pour compléter l'information reçue par le pédiatre, les patientes peuvent si elles le souhaitent, visiter le service de néonatalogie. Au CHU de Nantes, cette visite s'effectue en compagnie du psychologue.

IV. Place de l'entretien prénatal à l'étranger

Dans les pays anglophones, cet entretien prénatal prend le nom de « antenatal counseling » ou « prenatal counseling » et « decision making ». Des publications concernant cet entretien sont retrouvées lorsqu'il concerne des VLBW (Very Low Birth Weight), c'est à dire de très petits poids de naissance (< 1501 g). De même qu'en France, l'information prénatale met en jeu différentes considérations éthiques, morales, légales, sociales, religieuses et complique les décisions de soins intensifs néonataux. Une étude américaine (33) a comparé la perception des parents vis-à-vis des conseils et des processus de décision de soins des nourrissons de très faible poids de naissance dans 7 villes différentes : San Francisco (Etats-Unis), Tokyo (Japon), Kuala Lumpur (Malaisie), Singapour, Hong-Kong, Taiwan (Chine) et Melbourne (Australie). Il en est ressorti que les attentes des parents sont différentes selon les pays et que certains critères sont plus ou moins abordés par les médecins en fonction des coutumes locales, des attentes sociétales et des normes culturelles. Dans tous les pays, les parents ont trouvé que le handicap et la mort ont été discutés dans leur juste mesure. A Tokyo et Melbourne, les parents trouvaient que la douleur n'était pas assez discutée. A Melbourne, les parents souhaitaient plus de discussion au sujet des liens et de l'attachement envers leur enfant. Les préoccupations financières étaient plus discutées à Tokyo et presque pas à Melbourne. Peu de parents ont trouvé que les médecins mettaient une place dans la discussion pour les croyances religieuses. La plupart des parents ont estimé avoir compris le pronostic pour leur enfant, cependant, une majorité a estimé que le devenir de leur enfant était meilleur que ce à quoi ils s'attendaient après le conseil prénatal. En Australie et aux Etats-Unis, les parents souhaitaient une plus grande place dans le processus décisionnel pour leur enfant que les autres pays, qui ont un modèle médical plus paternaliste (le modèle paternaliste s'oppose au modèle autonomiste).

En Afrique du Sud, la limitation en frais médicaux et sociaux réduit les possibilités de prise en charge des prématurés. Les limites de personnel sont une barrière à ce conseil périnatal. Le regret de ne pas avoir la possibilité d'effectuer une information prénatale est émis (34).

PARTIE II - Etude

I. Sens de l'étude

Les recommandations de la HAS soutiennent l'intérêt de cette étude. En effet, la HAS énonce la nécessité d'évaluer la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information orale. De plus, à ce jour, peu d'études se sont intéressées à apprécier la façon dont les parents percevaient l'entretien anténatal par le pédiatre en cas de risque de prématurité.

II. Objectifs

- Analyse descriptive et chiffrée des entretiens à partir des données émises par les pédiatres (fréquence, durée, contenu...).
- Evaluer la satisfaction des femmes par rapport à cet entretien.
- Savoir si les informations délivrées correspondent à la réalité de la prise en charge des prématurés.
- Apprécier les informations retenues par les mères, notamment en situation d'urgence.
- Evaluation de cet entretien par les mères, en particulier la façon dont elles l'ont perçu en termes d'angoisse et leur satisfaction globale.
- Mieux connaître les attentes des femmes concernant cet entretien (au regard du parcours ultérieur de leur enfant prématuré).
- Si besoin réadapter l'entretien aux besoins actuels des couples.

III. Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique menée au CHU de Nantes sur une période de 7 mois (du 29 avril 2011 au 1^{er} décembre 2011).

Etaient incluses les femmes vues en anténatal par un pédiatre pour un risque d'accouchement prématuré avant 35 SA et pour lesquelles la grille d'évaluation de l'entretien avait été remplie par le pédiatre (disponible en annexes p.66).

Cette grille était mise à la disposition des pédiatres au sein de l'unité de grossesses à haut risque, ainsi que dans l'ascenseur menant à la salle de naissances (ceci permettait aux pédiatres de remplir la grille pour les entretiens réalisés en situations d'urgence).

Ils la remplissaient à chaque fois qu'ils réalisaient un entretien (que ce soit en urgence ou non). Lors de l'entretien, il n'était pas obligatoire d'aborder tous les critères précisés sur cette grille.

Pour les femmes vues en anténatal par le pédiatre en Grossesses à Haut Risque (GHR) au CHU de Nantes et ayant accouché dans une autre structure, seule la grille remplie par le pédiatre était prise en compte dans l'étude.

Pour les femmes accouchant finalement à terme et au CHU de Nantes, il avait été décidé que seul le premier questionnaire leur serait distribué. Cette éventualité ne s'est finalement pas présentée.

Le nombre prévisible d'inclusions sur la période suivie a été estimé à 80 patientes (il est comptabilisé 279 accouchements prématurés avant 34 SA par an au CHU de Nantes en 2010, sur 7 mois ceci représente 160 accouchements prématurés. Or, parmi ces accouchements, certains ont lieu en urgence et les patientes n'ont pas le temps d'être vues par un pédiatre. On a donc considéré que cette étude pouvait inclure environ 80 patientes).

En post natal, un premier questionnaire (disponible en annexes p.67) était distribué après l'accouchement entre H 24 et H 72 de vie du nouveau-né aux femmes ayant accouché prématurément (entre 24 et 35 SA) au CHU de Nantes et ayant rencontré un pédiatre en anténatal. Ce questionnaire a pu être distribué dans le service de suites de couches, de gynécologie, de GHR ou bien encore dans le service d'hospitalisation du nouveau-né. Il était important qu'il soit distribué avant J4 pour éviter le risque de confusion avec les informations postnatales.

Puis un deuxième questionnaire (disponible en annexes p.71) était distribué la semaine précédant la sortie de l'enfant, c'est-à-dire avant son retour à domicile ou son transfert vers un hôpital plus proche du domicile des parents. Pour les plus grands prématurés, il était distribué lorsque l'enfant atteignait 36-37 SA d'âge corrigé ce qui permettait aux parents d'avoir un certain recul sur l'hospitalisation de leur enfant. Si l'enfant avait quitté l'unité de façon précipitée sans que l'on ait pu au préalable remettre le questionnaire aux parents, il était convenu de le leur adresser par courrier postal.

Chaque patiente à qui il a été proposé de répondre au premier questionnaire a accepté, il n'y a eu aucun refus de participation. Tous les questionnaires distribués ont pu être récupérés.

Les patientes dont le nouveau-né décédait au cours de l'hospitalisation ne se voyaient pas proposer de répondre au deuxième questionnaire, ce qui représente 6 patientes sur l'ensemble de la population. Aucune patiente n'a refusé de répondre à ce questionnaire.

Des informations étaient également recueillies dans les dossiers obstétricaux ainsi que sur pédiolog (logiciel recueillant des données sur les nouveau-nés) (disponible en annexes p.73).

IV. Analyse statistique

La saisie des données a pu être effectuée à l'aide du logiciel EPI DATA version 3.1.

Le logiciel EPI DATA Analysis 2.2 a été utilisé pour analyser les données recueillies. Les variables qualitatives sont décrites avec des effectifs ou des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes, des médianes et des écart-types.

Les comparaisons des données quantitatives ont été effectuées à l'aide de tests de Student et de tests de Fisher. Le seuil de significativité p est fixé à $p < 0,05$.

V. Résultats

A. Caractéristiques générales de la population étudiée

a. Les parents

$n=41$

Au cours de la période d'étude (7 mois), 41 patientes ont été incluses, soit 51 % de la taille prévisible de l'échantillon.

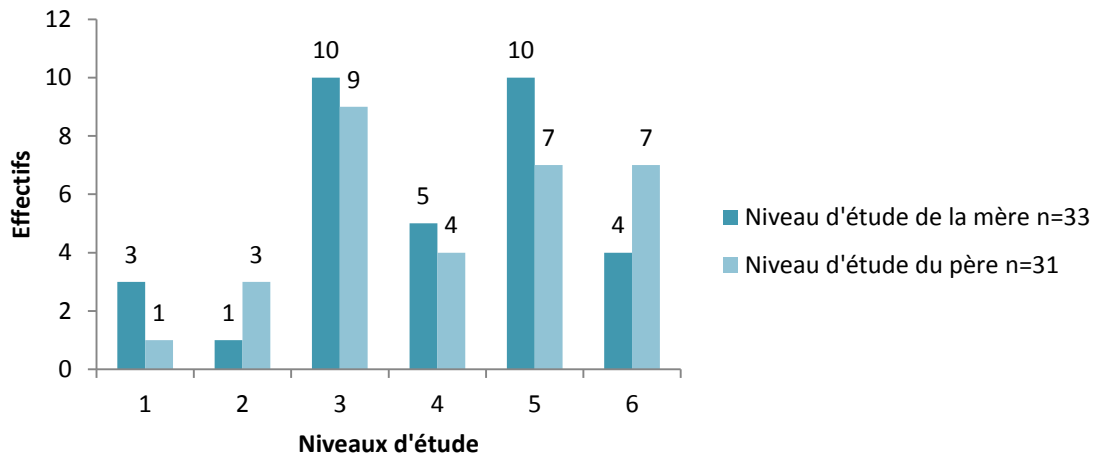
L'âge moyen :

L'âge moyen des femmes était de 28 ans et 6 mois avec un minimum de 20 ans et un maximum de 40 ans.

Les niveaux d'études :

Les niveaux d'études ne concernent que les patientes ayant répondu au premier questionnaire ($n=33$) et se répartissent comme suit (Figure 1) :

Figure 1 : Répartition des niveaux d'étude parentaux



1 : Aucun diplôme

2 : Brevet des collèges

3 : BEP, CAP ou diplôme équivalent

4 : Baccalauréat

5 : Au-dessus du bac à bac +2

6 : Diplôme supérieur (licence ou plus)

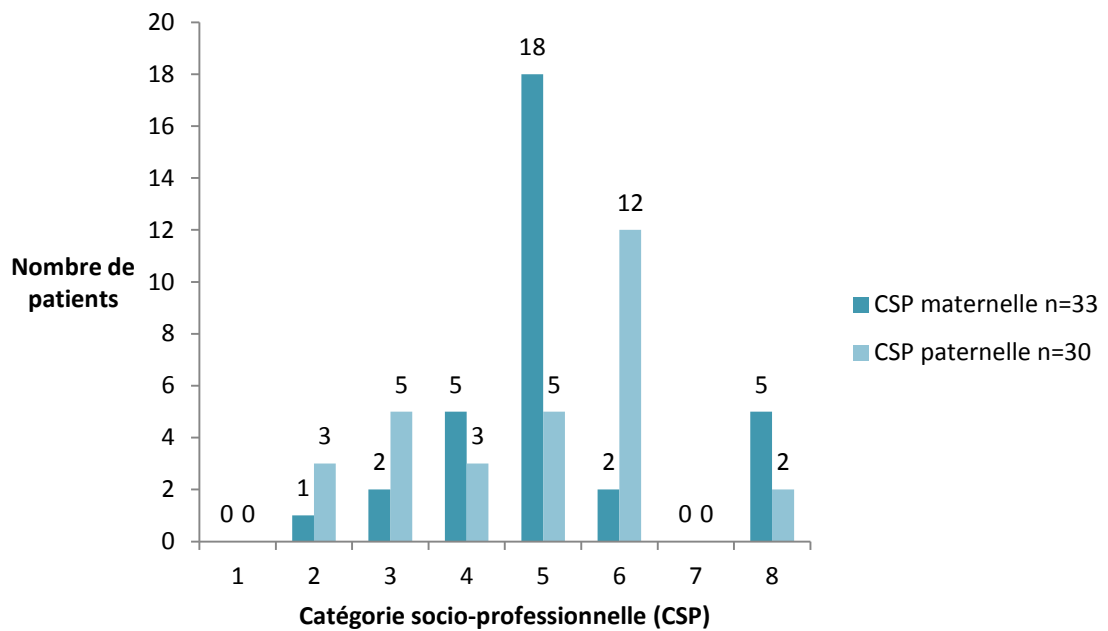
L'activité professionnelle :

Sur les 33 patientes, 14 (42,4 %) étaient en activité avant leur hospitalisation, 12 (36,4 %) étaient en congé maternité ou en arrêt maladie, 7 (21,2 %) étaient sans activité professionnelle ou au chômage. Aucune n'était étudiante ou en congé parental.

Le milieu socio-économique :

7 femmes (21,2 %) appartenaient à un milieu socio-économique modeste ou défavorisé (catégories 6 et 8) (Figure 2) :

Figure 2 : Répartition des professions



- | | |
|---|--|
| 1 : Agriculteur | 5 : Employé |
| 2 : Artisan, commerçant | 6 : Ouvrier |
| 3 : Cadre, profession intellectuelle supérieure | 7 : Retraité |
| 4 : Profession intermédiaire | 8 : Autre ou sans activité professionnelle |

La situation conjugale :

La situation conjugale est renseignée pour 37 patientes sur 41. 4 patientes (10,3 %) vivaient seules. 33 patientes (89,7 %) vivaient en couple. Parmi ces dernières, 17 (51,5 %) étaient mariées ou pacsées et 16 (48,5 %) vivaient en concubinage.

b. Types de grossesse

Gestité :

n=37

Pour 17 patientes (45,9 %), il s'agissait d'une première grossesse, pour 9 (24,3 %) d'une deuxième grossesse et pour 11 (29,8 %), il s'agissait d'une troisième grossesse ou plus.

Parité :

n=37

Pour 20 (54,1 %) d'entre elles, il s'agissait d'un premier enfant pour 13 (35,1 %) d'un deuxième enfant et pour 4 (10,8 %) d'un troisième enfant.

Aucune de ces patientes n'avait auparavant accouché prématurément.

Grossesse unique, gémellaire ou triple :

n=41

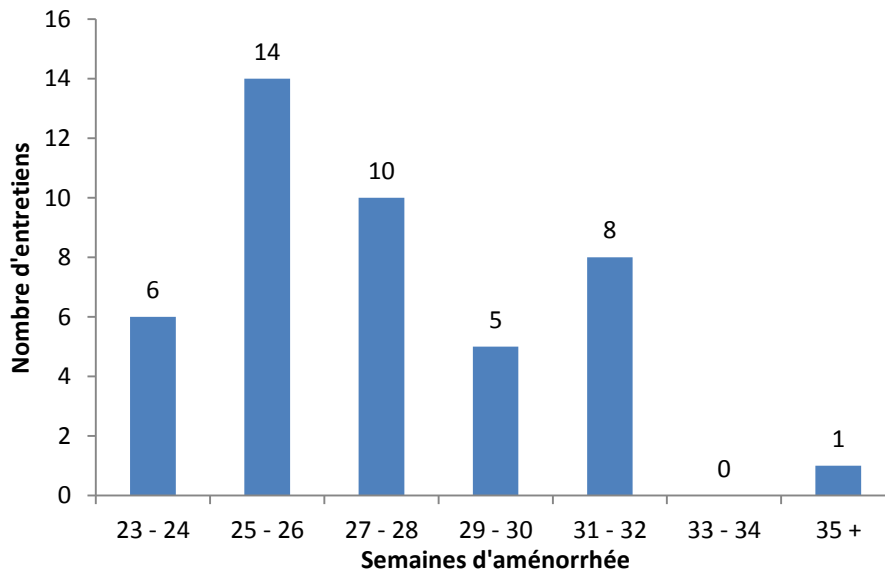
Les grossesses étaient majoritairement uniques : 33 patientes (80,5 %). Seules 7 patientes (17,1 %) présentaient une grossesse gémellaire et 1 patiente (2,4 %) une grossesse triple.

c. L'entretien prénatal

Âges gestationnels au moment de l'entretien :

L'âge gestationnel moyen au moment de l'entretien était de 27 SA et 6 jours avec un minimum de 23 SA et 6 jours et un maximum de 35 SA et une médiane à 27 SA et 1 jour (Figure 3).

Figure 3 : Répartition des âges gestationnels au moment de l'entretien n = 44



On note qu'à partir de 33 SA, un seul entretien a été réalisé.

Entretiens urgents ou non urgents :

22 entretiens (50,0 %) ont été réalisés dans le service de GHR et 22 entretiens (50,0 %) ont été réalisés en urgence en salle de naissance.

3 patientes ont bénéficié de deux entretiens dont 2 avec un intervalle de temps réduit dans un contexte d'urgence. Pour la 3^{ème}, un entretien avait déjà eu lieu à un terme plus précoce de la grossesse.

Répartition journalière, hebdomadaire et mensuelle :

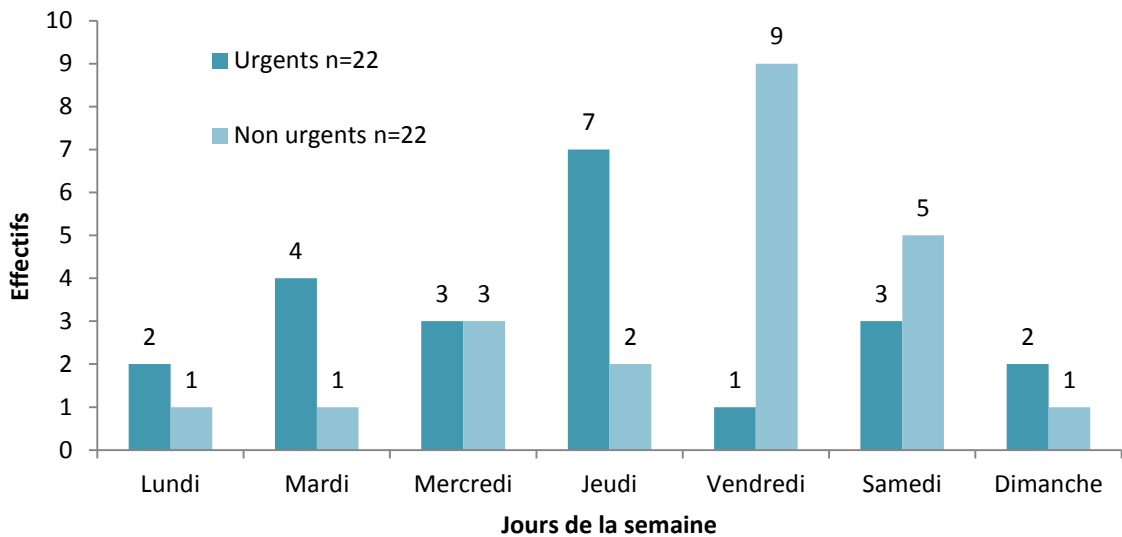
La répartition en fonction des heures de la journée est corrélée au contexte d'urgence :

- Les entretiens effectués entre 20h et 7h ont tous été réalisés en situation d'urgence.
- Ceux effectués en journée comprenaient des entretiens urgents et non urgents.

Tableau I : Répartition des entretiens en fonction de la journée n=44

n=44	Nombre d'entretiens urgents 22	Nombre d'entretiens non urgents 22
De 7h01 à 20h00	13 (59,0 %)	22 (100,0 %)
De 20h01 à 7h00	9 (41,0 %)	0

Figure 4 : Répartition des entretiens en fonction des jours de la semaine n=44



En ce qui concerne la répartition hebdomadaire des entretiens, on remarque que le nombre total d'entretiens réalisés le vendredi est plus important et décroît progressivement de part et d'autre.

On remarque également que les entretiens non urgents sont le plus souvent réalisés le vendredi et le samedi probablement pour anticiper les situations à risque le dimanche.

Seulement 3 entretiens ont été réalisés un dimanche dont un n'était pas un entretien en contexte d'urgence. 5 entretiens non urgents ont eu lieu un samedi. Les jours du weekend sont parfois propices à l'entretien non urgent par le pédiatre.

La répartition des entretiens est irrégulière en fonction des mois :

Tableau II : Répartition des entretiens recueillis en fonction des mois

Mois 2011	Nombre d'entretien	Nombre d'accouchements < 35 SA (IMG et MFIU exclues)	Pourcentage du nombre d'entretiens / nombre de naissances
avril	2	2	100,0 %
mai	4	19	21,1 %
juin	13	26	50,0 %
juillet	5	25	20,0 %
août	5	29	17,3 %
septembre	9	19	47,4 %
octobre	3	30	10,0 %
novembre	2	24	8,3 %
décembre	1	4	25,0 %
Total	44	178	24,7 %

Les mois pendant lesquels le plus d'entretien a été réalisé étaient juin, juillet, août et septembre.

Sur les 178 femmes ayant accouché avant 35 SA, seulement 41 (23,0 %) ont bénéficié d'un entretien prénatal pédiatrique dans le cadre de l'étude.

61 femmes (34,3 %) ont accouché dans les 24 heures suivant leur hospitalisation. Parmi ces 61 femmes, seules 6 (9,8 %) ont été vues par un pédiatre.

Sur l'ensemble de la population étudiée, 10 femmes ayant accouché à moins de 30 SA et hospitalisées depuis plus de 2 jours n'ont pas été vues par le pédiatre, ce qui représente 5,6 % de la population totale de femmes ayant accouché prématurément avant 35 SA.

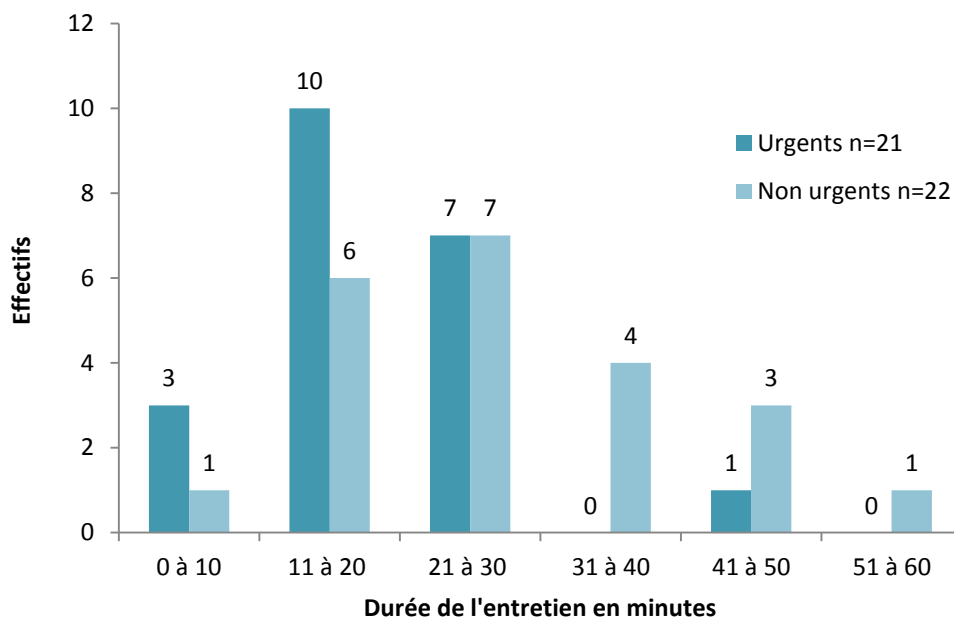
Durée de l'entretien :

La durée moyenne des entretiens est de 26 minutes, le plus court ayant duré 3 minutes et le plus long, 60 minutes. Il y a un entretien pour lequel la durée n'a pas été renseignée.

Pour les entretiens réalisés en situation d'urgence, on retrouve une moyenne de 21 minutes alors que pour ceux en dehors du contexte d'urgence la moyenne est de 31 minutes.

Les entretiens réalisés en situation d'urgence durent en moyenne 10 minutes de moins que les autres. Résultat significatif avec $p=0,004$. (Figure 5)

Figure 5 : Durée de l'entretien selon le contexte d'urgence n=43



La durée moyenne de l'entretien évaluée par le pédiatre est de 26 ± 12 minutes, alors que celle évaluée par les patientes est de 23 ± 15 minutes (p apparié = 0,36). Il n'y a pas de différence significative.

De plus, lorsque l'on demandait aux patientes d'apprécier le temps accordé, 29 femmes (87,9 %) ont répondu suffisant, 3 patientes (9,1 %) peu suffisant et une seule a répondu très insuffisant soit 3,0 %.

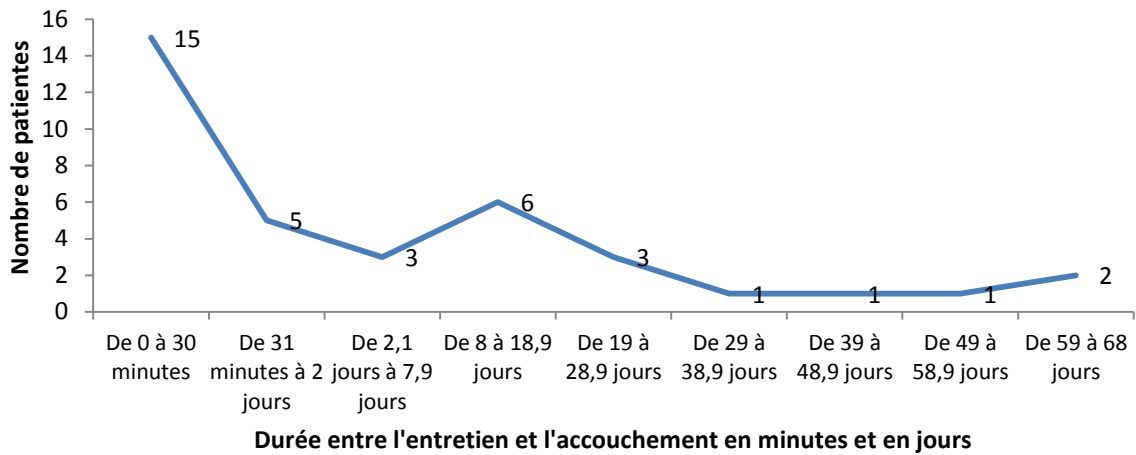
La patiente qui a trouvé la durée de l'entretien très insuffisante a évalué sa durée à 5 minutes, alors que le pédiatre l'avait évalué à 25 minutes. C'est un entretien qui avait eu lieu en situation d'urgence à 27 SA et 5 jours. L'accouchement avait finalement eu lieu 12 jours après l'entretien.

Délai entre l'entretien et l'accouchement :

Le délai moyen entre l'entretien et l'accouchement est de 11,5 jours avec un minimum de 0 jour et un maximum de 66 jours. Pour les 3 patientes ayant bénéficié de deux entretiens,

seul le deuxième entretien a été pris en compte dans le calcul de ce délai. Les 4 patientes ayant accouché dans un autre établissement n'ont pas été prises en compte dans ce calcul. (Figure 6)

Figure 6 : Délai entre l'entretien et l'accouchement n=37



6 patientes ont dit ne pas avoir eu d'information au sujet de la prématurité avant l'entretien avec le pédiatre.

Pour la moitié des entretiens le conjoint était présent.

Dans 33 cas (94,3 %), c'est l'équipe obstétricale qui avait proposé l'entretien et dans 2 cas (5,7%), c'est la femme qui a dit avoir demandé l'entretien.

Lorsque l'on demandait aux patientes si elles souhaitaient rencontrer le pédiatre plusieurs fois en anténatal, 16 répondaient oui (48,5 %) et 17 répondaient non (51,5 %). En dehors du contexte d'urgence, 7 patientes (21,2 %) auraient souhaité rencontré le pédiatre plus souvent, 11 (33,3 %) n'en ont pas exprimé le besoin. Tandis qu'en contexte d'urgence, 9 patientes (27,3 %) auraient souhaité rencontré le pédiatre plus souvent et 6 (18,2 %) ne l'ont pas souhaité.

A la suite de l'entretien, 25 patientes ont pu reparler de la prématurité avec un autre ou plusieurs autres professionnels de santé. Dans 22 cas, c'était avec une sage-femme, 6 avec un obstétricien, 12 avec un aide-soignant, 2 avec un agent de service hospitalier et 1 avec quelqu'un dont elle ne connaissait pas le rôle.

Dans tous les cas, les informations reçues par la suite étaient trouvées cohérentes avec celles reçues par le pédiatre, quel qu'ait été l'interlocuteur.

d. Les nouveau-nés

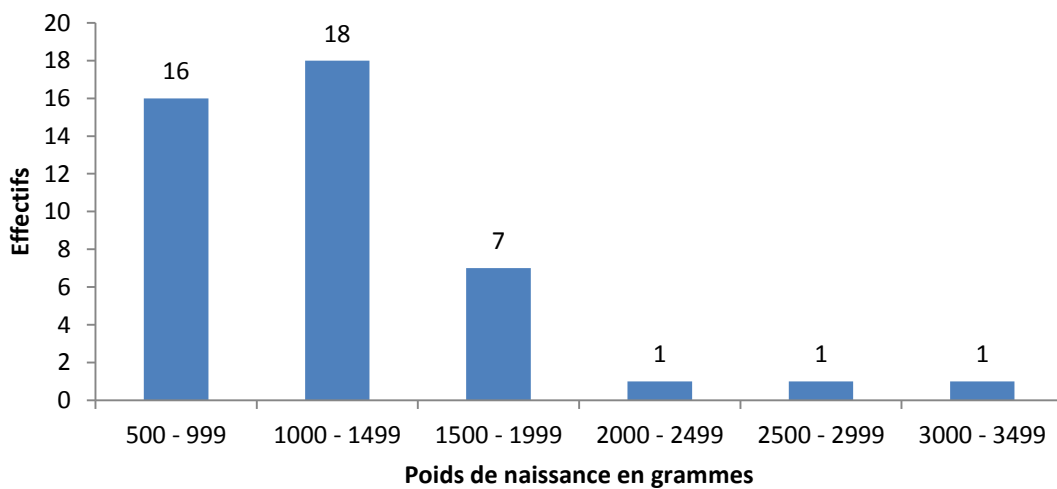
L'étude a finalement permis d'inclure 44 nouveau-nés, dont 16 filles (36 %) et 28 garçons (64 %).

1 nouveau-né est décédé en salle de naissance, 6 sont décédés au cours de leur hospitalisation.

Poids à la naissance :

Le poids de naissance des nouveau-nés est en moyenne de 1236 g avec un minimum de 575 g et un maximum de 3230 g, la médiane étant de 1150 g. (Figure 7)

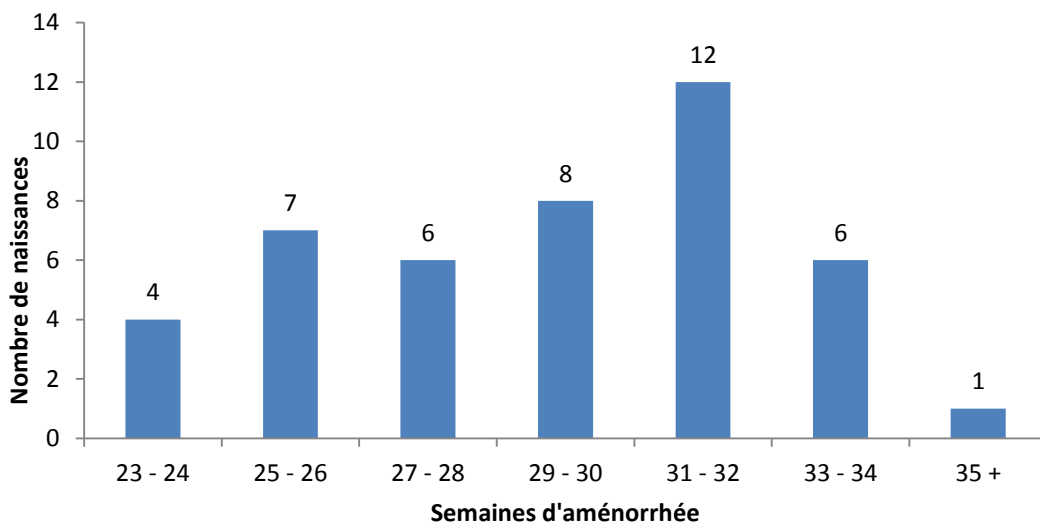
Figure 7 : Répartition des poids de naissance n=44



Âges gestationnels à la naissance :

Le terme moyen de la naissance était de 29 SA + 5 jours avec un minimum de 24 SA, un maximum de 35 SA et un jour, une médiane à 29 SA et 4 jours (Figure 8).

Figure 8 : Répartition des âges gestationnels à la naissance n=44



Les complications observées chez les nouveau-nés sont :

**Tableau III : Les différentes complications présentées par les nouveau-nés en pourcentages
n=30**

Types de complications	Complications observées
Respiratoires	6 (20,0%)
Cardiaques	3 (10,0 %)
Digestives	3 (10,0 %)
Ophtalmologiques	2 (6,7 %)
Neurologiques	2 (6,7 %)
Infectieuses	9 (30,0 %)
Sans complication	6 (20,0%)

Les complications étaient relevées après la sortie de l'enfant de l'hôpital, or 7 enfants étaient toujours hospitalisés à la fin de l'étude. Pour eux, les complications ne sont donc pas renseignées, ni pour les nouveau-nés décédés (7).

59,3 % des enfants ont présenté au moins une complication.

La durée moyenne d'hospitalisation des nourrissons est de 46,6 jours avec un minimum de 6 jours (transfert secondaire vers un CH) et un maximum de 127 jours.

19 enfants sont rentrés directement à domicile et 9 enfants ont été transférés vers un hôpital périphérique avant leur retour à domicile.

B. Informations délivrées par le pédiatre

Voici un tableau qui résume les différents thèmes abordés lors de l'entretien, on y trouve dans la colonne de droite le pourcentage d'entretiens lors desquels le thème correspondant a été abordé. Le p compare le pourcentage d'informations données en urgence par rapport à celles données en dehors du contexte d'urgence.

Tableau IV : Fréquences des thèmes abordés par les pédiatres

Les pédiatres ont informé de :	Pourcentage d'informations données à l'ensemble des entretiens n=44	Pourcentage d'informations données en urgence n=22	Pourcentage d'informations données en dehors du contexte d'urgence n=22	p
Leur présence sur place au moment de la naissance	93,2 % (41)	100,0 % (22)	86,4 % (19)	0,07
La prise en charge de leur enfant à la naissance	93,2 % (41)	100,0 % (22)	86,4 % (19)	0,07
Des difficultés que pourrait rencontrer l'enfant à la naissance (mauvaise adaptation)	59,1 % (26)	72,7 % (16)	45,5 % (10)	0,06
Des soins et des traitements possibles	79,5 % (35)	72,7 % (16)	86,4 % (19)	0,46
Des complications respiratoires possibles	81,8 % (36)	77,3 % (17)	86,4 % (19)	0,70
Des complications neurologiques possibles	86,4 % (38)	86,4 % (19)	86,4 % (19)	1,0
Du mode d'alimentation de l'enfant	65,9 % (29)	45,5 % (10)	86,4 % (19)	0,004
Des bénéfices de l'allaitement maternel	54,5 % (24)	36,4 % (8)	72,7 % (16)	0,01
La durée d'hospitalisation de l'enfant	68,2 % (30)	59,1 % (13)	77,3 % (17)	0,19
D'un pronostic à court ou à long terme	65,9 % (29)	68,2 % (15)	63,6 % (14)	0,75

Lors d'entretiens urgents, les pédiatres ont systématiquement parlé de leur présence sur place et de la prise en charge de l'enfant au moment de la naissance, alors que dans les entretiens non urgents ces thèmes n'étaient pas systématiquement abordés.

Le mode d'alimentation et les bénéfices liés à l'allaitement maternel sont significativement moins abordés en urgence.

Les risques de mauvaise adaptation à la naissance ont tendance à être plus souvent abordés lors des entretiens urgents.

La durée d'hospitalisation a tendance à être plus souvent discutée lors d'entretiens non urgents.

D'autres informations pouvaient être délivrées par les pédiatres. On retrouvait fréquemment l'information du Réseau Grandir Ensemble qui a été délivrée dans 4 cas. On retrouvait également un accord entre l'équipe pédiatrique et les parents au sujet d'une limitation des soins dans 6 cas. Dans 2 situations, on retrouve des explications données au sujet de la réanimation d'attente.

Tableau V : Comparaison entre les entretiens réalisés avant et après 27 SA n=44

Les pédiatres ont informé de :	Pourcentage d'informations données jusqu'à 27 SA n=20	Pourcentage d'informations données au-delà de 27 SA n=24	p
Leur présence sur place au moment de la naissance	90,0 % (18)	95,8 % (23)	0,58
La prise en charge de leur enfant à la naissance	90,0 % (18)	95,8 % (23)	0,58
Des difficultés que pourrait rencontrer l'enfant à la naissance (risque de mauvaise adaptation)	90,0 % (18)	33,3 % (8)	< 10⁻⁴
Des soins et des traitements possibles	65,0 % (13)	91,7 % (22)	0,06
Des complications respiratoires possibles	70,0 % (14)	91,7 % (22)	0,11
Des complications neurologiques possibles	90,0 % (18)	83,3 % (20)	0,67
Du mode d'alimentation de l'enfant	50,0 % (10)	79,2 % (19)	0,04
Des bénéfices de l'allaitement maternel	50,0 % (10)	58,3 % (14)	0,58
La durée d'hospitalisation de l'enfant	50,0 % (10)	83,3 % (20)	0,02
D'un pronostic à court ou à long terme	70,0 % (14)	62,5 % (15)	0,6

Le mode d'alimentation et la durée d'hospitalisation de l'enfant sont des thèmes significativement moins abordés par les pédiatres avant 27 SA.

Le risque de mauvaise adaptation est beaucoup plus abordé avant 27 SA (90 % des cas) tandis qu'après 27 SA cela représente 36,4 % des cas.

Sans que ce soit significatif, on observe que les soins et les traitements possibles sont toutefois moins discutés avant 27 SA (65,0 %) qu'après (90,9 %). (Tableau V)

Tableau VI : Fréquences des thèmes abordés par les pédiatres selon leur sexe n=44

Les pédiatres ont informé de :	Pédiatres masculins n=14	Pédiatres féminins n=30	p
Leur présence sur place au moment de la naissance	100,0 % (14)	90,0 % (27)	0,54
La prise en charge de leur enfant à la naissance	100,0 % (14)	90,0 % (27)	0,54
Des difficultés que pourrait rencontrer l'enfant à la naissance (mauvaise adaptation)	92,9 % (13)	43,3 % (13)	0,001
Des soins et des traitements possibles	78,6 % (11)	80,0 % (24)	1,0
Des complications respiratoires possibles	85,7 % (12)	80,0 % (24)	1,0
Des complications neurologiques possibles	92,9 % (13)	83,3 % (25)	0,65
Du mode d'alimentation de l'enfant	64,3 % (9)	66,7 % (20)	1,0
Des bénéfices de l'allaitement maternel	42,9 % (6)	60,0 % (18)	0,29
La durée d'hospitalisation de l'enfant	64,3 % (9)	70,0 % (21)	0,74
D'un pronostic à court ou à long terme	71,4 % (10)	63,3 % (19)	0,59

Le risque de mauvaise adaptation est significativement plus abordé par les pédiatres masculins (92,9 %) que par les pédiatres féminines (43,3 %).

Les bénéfices de l'allaitement maternel ont tendance à être moins souvent abordés par les pédiatres masculins (42,9 %) que par les pédiatres féminines (60,0 %). (Tableau VI)

Tableau VII : Fréquences des thèmes abordés par les pédiatres selon leur âge n=43

Les pédiatres ont informé de :	Pédiatres de moins de 40 ans n=11	Pédiatres de 40 ans et plus n=32	p
Leur présence sur place au moment de la naissance	100,0 % (11)	90,6 % (29)	0,55
La prise en charge de leur enfant à la naissance	100,0 % (11)	90,6 % (29)	0,55
Des difficultés que pourrait rencontrer l'enfant à la naissance (risque de mauvaise adaptation)	45,5 % (5)	62,5 % (20)	0,51
Des soins et des traitements possibles	90,9 % (10)	78,1 % (25)	0,41
Des complications respiratoires possibles	90,9 % (10)	78,1 % (25)	0,41
Des complications neurologiques possibles	90,9 % (10)	84,4 % (27)	1,0
Du mode d'alimentation de l'enfant	72,7 % (8)	65,6 % (21)	1,0
Des bénéfices de l'allaitement maternel	72,7 % (8)	50,0 % (16)	0,32
La durée d'hospitalisation de l'enfant	81,8 % (9)	65,6 % (21)	0,72
D'un pronostic à court ou à long terme	81,8 % (9)	59,4 % (19)	0,17

L'information délivrée aux femmes n'est pas significativement différente en fonction de l'âge du pédiatre.

Les pédiatres de plus de 40 ans ont tendance à parler un petit peu moins de tous les sujets mais plus du risque de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine. (Tableau VII)

A la suite de leurs entretiens, voici comment les pédiatres se trouvaient (Tableaux VIII et IX) :

Tableau VIII : Niveaux d'inquiétude que les pédiatres pensaient avoir généré au cours de l'entretien

	Pas du tout inquietant	Un peu inquietant	Modérément inquietant	Beaucoup inquietant
Effectif de pédiatres n= 42	5 (11,9 %)	20 (47,6 %)	13 (31,0 %)	4 (9,5 %)

Dans la plupart des cas, les pédiatres se trouvaient un peu ou modérément inquietant. Plus rarement, ils ne se trouvaient pas du tout inquietant ou beaucoup inquietant (Tableau VIII).

Tableau IX : Niveau de rassurance que les pédiatres pensaient avoir généré au cours de l'entretien

	Pas du tout rassurant	Un peu rassurant	Modérément rassurant	Beaucoup rassurant
Pourcentage de pédiatres n= 42	19,0 % (8)	21,4 % (9)	33,3 % (14)	26,2 % (11)

Dans la plupart des cas, les pédiatres se trouvaient modérément rassurant ou beaucoup rassurant. Plus rarement, ils ne se trouvaient pas du tout rassurant ou un peu rassurant (Tableau IX).

Les situations où ils peuvent être très inquiétants ou pas du tout inquiétants sont plus rares que celles où la situation dépendra de l'adaptation de l'enfant au moment de la naissance.

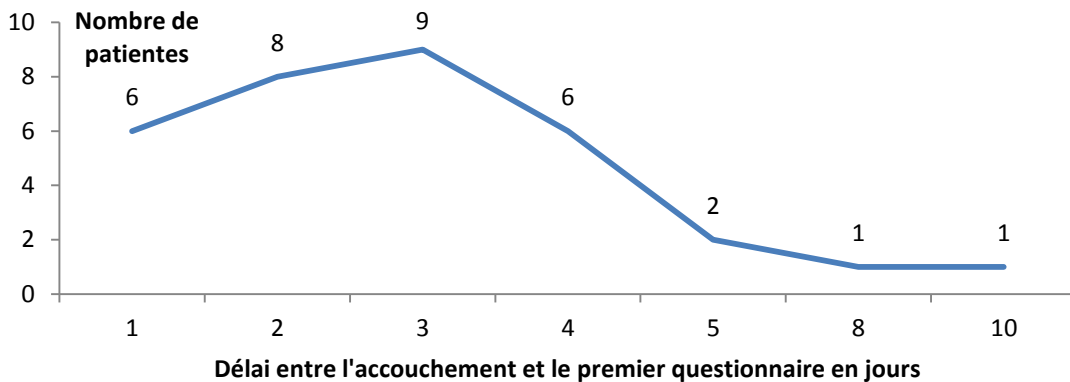
C. Analyse de l'entretien prénatal au décours immédiat de l'accouchement

a. Données générales

33 patientes ont répondu à ce questionnaire.

En moyenne, le premier questionnaire distribué aux patientes était rempli 3 jours après la naissance de leur enfant (Figure 9).

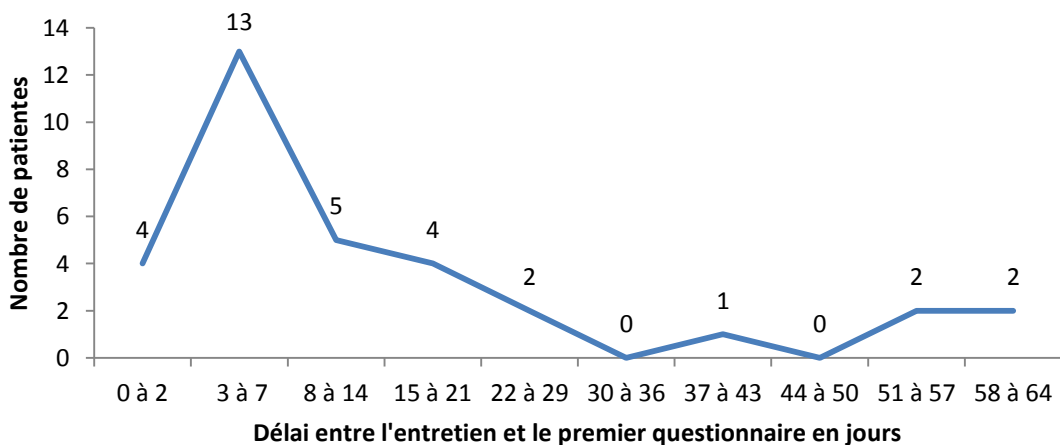
Figure 9 : Délai entre l'accouchement et le remplissage du premier questionnaire n=33



L'objectif était de distribuer le questionnaire avant que les parents ne reçoivent l'information postnatale délivrée par les pédiatres qui a lieu le plus souvent vers le quatrième jour après la naissance. Le délai moyen entre l'accouchement et le jour du remplissage de ce questionnaire étant de 3 jours on peut considérer l'objectif atteint. Cependant 2 questionnaires ont été remplis à 8 ou 10 jours.

En moyenne, le délai entre l'entretien et le premier questionnaire était de 4,8 jours (Figure 10).

Figure 10 : Délai entre l'entretien et le premier questionnaire n=33



Sur les 33 patientes ayant répondu à ce questionnaire, 27 avaient déjà bénéficié d'explications au sujet de la prématurité avant l'entretien avec le pédiatre. Pour ces 27 patientes, les informations reçues du pédiatre et celles reçues avant étaient cohérentes.

b. Perception de l'entretien par les mères

Généralités :

Au niveau du vocabulaire, toutes les patientes ont trouvé le vocabulaire du pédiatre adapté. La compréhension des patientes semble être la même peu importe le niveau socio-économique. Toutes les patientes affirmaient avoir compris les informations.

Pour toutes les patientes, le pédiatre semblait abordable et elles ont toutes pu poser leurs questions sauf une.

Le jour du remplissage du premier questionnaire, tous les enfants étaient stables au niveau de leur état, sauf un enfant qui était décédé mais dont le jumeau était stable.

L'angoisse :

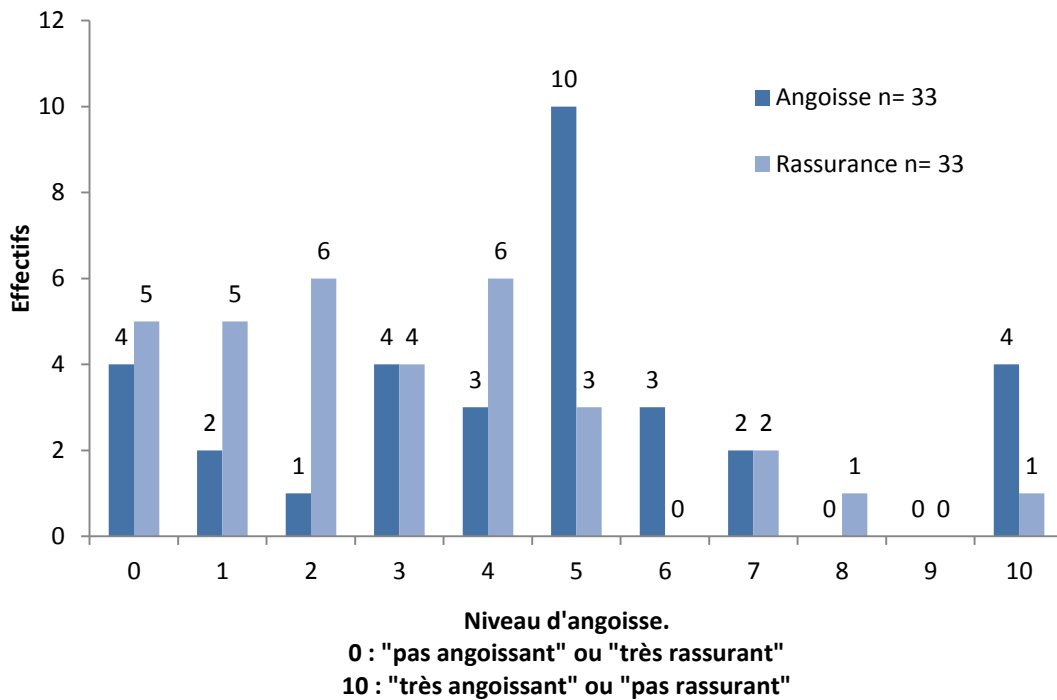
Voici les échelles qui ont été utilisées pour évaluer l'angoisse et la rassurance des patientes. Ces échelles imitent l'échelle d'évaluation de la douleur en partant de 0 pour très rassurant ou pas angoissant et en allant vers 10 pour pas rassurant ou très angoissant. :

	Pas angoissant		Peu angoissant			Angoissant			Très angoissant		
Cet entretien vous a-t-il semblé angoissant ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Très rassurant		Rassurant			Peu rassurant			Pas rassurant		
Cet entretien vous a-t-il semblé rassurant ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Le niveau moyen d'angoisse généré par l'entretien était de 4,6 correspondant à « peu angoissant à angoissant » sur l'échelle, la médiane est à 5 correspondant à « angoissant » sur l'échelle. Le niveau moyen de rassurance était de 3 ce qui correspond à « rassurant » et la médiane de 3 ce qui correspond également à « rassurant ».

Figure 11 : Niveau d'angoisse et de rassurance générés par l'entretien, ressentis par les patientes n=33



L'angoisse des patientes ne varie pas de façon significative avec le sexe du pédiatre ayant réalisé l'entretien ($p=0,7$), avec une moyenne d'angoisse à 4,2 pour les hommes \pm 3,9 et une moyenne de 4,7 pour les femmes \pm 2,4.

L'angoisse des patientes ne varie pas de façon significative avec l'âge des pédiatres (< ou > à 40 ans) ayant réalisé l'entretien ($p=0,3$), avec une moyenne d'angoisse à 5,3 pour les pédiatres de moins de 40 ans \pm 2,0 et une moyenne de 4,3 pour les pédiatres de plus de 40 ans \pm 3,1. Les pédiatres de plus de 40 ans semblent donc moins angoissant que les autres.

L'angoisse des patientes ne varie pas de façon significative avec le sexe du bébé ($p=0,2$), avec une angoisse moyenne évaluée à 5,1 pour les garçons \pm 2,7 et de 3,7 pour les filles \pm 3,1.

L'angoisse des patientes ne varie pas de façon significative en fonction de si la grossesse est multiple, ($p=0,3$) avec une angoisse moyenne de 4,8 \pm 3,1 pour les grossesses simples et de 3,6 \pm 2,1 pour les grossesses multiples.

Tableau X : Angoisse ressentie par les patientes en fonction du terme au moment de l'entretien

Age gestationnel (SA)	n (%) n= 33	Angoisse Moyenne /10 Ecart-type
< 28	18 (54,5 %)	5,1 +/- 2,9
≥ 28	15 (45,5 %)	3,9 +/- 2,8

p=0,2

Il n'y a pas de différence d'angoisse significative en fonction du terme. Néanmoins, il y a 1,2 point d'angoisse de différence avant 28 SA et après (Tableau X). Les patientes semblent donc plus angoissées avant 28 SA qu'après.

L'ensemble des patientes a réalisé une cotation de l'angoisse « adaptée », sauf 2 patientes. L'une d'entre elles a coté son angoisse à 1 pour un entretien se déroulant à 24 SA et la deuxième a coté son angoisse à 10 pour un entretien se déroulant à 32 SA. Pour la première patiente, l'entretien n'avait pas lieu en urgence, le pédiatre s'est trouvé modérément inquiétant, cependant la prise en charge au moment de la naissance et les risques de mauvaise adaptation n'ont pas du tout été abordés. Pour la deuxième, son angoisse peut aussi s'expliquer par le fait que sa césarienne était programmée pour l'après-midi même.

Lorsque l'on demandait aux patientes de qualifier leur angoisse avant puis après l'entretien, dans 13 cas (39,4 %), elles étaient **angoissées avant et le sont restées après** malgré des **explications claires** du pédiatre.

Aucune n'a répondu être **angoissée avant et l'être restée après** car le **pédiatre n'a pas été assez rassurant**.

Dans 14 cas (42,4 %), elles étaient **angoissées avant et ont été rassurées** par le pédiatre.

Dans 5 cas (15,2 %), elles **n'étaient pas spécialement angoissées avant**, les informations ont été claires et elles **sont restées rassurées**.

Dans 1 cas (3,0 %), elle **n'était pas spécialement angoissée** et l'entretien **a généré une part d'angoisse**.

Pour cette dernière, il n'y a pas de raison évidente qui aurait permis de générer cette angoisse.

Entretien adapté :

Dans l'ensemble, les patientes ont trouvé l'entretien adapté à la situation avec une moyenne de 1,2 correspondant à « adapté » sur l'échelle (Tableau XI).

L'entretien vous est-il paru adapté à la situation	Adapté		Peu adapté			Inadapté			Très inadapté		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tableau XI : Adaptation de l'entretien en fonction du terme au moment de l'entretien

Age gestationnel (SA)	n (%)	Adaptation Moyenne /10
< 28	18 (54,5 %)	1,3 +/- 2,2
≥ 28	15 (45,5 %)	0,9 +/- 0,6

p=0,3

Il n'y a pas de différence significative en fonction du terme. Toutefois les patientes ont tendance à trouver l'entretien plus adapté après 28 SA qu'avant.

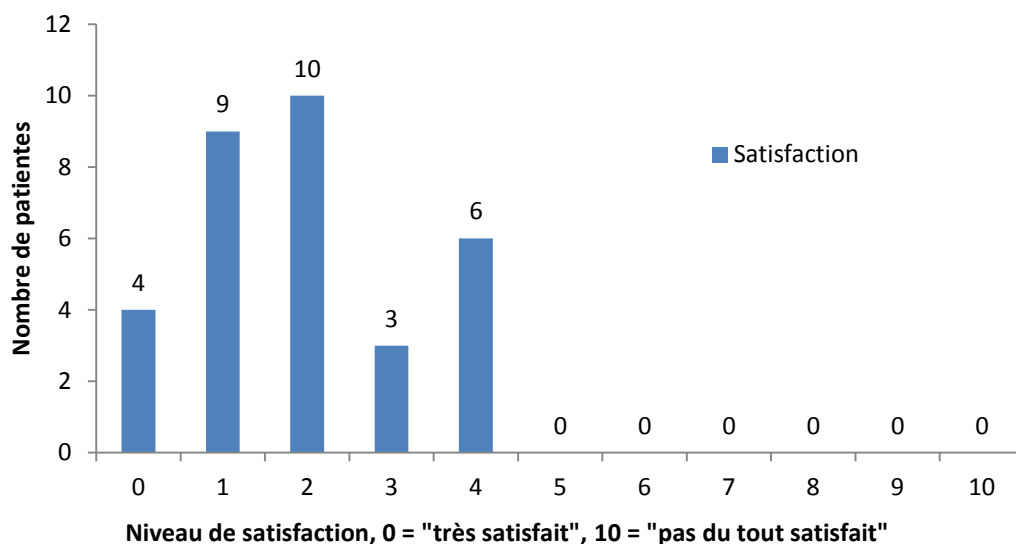
De même, 12 patientes (36,4 %) trouvaient l'entretien complet, 20 (60,6%) le trouvaient très complet, aucune n'a trouvé l'entretien trop complet et 1 patiente (3,0%) a trouvé l'entretien peu complet sans raison évidente.

c. Evaluation de la satisfaction des patientes

La satisfaction globale des patientes vis-à-vis de l'entretien est en moyenne de 2 (Figure 12), ce qui correspond à « plutôt satisfait ». Une patiente n'a pas renseigné son niveau de satisfaction.

Satisfaction globale de l'entretien réalisé par le pédiatre	Entièrement satisfait		Plutôt satisfait			Pas très satisfait			Pas du tout satisfait		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figure 12 : Niveaux de satisfaction des patientes n=32



Lorsque l'on demandait les raisons de leur satisfaction ou de leur insatisfaction, peu de réponses ont été données. Dans ce qui a été noté, les patientes ont apprécié l'honnêteté de l'information, l'évocation claire des risques, ainsi que la transparence des informations et ce pour 6 patientes. Une patiente a mentionné qu'elle aurait souhaité revoir le pédiatre, une autre a regretté l'absence de son conjoint, une autre encore a dit avoir eu un entretien trop court et enfin une quatrième a trouvé que son entretien était trop en amont par rapport à la date où elle a finalement accouché.

Tableau XII : Satisfaction globale des patientes en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'entretien

Age gestationnel (SA)	n n= 32	Satisfaction Moyenne /10 Ecart-type
< 24	1 (3,1 %)	1,0 ± 0,0
≥ 24 et < 26	6 (18,8 %)	2,3 ± 1,0
≥ 26 et < 28	11 (34,4 %)	2,1 ± 1,6
≥ 28 et < 30	4 (12,5 %)	2,0 ± 0,8
≥ 30 et < 32	6 (18,8 %)	1,7 ± 1,7
≥ 32	4 (12,5 %)	1,5 ± 0,6

p= 0,5

La satisfaction des patientes ne varie pas de manière significative avec le terme auquel l'entretien est effectué (Tableau XII). Malgré cela on observe une diminution de la cotation de l'angoisse en même temps que l'augmentation de l'âge gestationnel. Plus l'entretien a lieu à un terme avancé dans la grossesse et plus les patientes semblent satisfaites.

Tableau XIII : Satisfaction globale des patientes en fonction du contexte d'urgence

Urgence	n (%) n= 32	Satisfaction Moyenne /10 Ecart-type
Oui	15 (46,9 %)	2,1 ± 1,5
Non	17 (53,1 %)	1,8 ± 1,2

p= 0,4

La satisfaction des patientes ne varie pas de manière significative avec le contexte d'urgence (Tableau XIII). Toutefois, les patientes semblent légèrement plus satisfaites lorsque l'entretien ne se déroule pas en urgence.

Tableau XIV : Satisfaction globale des patientes en fonction de leur niveau d'angoisse perçu

Niveau d'angoisse	n (%) n= 32	Satisfaction Moyenne /10 Ecart-type
Pas angoissant 0 et 1	6 (18,7 %)	0,7 ± 0,8
Peu angoissant 2, 3 et 4	8 (25,0 %)	2,1 ± 1,3
Angoissant 5, 6 et 7	15 (46,9 %)	2,3 ± 1,5
Très angoissant 8, 9 et 10	3 (9,4 %)	2,0 ± 1,0

p= 0,3

La satisfaction des patientes ne varie pas de manière significative avec l'évaluation de leur niveau d'angoisse perçu (Tableau XIV). Les patientes cotant leur angoisse à 0 ou 1 s'avèrent cependant clairement plus satisfaites que les autres.

Tableau XV : Satisfaction globale des patientes en fonction de leur niveau de rassurance perçu

Niveau de rassurance	n (%) n= 32	Satisfaction Moyenne /10 Ecart-type
Très rassurant 0 et 1	10 (31,3 %)	1,1 ± 1,2
Rassurant 2, 3 et 4	16 (50,0 %)	2,1 ± 1,3
Peu rassurant 5, 6 et 7	5 (15,6 %)	3,0 ± 0,5
Pas rassurant 8, 9 et 10	1 (3,1 %)	3,0 ± 0,0

p= 0,008

La satisfaction des patientes varie de manière significative avec l'évaluation de leur niveau de rassurance perçu (Tableau XV). Les patientes les plus rassurées sont aussi les plus satisfaites et les moins rassurées les moins satisfaites.

Les patientes ayant reçu moins d'informations (n=9), c'est-à-dire celles pour qui au moins 3 critères de la grille n'ont pas été abordés par le pédiatre, ne semblent pas moins satisfaites que l'ensemble de la population. Leur satisfaction globale moyenne était évaluée à 2,1 (2 pour la population générale), avec un écart-type de 4 et une médiane de 2.

Les patientes recevant plus d'informations (n=7), c'est-à-dire celles pour qui tous les critères ont été abordés par le pédiatre, semblent modérément plus satisfaites que l'ensemble de la population. Leur satisfaction globale moyenne était évaluée à 1,3 (2 pour la population générale), avec un écart-type de 4 et une médiane de 1.

Tableau XVI : Satisfaction des patientes en fonction de la durée de l'entretien

Durée de l'entretien (minutes)	n (%) n= 32	Satisfaction Moyenne /10 Ecart-type
≤ 20	15 (46,9 %)	2,1 ± 1,2
>20	17 (53,1 %)	1,8 ± 1,4

p=0,6

Il n'y a pas de différence significative en fonction de la durée de l'entretien (Tableau XVI). Il semblerait malgré tout que les patientes soient plus satisfaites lorsque l'entretien a une durée de plus de 20 minutes.

d. Evaluation des informations transmises

Tableau XVII : Pourcentage des thèmes dont les patientes se souviennent avoir été informées n=33

Les patientes se souviennent d'avoir été informées de :	Pourcentage d'informations retenues sur l'ensemble des entretiens	Pourcentage d'informations retenues en urgence	Pourcentage d'informations retenues en dehors du contexte d'urgence	p
La durée d'hospitalisation de leur enfant	69,7 % (23)	75,0 % (12)	64,7 % (11)	0,70
La prise en charge de leur enfant à la naissance	87,9 % (29)	87,5 % (14)	88,2 % (15)	1,0
Des difficultés que pourrait rencontrer leur enfant à la naissance	93,9 % (31)	93,8 % (15)	94,1 % (16)	1,0
La présence du pédiatre sur place au moment de la naissance	90,9 % (30)	93,8 % (15)	88,2 % (15)	1,0
Des soins et des traitements possibles	78,8 % (26)	81,3 % (13)	76,5 % (13)	1,0
Des complications respiratoires possibles	90,9 % (30)	87,5 % (14)	94,1 % (16)	0,6
Des complications neurologiques possibles	78,8 % (26)	81,3 % (13)	76,5 % (13)	1,0
Du mode d'alimentation de leur enfant	81,8 % (27)	68,8 % (11)	94,1 % (16)	0,08
Ont-elles compris l'ensemble des informations ?	100,0 % (33)	100,0 % (16)	100,0 % (17)	–

En contexte d'urgence, les patientes retiennent mieux le fait que le pédiatre sera présent au moment de la naissance, sans que ce soit significativement différent.

16 patientes (53,3 %) trouvaient que l'information qu'elles avaient reçue correspondait entièrement avec les soins et les traitements dont leur enfant bénéficiait depuis sa naissance, tandis que 14 (46,7 %) trouvaient qu'elle correspondait plutôt bien. Aucune ne trouvait que l'information correspondait plutôt mal ni même pas du tout avec les soins et les traitements dont leur enfant bénéficiait. 3 n'ont pas répondu à cette question.

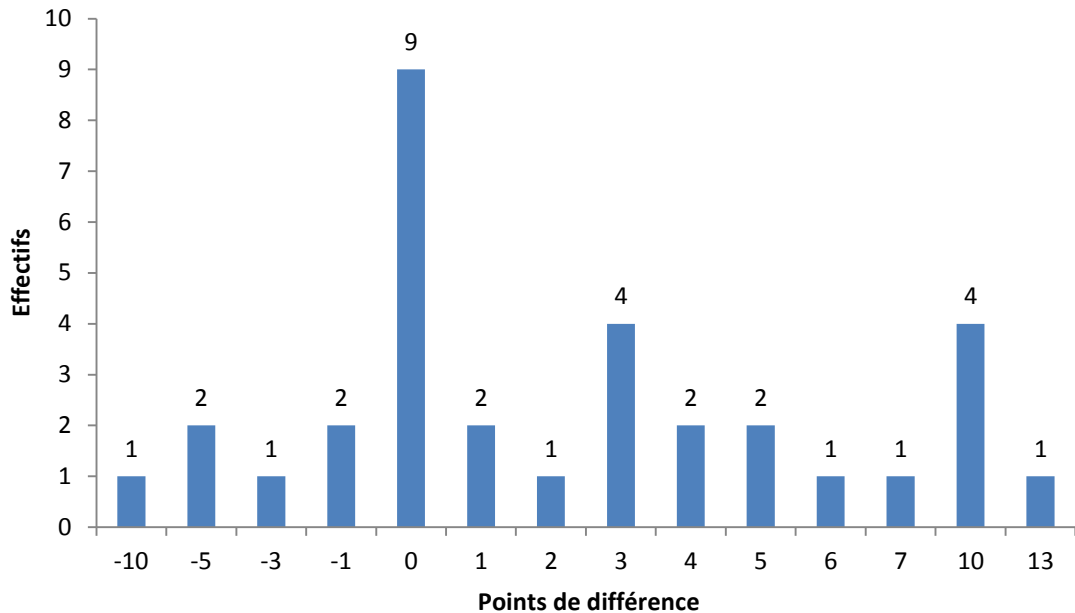
Tableau XVIII : Concordance entre les informations délivrées aux patientes et ce qu'elles en retiennent n=33

	Désaccord		Accord		Accord total en %
	Oui / Non (Pédiatre / Patiente)	Non / Oui (Pédiatre / Patiente)	Oui / Oui	Non / Non	
Présence du pédiatre à la naissance	2 (6,0 %)	1 (3,0 %)	29 (87,9 %)	1 (3,1 %)	91,0 %
Prise en charge au moment de la naissance	4 (12,1 %)	3 (9,1 %)	26 (78,8 %)	–	78,8 %
Risque de mauvaise adaptation à la naissance	1 (3,0 %)	14 (42,4 %)	17 (51,5 %)	1 (3,1 %)	54,6 %
Soins et traitements	4 (12,1 %)	3 (9,1 %)	23 (69,7 %)	3 (9,1 %)	78,8 %
Complications respiratoires	2 (6,0 %)	4 (12,1 %)	26 (78,8 %)	1 (3,1 %)	81,9 %
Complications neurologiques	5 (15,2 %)	3 (9,1 %)	23 (69,7 %)	2 (6,1 %)	75,8 %
Allaitement maternel	3 (9,1 %)	8 (24,2 %)	19 (57,6 %)	3 (9,1 %)	66,7 %
Durée d'hospitalisation	7 (21,2 %)	5 (15,2 %)	18 (54,5 %)	3 (9,1 %)	63,6 %

La question du risque de mauvaise adaptation n'a qu'un d'accord de 54,6 %. Pour les autres questions, les pourcentages d'accord sont bons (Tableau XVIII).

Pour comparer l'angoisse du pédiatre et celle de la patiente, les 2 cotations ont été remises sur 20. (Figure 13)

Figure 13 : Différence entre l'inquiétude que le pédiatre pensait avoir générée et l'angoisse ressentie par la femme n=33

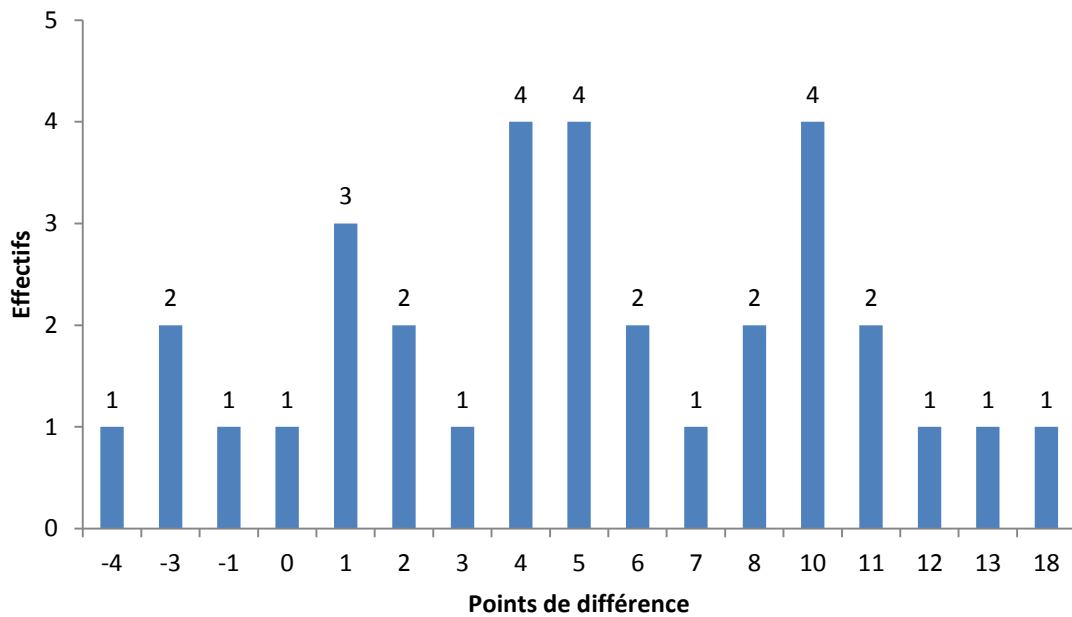


9 patientes ont ressenti le même niveau d'angoisse que les pédiatres pensaient avoir généré. Cependant pour 8 patientes, il y avait plus de 5 points de différence entre l'estimation du pédiatre et l'angoisse ressentie par la patiente (Figure 13).

La patiente pour laquelle on observe 13 points de différence correspond au cas décrit p.39 dont l'entretien avait eu lieu à 24 SA et qui cotait son angoisse à 1. Celle pour laquelle on observe -10 points de différence est également décrite p.39, l'entretien avait eu lieu à 32 SA et la patiente cotait son angoisse à 10.

Les patientes pour lesquelles on observe 10 points de différence sont 4. Une à 26 SA et 1 jour, une à 29 SA, une à 31 SA et 1 jour et une autre à 31 SA et 4 jours, toutes ne se trouvaient pas du tout angoissées et pour chacun de ces 4 entretiens le pédiatre s'était trouvé un peu angoissant.

Figure 14 : Différence entre la rassurance que le pédiatre pensait avoir générée et la rassurance ressentie par la femme n=33



Les patientes se sentaient globalement plus rassurées que ce que le pédiatre pensait (Figure 14).

Seules 4 patientes se sentaient moins rassurées que ce que le pédiatre pensait.

1 patiente s'est sentie nettement plus rassurée que ce que pensait le pédiatre avec 18 points de différence. C'était un entretien qui n'avait pas eu lieu en urgence et qui s'est déroulé à 32 SA et 5 jours. Le pédiatre ne s'est pas du tout trouvé rassurant alors que la patiente a trouvé l'entretien rassurant et a coté son angoisse à 1. La patiente avait eu une mort in utero à 27 SA avec hypertension lors de sa première grossesse. Au moment de l'entretien, la patiente présentait de nouveau de l'hypertension. De plus, il y avait une suspicion d'urétéro-hydronephrose pour le fœtus. Pour toutes ces raisons, le pédiatre ne s'était pas trouvé rassurant.

D. Analyse de l'entretien prénatal à l'issue de l'hospitalisation en néonatalogie

Généralités :

24 patientes ont répondu à ce questionnaire.

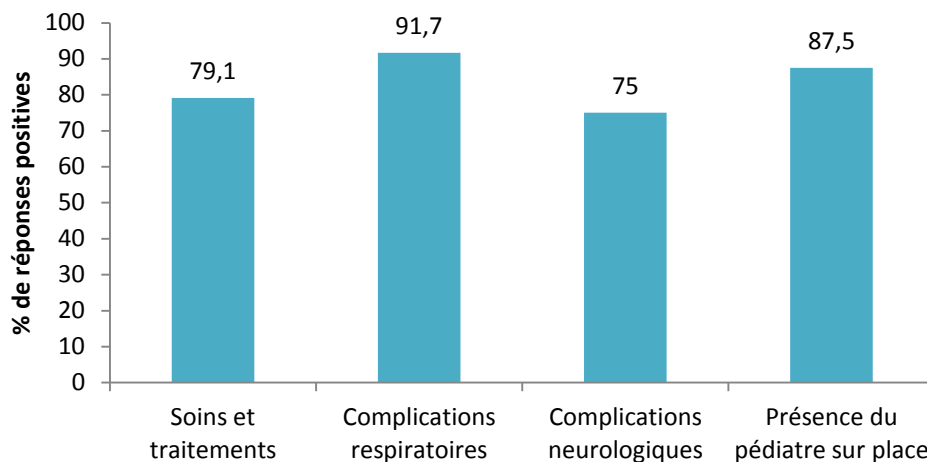
Ce questionnaire était rempli en moyenne à 47 jours de vie de l'enfant avec un minimum de 9 jours et un maximum de 110 jours.

3 femmes (12,5 %) disaient très bien connaître les soins et les traitements que l'on peut apporter aux prématurés avant même l'entretien prénatal pédiatrique. De même pour les complications, 2 femmes (8,3 %) disaient déjà très bien connaître les complications qu'un prématuré est susceptible de présenter avant d'avoir bénéficié de l'information prénatale.

Informations retenues :

Lorsque l'on demandait aux femmes ce qu'elles avaient retenu de l'entretien prénatal, voici les réponses que l'on obtenait (en % de réponses positives) :

Figure 15 : Informations retenues de l'entretien n=24



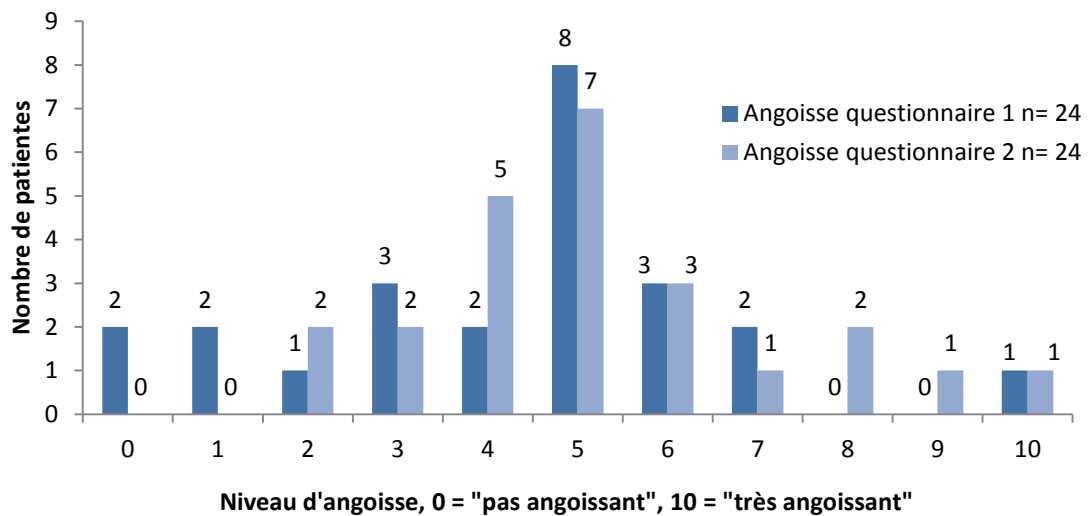
Les complications respiratoires sont plus retenues par les femmes que la présence du pédiatre au moment de la naissance de l'enfant (Figure 15).

Angoisse et rassurance :

Lorsque l'on demandait aux femmes d'évaluer rétrospectivement leur angoisse, on obtenait une moyenne de 7/10 (médiane = 5), tandis que la première fois que la question leur avait été posée, la moyenne était de 4,6/10 (médiane = 5). (Figure 16)

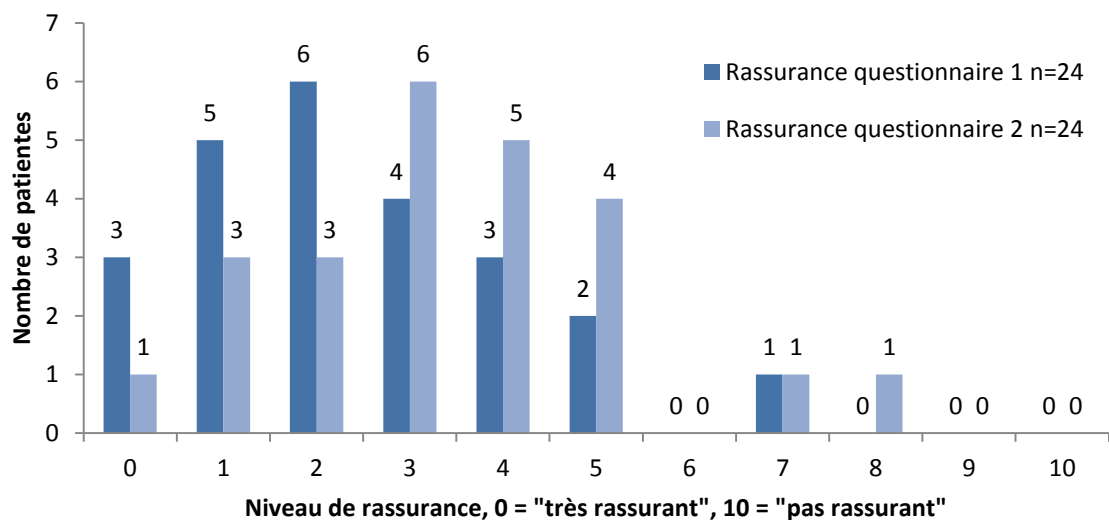
Les patientes jugeaient leur niveau d'angoisse concernant l'entretien prénatal plus élevé à l'issue de l'hospitalisation (7) qu'au début de celle-ci (4,6).

Figure 16 : Comparaison des niveaux d'angoisse perçus par les femmes aux moments du premier et du deuxième questionnaires n=24



Quant à leur niveau de rassurance, rétrospectivement on avait une moyenne de 3,6/10, tandis que la première fois que la question leur avait été posée la moyenne était de 3,0/10. (Figure 17)

Figure 17 : Comparaison des niveaux de rassurance perçus par les femmes aux moments du premier et du deuxième questionnaires

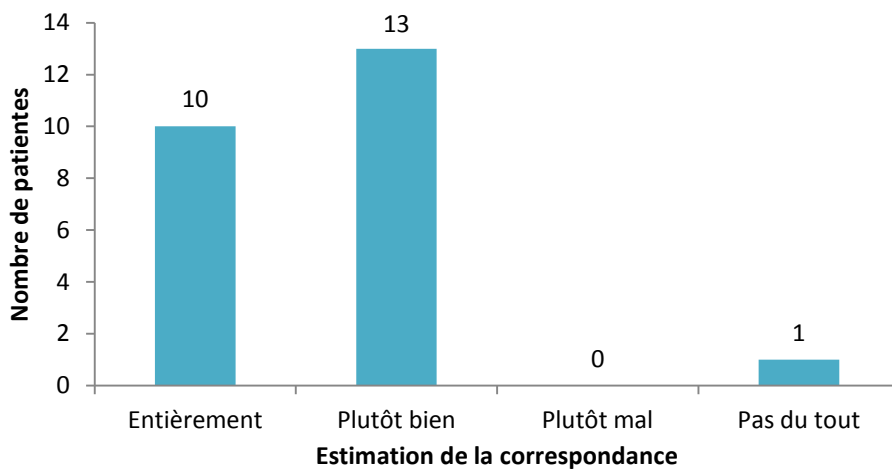


Quant à savoir si les parents avaient trouvé l'entretien adapté, ils répondaient avec une moyenne de 1,3/10, tandis que la première fois que la question leur avait été posée la moyenne était de 1,2/10.

Correspondance entre les informations reçues et les soins et les traitements :

Quand on demandait aux parents d'évaluer si l'information reçue au cours de l'entretien correspondait avec les soins et les traitements dont avait bénéficié leur enfant, voici les résultats obtenus (Figure 18).

Figure 18 : Correspondance entre l'information reçue au moment de l'entretien prénatal et les soins et traitements dont l'enfant a bénéficié n=24



1 seule patiente a trouvé que les informations délivrées au moment de l'entretien ne correspondaient pas du tout avec les soins et les traitements dont son enfant a bénéficié.

Pour cet enfant, un diagnostic anténatal de large communication inter-ventriculaire sous aortique avait été posé. Lors de cet entretien, les risques de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine n'avaient pas été abordés. Finalement, l'enfant avait été hospitalisé plusieurs semaines en réanimation néonatale alors qu'au moment de l'entretien la patiente espérait une hospitalisation en unité kangourou.

Satisfaction :

L'évaluation de la satisfaction des parents vis-à-vis de cet entretien a une moyenne de 2,0/10 \pm 1,3, ce qui correspond à plutôt satisfait et la première fois que la question leur avait été posé, la moyenne était de 2,0 également. (Figure 19)

Figure 19 : Comparaison de la satisfaction des patientes au premier et au deuxième questionnaire

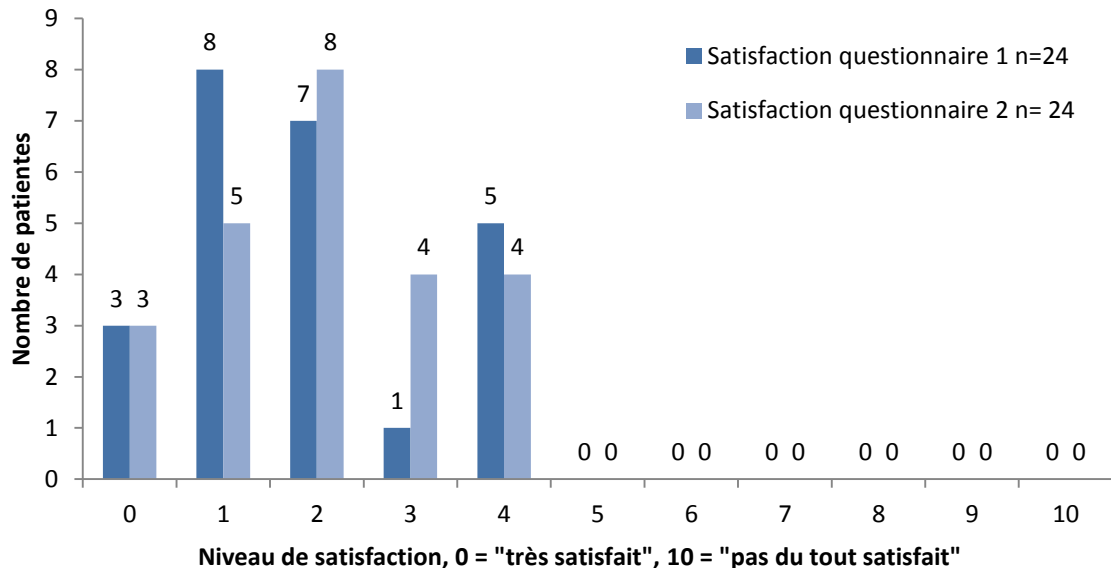


Tableau XIX : Satisfaction des patientes en fonction des complications de leur enfant

Complications	n (%) n=24	Satisfaction Moyenne /10 Ecart-type
Pas de complications	10 (41,7 %)	1,5 \pm 1,4
1 complication ou plus	14 (58,3 %)	2,4 \pm 1,1

p=0,07

Il semble que les patientes soient plus satisfaites lorsque leur enfant n'a pas présenté ultérieurement de complication. Cependant, cette différence n'est pas significative (p=0,07, tableau XIX), peut-être compte-tenu du faible effectif de la population.

Concernant ce que les parents auraient aimé entendre au moment de l'entretien, peu de réponses ont été données. Voici ce que les patientes répondaient :

- « Peut-être en savoir plus sur le rythme alimentaire d'un prématuré quand il rentre à la maison. » (Entretien réalisé à 32 SA en GHR.)
- « Tout a été clairement dit, aucune information manquante. » (Entretien réalisé à 25 SA dans un contexte de naissance imminente.)

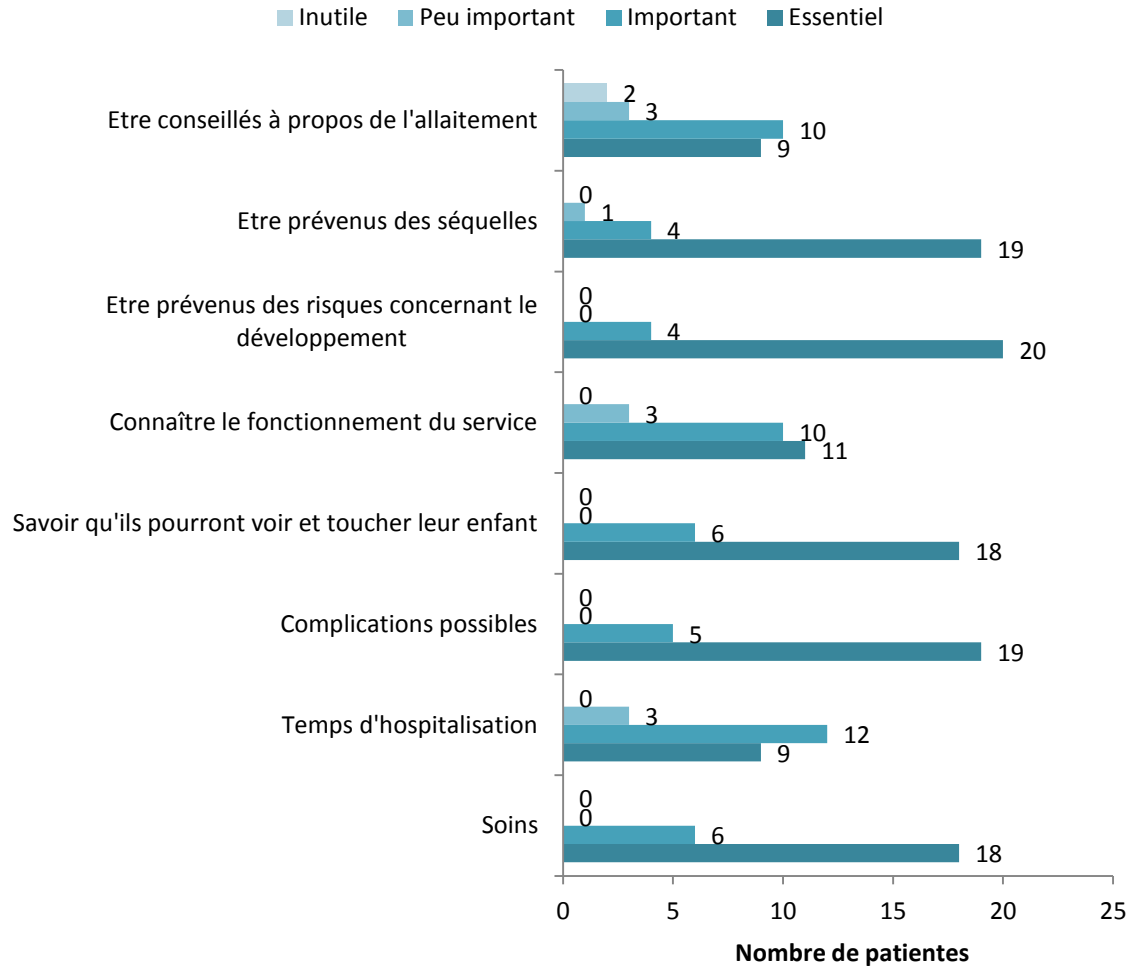
- « Des informations liées un peu plus aux différents stades de la prématurité, les risques ne sont pas les mêmes à 26 SA qu'à 32 SA. » (Entretien réalisé à 31 SA, naissance à 32 SA)
- « Pendant le temps d'hospitalisation du nouveau-né, pas suffisamment vu le pédiatre. » (Naissance à 34 SA.)
- « Voir une couveuse avant la naissance. »
- « Les risques liés à l'audition et à la digestion. » (Entretien en urgence en salle de naissance à 27 SA.)
- « J'ai été hospitalisée à 25 SA et j'ai accouché à 35 SA. L'entretien a eu lieu la 26^{ème} SA, j'aurai aimé un nouvel entretien car les données étaient totalement différentes. »
- « Un peu plus d'information sur la durée d'hospitalisation de l'enfant, même approximatif. » (Entretien réalisé en urgence en salle de naissance à 31 SA.)
- « La transfusion. » (Entretien en GHR à 32 SA, naissance à 32SA.)
- « L'entretien était assez vague, il manquait de précisions sur les conditions d'hospitalisation et les conséquences de la prématurité. » (Entretien en GHR à 30 SA et 5 jours, naissance à 31 SA.)

Aucune réponse n'a été donnée lorsqu'on leur demandait ce qu'elles ne souhaitaient pas entendre.

Points importants pour les parents :

Enfin, il était demandé aux parents de donner un niveau d'importance aux différents points qui pouvaient être abordés lors de l'entretien.

Figure 20 : Niveau d'importance pour chaque point suivant n=24



Les patientes trouvaient essentiel d'être prévenues des risques concernant le développement, les séquelles et les complications possibles. Connaître les soins et savoir si elles pourront toucher leur enfant viennent ensuite.

Connaître le fonctionnement du service, le temps d'hospitalisation et être conseillées à propos de l'allaitement maternel leur semblait majoritairement important sans être essentiel.

PARTIE III - Discussion

I. Analyse des résultats

Cette étude longue de 7 mois qui n'avait jamais été réalisée auparavant nous renseigne sur les pratiques et le ressenti des patientes vis à vis de l'entretien prénatal pédiatrique en cas de risque d'accouchement prématuré.

A. Terme de réalisation de l'entretien

A partir de 33 SA, un seul entretien a été réalisé. En effet, à partir de ce terme les conséquences néonatales de la prématurité sont moindres et on peut supposer que les pédiatres réalisent plus rarement des entretiens. De plus, les risques néonataux varient moins de 33 SA à 37 SA que de 25 SA à 27 SA.

B. Répartition des entretiens en fonction des mois

Avril et mai correspondent aux premiers mois de l'étude, ce qui peut expliquer le faible nombre d'entretiens en avril et en mai, respectivement 2 et 4. Juillet et août correspondent à des mois où le personnel est réduit en effectif et pourtant 5 entretiens par mois ont été réalisés. Toutefois, la couverture en pourcentage est moins élevée pour juillet (20 %) et août (17,3 %) que pour les mois de juin (50 %) et septembre (47,4 %). Sur les 3 derniers mois de l'étude : Octobre, novembre et décembre, seuls 5 entretiens au total ont été réalisés. L'étude relativement longue, pourrait expliquer une certaine lassitude des pédiatres à y participer (p.25, Tableau II).

C. Un nombre restreint de patientes bénéficie de cet entretien

Toutes les femmes en travail avant 35 SA au CHU de NANTES ne bénéficient pas d'un entretien prénatal pédiatrique. Seul 23,0 % des femmes ont bénéficié de cet entretien sur la période d'étude. De plus, la moitié des entretiens réalisés ont eu lieu dans un contexte d'urgence ce qui, à priori, n'est pas l'idéal pour les patientes. 5 patientes qui ont été vues en urgence ont accouché plus de 3 jours après l'entretien. Sur le moment, leur situation était jugée urgente, même si à posteriori on peut dire que ça ne l'était pas.

Toutefois, lorsque l'on tient compte de facteurs déterminant pour la réalisation de l'entretien, tels que l'âge gestationnel < 30 SA et une hospitalisation de la patiente depuis plus de 2 jours seul 5,6 % des patientes n'ont pas été vues.

D. Les patientes qui bénéficient de cet entretien sont satisfaites

Cette étude montre que les patientes ayant bénéficié d'un entretien prénatal pédiatrique sont globalement satisfaites. La satisfaction globale des patientes vis-à-vis de l'entretien est en moyenne de 2 ce qui correspond à plutôt satisfait. Les patientes reconnaissent l'honnêteté et la transparence des informations.

a. Facteurs de satisfaction

La satisfaction des patientes ne varie pas de manière significative ni avec le terme, ni avec le contexte d'urgence, ni avec l'évaluation de leur niveau d'angoisse perçue, ni avec la durée de l'entretien. La quantité d'information délivrée ne semble pas être un facteur de satisfaction, néanmoins les patientes recevant plus d'informations semblent légèrement plus satisfaites que la population générale.

Malgré le fait que la satisfaction des patientes ne varie pas avec l'angoisse, celle-ci varie de manière significative avec l'évaluation de leur niveau de rassurance perçue. Plus elles sont rassurées et plus elles s'estiment satisfaites.

Lors de la réalisation des questionnaires nous nous étions posé la question de l'utilité des deux items « angoisse » et « rassurance » qui semblaient a priori évoluer de façon opposée, mais qui finalement nous apportent des renseignements complémentaires.

Finalement, les patientes sont globalement satisfaites et rassurées vis à vis du pronostic du bébé.

b. Les insatisfactions

Le principal critère d'insatisfaction, est le fait de ne pas avoir pu bénéficier d'un deuxième entretien avec un pédiatre, ceci a été relevé par 2 patientes.

Pour ces 2 patientes, l'entretien a eu lieu à un terme précoce de la grossesse alors que la naissance a eu lieu bien plus tard.

Ce délai important est un regret exprimé par les patientes. La situation pour leur enfant est alors complètement différente. Elles sont presque surprises que leur enfant se porte si bien.

De plus, lorsque l'on demandait aux patientes si elles souhaitaient rencontrer le pédiatre plusieurs fois, 48,5 % répondaient oui.

E. Les informations fournies

Le mode d'alimentation et les bénéfices liés à l'allaitement maternel sont significativement moins abordés en urgence. Ce qui semble logique, la priorité du moment n'étant pas dans le mode d'alimentation de l'enfant mais plutôt dans sa prise en charge.

Le risque de mauvaise adaptation est beaucoup plus abordé avant 27 SA (90 %) qu'après 27 SA (36,4 %). Effectivement, le risque de mauvaise adaptation est plus important avant 27 SA qu'après. Les soins et les traitements possibles sont moins discutés avant 27 SA qu'après. Peut-être parce que les pédiatres jugent encore la survie trop incertaine pour projeter les parents dans un futur même proche.

Les pédiatres de plus de 40 ans parlent un petit peu moins de tous les sujets sauf du risque de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine. Ils ciblent probablement mieux les besoins des parents sur le moment.

Les informations données sont bien retenues, les patientes disaient se souvenir d'avoir été informées au sujet des difficultés que pourrait rencontrer leur enfant à la naissance à 93,9 %. Étonnamment, le contexte d'urgence ne modifie pas significativement la façon dont l'information est retenue. Cela pourrait s'expliquer par une attention plus accrue des patientes lors des entretiens en situation d'urgence.

La question du risque de mauvaise adaptation n'a que 54,6 % d'accord entre pédiatre et patiente. Cette question était peut-être trop vague pour les patientes, ce qui peut expliquer ce faible pourcentage d'accord pour cette question précisément (p. 45).

F. Perception de l'entretien par les femmes

La compréhension des patientes semble être la même peu importe le niveau socio-économique. Toutes les patientes affirmaient avoir compris les informations. On peut donc supposer que les pédiatres s'adaptent bien à leurs patientes.

Pour la très grande majorité des patientes, l'entretien semblait complet, le vocabulaire du pédiatre a été trouvé adapté, le pédiatre était abordable et elles ont pu poser leurs questions. Les patientes se sentaient « peu angoissées » et « rassurées » par le pédiatre.

Il n'y a qu'une seule patiente pour qui l'entretien a généré une part d'angoisse qui n'était pas présente auparavant.

Globalement, même dans les situations graves et urgentes, les entretiens ne semblent pas mal vécus.

Les patientes jugeaient leur niveau d'angoisse concernant l'entretien prénatal plus élevé à l'issue de l'hospitalisation (7) qu'au début de celle-ci (4,6). Peut-être qu'avec le recul de l'hospitalisation de l'enfant, les risques et les enjeux semblaient plus réels pour les patientes.

G. Les attentes des femmes

Les patientes trouvaient essentiel d'être prévenues des risques concernant le développement, ainsi que des séquelles et des complications possibles. Connaître le fonctionnement du service, le temps d'hospitalisation et être conseillées à propos de l'allaitement maternel leur semblait important sans être essentiel. Les thèmes leur semblant essentiels étaient plus souvent abordés par les pédiatres que les thèmes leur semblant seulement importants.

Aucune réponse n'a été donnée lorsqu'on leur demandait ce qu'elles ne souhaitaient pas entendre. On peut donc en conclure que même une information concernant un pronostic grave est une information que les parents souhaitent entendre.

H. L'évolution des enfants

L'évolution variable des prématurés conditionne certainement la perception par les mères de la pertinence des informations anténatales (p. 51).

II. Limites de l'étude

A. Nombre de réponses

Sur la période d'étude, 178 femmes ont accouché avant 35 SA, alors que seulement 41 patientes ont pu être vues en entretien et donc incluses dans cette étude. Ainsi, cette étude a permis d'évaluer la satisfaction de seulement 23 % de patientes ayant accouché prématurément. 2 hypothèses peuvent expliquer ce faible nombre de patientes :

1. Les pédiatres réalisaient très peu d'entretiens.
2. Les pédiatres réalisaient des entretiens mais ne participaient pas à l'étude.

Il n'existe pas de chiffres concernant le nombre total d'entretiens réalisés par les pédiatres, il n'est donc pas possible de savoir quelle place donner à chaque hypothèse. Cependant, mon passage régulier dans les services de néonatalogie m'a permis de constater une grande motivation des pédiatres pour cette étude, la deuxième hypothèse me semble donc moins recevable. Le nombre de patientes inclus est restreint. Cependant, le but n'était pas

d'augmenter le nombre d'entretiens sur la période d'étude, mais d'évaluer les pratiques habituelles. Le nombre prévisible de patientes était de 80 et seules 41 patientes ont été incluses. Ce qui ne représente que 51 % du nombre prévisible. Ce nombre était probablement faux, puisqu'il n'y avait aucun chiffre estimant le nombre d'entretiens réalisés par les pédiatres. Ce qui peut expliquer que l'on atteigne seulement 51 % de la taille prévisible de l'échantillon.

L'échantillon de population étant réduit, il pourrait donc être intéressant de poursuivre l'étude sur une plus longue période de manière à augmenter la puissance.

Toutes les patientes à qui il a été proposé de répondre aux questionnaires ont accepté. Pour seulement 17 patientes (celles qui ont accouché dans un autre établissement, celles dont les nouveau-nés sont décédés et celles dont les nouveau-nés n'étaient pas sur le point de sortir de l'hôpital) le questionnaire de fin d'hospitalisation n'a pas pu être renseigné.

Les questions ouvertes n'ont eu que quelques réponses. Les questions à cocher, quant à elles ont plutôt été bien remplies.

B. Méthode

Le choix d'un questionnaire simple devait permettre une large diffusion, des réponses et une analyse rapide de celles-ci, néanmoins la réalisation d'entretiens aurait pu permettre d'approfondir l'analyse du vécu de ces situations.

Le délai entre l'entretien et le remplissage des questionnaires destinés aux patientes étant dans certains cas très long, les patientes ont pu oublier une partie des informations.

Les entretiens étaient réalisés par plusieurs pédiatres. Cependant une analyse selon leur âge et leur sexe a été effectuée.

La satisfaction des conjoints n'a pas été évaluée.

La trace de l'information (principaux points de l'entretien) consignée dans le dossier obstétrical n'a pas été évaluée.

L'absence de comparaisons à des témoins, c'est-à-dire des femmes qui n'auraient pas bénéficié d'un entretien ne nous permet pas de dire si l'entretien prénatal est vraiment bénéfique pour les patientes.

L'information délivrée par les sages-femmes n'a pas été évaluée de manière approfondie.

L'analyse de la visite du service de néonatalogie avec un psychologue n'a pas été effectuée. Elle aurait pu permettre de compléter les informations de façon plus personnelle. Car cette visite permet aux patientes d'exprimer leurs angoisses.

III. Comparaisons à d'autres études

Il n'a pas été retrouvé d'études comparables à celle-ci. Un mémoire avait été réalisé à Nantes en 2003 sur le sujet de l'information prénatale aux couples confrontés à la grande prématurité (30). Les questionnaires étaient alors distribués juste après l'entretien et uniquement pour des entretiens ayant lieu en grossesses à haut risque.

Des études étrangères ont également été réalisées, toutefois la problématique était différente et les critères étudiés autres (28, 29, 33, 34). Par exemple, l'étude 33 s'attache à décrire si les parents ont trouvé que le pédiatre avait suffisamment parlé de la probabilité de mort ou d'incapacité, de la douleur, du lien d'attachement, des questions financières et des considérations religieuses pendant l'entretien, questions qui n'ont pas été évaluées dans ce mémoire.

Des enquêtes de satisfaction des usagers de maternité ont été réalisées, mais jamais précisément au sujet de l'entretien prénatal pédiatrique (35).

IV. Propositions

A. Proposition organisationnelle

Il est délicat de proposer aux pédiatres de voir plus de patientes ayant un risque d'accouchement prématuré car, dans un certain nombre de cas, ces patientes accoucheront à terme ou proche du terme (4 patientes sur 41 dans cette étude) et cet entretien sera alors très générateur d'angoisse. Néanmoins, sur la période d'étude, $\frac{3}{4}$ des patientes ayant accouché avant 35 SA n'ont pas été vues en anténatal. Il faut donc mieux cibler les patientes ayant besoin de cet entretien. Mais la marge de progression est faible, car seulement 5,6 % des patientes pour qui les conditions de réalisation de l'entretien semblaient plus faciles n'en ont pas bénéficié.

Il est important pour les patientes hospitalisées en grossesses à haut risque et en demande d'information qu'elles aient la chance de pouvoir rencontrer un pédiatre. Pour les autres, si la prématurité est une certitude, il est légalement obligatoire de proposer l'entretien. Si la prématurité n'est pas certaine, il me semble préférable pour la patiente qu'elle ne rencontre pas le pédiatre. Car même si cette étude ne montre pas un niveau d'angoisse des patientes élevé suite à l'entretien, j'ai le sentiment que l'entretien serait, pour elles, générateur d'une angoisse

inutile. Dans ce cas, si toutefois le risque d'accouchement prématuré devient certain, le pédiatre pourra être amené à voir ces patientes en urgence. C'est ce qui explique qu'il y ait autant d'entretiens en urgence.

C'est le rôle des sages-femmes de cibler au mieux les patientes devant bénéficier d'un entretien prénatal.

Près de la moitié des patientes souhaitait être revue, mais le problème de la disponibilité des pédiatres se pose.

Une évaluation ultérieure à 6 mois ou à 1 an des conséquences des informations délivrées en anténatal pourrait s'avérer informative.

Il pourrait être intéressant de remettre aux parents une notice d'information générale sur les risques liés à la prématurité. Ce qui permettrait une relecture plus calme, à distance de l'entretien et avec le conjoint si celui-ci était absent. Mais, c'est une trace écrite qui reste et qui n'est pas toujours bien adaptée à la situation ainsi qu'à l'individu. De plus, se pose la question du contenu éventuel de cette information écrite qui devra être adapté à la plus large population possible. Chaque situation est particulière ce qui rend très difficile de réaliser un document d'information unique.

B. La formation des sages-femmes

La formation des sages-femmes n'inclut pas une formation aux compétences relationnelles avec les patientes. Effectivement, ces compétences peuvent difficilement s'enseigner par des cours théoriques. Toutefois, quelques heures de psychologie sont dispensées tout au long du programme des études et ce dès la première année.

Concernant l'information à donner à de futurs parents d'enfant prématuré, aucun cours sur le sujet n'est prévu au programme, alors que les sages-femmes sont au premier plan pour répondre aux questions des parents. Cependant un cours théorique tend à s'en approcher : celui de psychologie concernant l'annonce du handicap. De plus, les expériences en terrain de stage sont essentielles. Que ce soit dans le service de diagnostic anténatal en participant aux consultations, ou en GHR en assistant aux entretiens effectués par les pédiatres.

Il pourrait donc être souhaitable d'instaurer un cours spécifique au sujet de l'information délivrée à de futurs parents d'enfant prématuré, un cours qui ne serait peut-être pas donné lors de l'enseignement de psychologie mais plutôt prenant place dans l'enseignement de pédiatrie.

Conclusion

L'évaluation des pratiques et de la satisfaction des patients s'inscrit dans l'optique globale de démarche qualité qui vise à sans cesse améliorer les performances du système de santé.

Cette enquête : « Evaluation de l'entretien prénatal pédiatrique concernant la prématurité », réalisée auprès de 41 patientes ayant bénéficié de cet entretien montre que les patientes sont globalement satisfaites de cette information prénatale. Toutefois, seul ¼ des patientes accouchant avant 35 SA bénéficie d'un entretien prénatal pédiatrique et de plus, près de la moitié d'entre elles aurait souhaité renouveler l'entretien pour compléter l'information reçue auparavant.

Il pourrait donc être intéressant d'évaluer la satisfaction des femmes ainsi que la manière dont a été vécue cette naissance prématurée, pour celles ayant bénéficié d'un entretien et celles n'en ayant pas bénéficié. Ceci, dans le but de savoir s'il y a réellement un intérêt à réaliser des entretiens prénatals pédiatriques.

Une autre proposition pourrait être de compléter ce travail en agrandissant l'échantillon, donc en réalisant une étude sur une période plus longue. Mais également en évaluant les rencontres avec un psychologue pour voir comment ces deux interventions auprès des patientes se complètent.

Bibliographie

1. VOYER M, MAGNY J-F, COATANTIEC Y et al. *Prématurité, le préterme*. 2^{ème} ed. Paris : Elsevier, 1998, 349:5 (Monographie de l'encyclopédie médico chirurgicale).
2. BETREMIEUX P. Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance : synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). *Méd et enfance*, Avril 2007, hors-série n°27, p. 1-40.
3. DREES. La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Bulletin N° 775, Octobre 2011. p. 8. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
4. VENDITELLI F, RIVIERE O, CRENN HEBERT C et al. Réseau sentinelle Audipog 2004–2005. Partie 1 : résultats des principaux indicateurs périnatals. *Gynecol Obstet Fertil*, Novembre 2008, Volume 36, N°11, p. 1091-1100.
5. ZEITLIN J, S. DRAPER E, KOLLEE L et al. Differences in Rates and Short-term Outcome of Live Births Before 32 Weeks of Gestation in Europe in 2003: Results From the MOSAIC Cohort. *Pediatr*. Mars 2008, Volume 121, N° 4. p. 936-944.
6. LARROQUE B, ANCEL P-Y, MARRET S, Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EIPAGE study): a longitudinal cohort study for the EIPAGE Study group. *Lancet* 2008; Volume 371, N°9615. p. 813-820.
7. CNGOF Recommandations pour la pratique clinique : La menace d'accouchement prématurée à membranes intactes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Janvier 2002, Volume 31, N°S7.
8. Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble Pays de la Loire Recommandations : Principes de prise en charge pré-, per- et post-natale des grossesses et des nouveau-nés de 22 à 26 SA. Août 2008. Disponible sur : http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/nn_24_26_SA_aout_2008_2.pdf

9. CHITRIT Y. Hiérarchiser les accouchements prématurés. Pédiatrie pratique en ligne. Juin 2008.
Disponible sur :

<http://www.pediatrie-pratique.com/journal/article/hierarchiser-les-accouchements-prematures>

10. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&dateTexte>

11. BRANGER B, FLAMANT C. Les types de soins en néonatalogie dans le Réseau « Sécurité Naissance » Proposition de référentiel. Septembre 2011. Disponible sur :

http://www.reseau-naissance.com/joomla/type_de_soins_nov_2011.pdf

12. LAUGIER J, ROZE J.-C, SIMEONI U et al. Soins aux nouveau-nés avant pendant et après la naissance. 2^{ème} édition MASSON PARIS. 2006. 839 pages, p. 199-218.

13. GOLD F, AUJARD Y, DEHAN M et al. Soins intensifs et réanimation du nouveau-né. 2ème édition. Paris : MASSON, 2006, 597 pages (collection de périnatalité) p. 224-257.

14. Le prématuré pris en charge dans une maternité de niveau 1. Disponible sur :

<http://www.pediatres-du-monde.org/Documentation/Protocoles/Premature.pdf>

15. ZUPAN SIMUNEK V. Le devenir des prématurés en France en 2008. Disponible sur :

http://www.reseau-psof.fr/medias/le_devenir_des_prematures_en_2008_en_france.pdf

16. FORZY G, DENOIT V, DALLEMAGNE V et al. Interest of Prom-Test in the follow-up of premature rupture of membranes. Ann Biol Clin. Mai-Juin 2007, Volume 65, N°3, p. 313-316.

17. MARZANO M. L'éthique appliquée. Chapitre 2 : Autonomie, corps et secret médical : l'essor de la bioéthique. Deuxième édition. Paris : Puf, 2010, 127p. (Collection Que sais-je ?).

18. Convention des droits de l'homme et de la biomédecine. Disponible sur :

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article_imprim.php3?id_article=26511

19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Mars 2000. 8p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf>
20. www.legifrance.fr
21. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé. Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée. Edition Sicom avril 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
22. DABOVAL T. Discuter de la prématurité : une conduite éthique possible. *Paediatr Child Health*. Février 2005; Volume 10, N°2, p. 87-94.
23. 21^{ème} séminaire GUIGOZ - *Pédiatrie en maternité*. Novembre 2006 p. 68-72 Le rôle prénatal du pédiatre dans les maternités de type III, p. 158-163 Information des parents.
24. AZRIA E, BETREMIEUX P, CAEYMAEX L et al. L'information dans le contexte du soin périnatal : aspects éthiques. *Arch pédiatr*. Octobre 2007, Volume 14, N°10, p. 1231-1239.
25. CANOUI P. L'information : vécu des enfants et des parents. *MT Pédiatrie*. Novembre-Décembre 2009; Volume 12, N°6, p. 367-376.
26. SIMEONI U et al. Éthique et médecine périnatale : deux étapes de la réflexion professionnelle française, 2001-2008. *Arch Pédiatr*. Septembre 2009; Volume 16, N°S1, p. 28-37.
27. SMAGGHE E. Appréhender la prématurité dans la globalité du couple mère-enfant / famille-enfant... La vision de la Sage-Femme. 7^{ème} journée du collège national des sages-femmes 2009.
28. YEE WH, SAUVE R. What information do parents want from the antenatal consultation? *Paediatr Child Health*. Mars 2007; Volume 12, N°3, p. 191-196.
29. ZUPANCIC J A F, KIRPALANI H, BARRETTARCH J et al. Characterising doctor-parent communication in counselling for impending preterm delivery. *Dis Child Fetal Neonatal*. Février 2002; Volume 87, N°2, p. 113-117.

30. LE COQ M. L'information anténatale aux couples confrontés à la grande prématurité. Mémoire de sage-femme: NANTES : 2003. p. 70.
31. CCNE avis n°065. Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale. Septembre 2000. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis065.pdf>
32. JANSE-MAREC J, MAIROVITZ V. Prise en charge des prématurés entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée Menace d'accouchement prématuré sévère précoce : est-il licite de ne pas transférer in utero et comment gérer une naissance en centre de niveau I et II ? J Gynecol Obstet Biol Reprod, Janvier 2004, Vol. 33, N° S1, p. 88-93.
33. COLIN PARTRIDGE J, MARTINEZ A M, NISHIDA H. International Comparison of Care for Very Low Birth Weight Infants : Parents' Perceptions of Counseling and Decision-Making. Pediatr. Février 2005; Volume 163, N°9, p. 263-271.
34. RANCHOD TM, BALLOT DE, MARTINEZ AM, et al. Parental perception of neonatal intensive care in public sector hospitals in South Africa. S Afr Med J, Novembre 2004, Vol. 94, N°11, p. 913-916.
35. DREES. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. N° 660, Septembre 2008. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>
36. GASQUET I, VILLEMOT S, DOS SANTOS C et al. Adaptation culturelle et validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français. Santé publique 2003 ; Volume 15, N°4, p. 383-402.
37. Inspection Générale des Affaires Sociales. Mesures de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Rapport n°RM2007-045P. Mars 2007. p. 41.

Annexes

A. Grille de critères

Etiquette patient ou nom et prénom :

Initiales du pédiatre :

N° patient : / _ / _ / _ /

Grille de critères :

Il n'est pas nécessaire d'aborder tous les critères, la conduite de l'entretien reste à l'appréciation du pédiatre.

L'entretien s'est-il déroulé en situation d'urgence en salle de naissance :

- Oui
- Non

Date de l'entretien : / __ / __ / 2011 à __ : __ heure, réalisé au terme de __ SA+ __ J

Durée de l'entretien : __ __ minutes

Avez-vous informé de la présence d'un pédiatre au moment de la naissance de l'enfant :

- Oui
- Non

Avez-vous expliqué la prise en charge au moment de la naissance :

- Oui
- Non

Avez-vous abordé le risque de mauvaise adaptation en salle de naissance (limitation de soins, adrénaline, décès) :

- Oui
- Non

Avez-vous expliqué les soins et les traitements liés à la prématurité :

- Oui
- Non

Avez-vous expliqué les complications respiratoires de la prématurité :

- Oui
- Non

Avez-vous expliqué les complications neurologiques de la prématurité :

- Oui
- Non

Avez-vous parlé de l'allaitement maternel :

- Oui
- Non

Avez-vous évoqué les bénéfices de l'allaitement maternel pour les prématurés :

- Oui
- Non

Avez-vous parlé de la durée d'hospitalisation :

- Oui
- Non

Avez-vous parlé d'un pronostic à court ou à long terme :

- Oui
- Non

Cochez la case correspondante :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Pensez-vous avoir été inquietant(e) :				
Pensez-vous avoir été rassurant(e) :				

Avez-vous abordé d'autres thèmes (lieu et durée de séjour, transfert postnatal, prise en charge par le réseau grandir ensemble...), ou particularités de cet entretien (patiente peu ou très préoccupée par son bébé ou par son travail...) :

B. Questionnaire n° 1



Questionnaire n° : / _ / _ / _ /

Hôpital mère et enfant

Evaluation de l'entretien prénatal concernant la prématurité

Etude réalisée par Mlle PERRAUD (étudiante sage-femme 3^{ème} année)

Travail encadré par le Dr C. FLAMANT (service de néonatalogie)

En répondant à ce questionnaire **anonyme et confidentiel**, vous nous aidez à améliorer notre prise en charge avant la naissance. Merci de prendre quelques minutes pour répondre en toute **objectivité** aux questions qui suivent.

Date de remplissage du questionnaire : / _ _ / _ _ / 2 0 1 1 /

Avant de voir le pédiatre aviez-vous reçu des informations d'autres professionnels de santé (sages-femmes, obstétriciens) ?

- Oui, ces informations étaient-elles cohérentes avec celles données par le pédiatre ?
 - Oui
 - Non, le pédiatre les a-t-il alors recadrées ?
 - Oui
 - Non
- Non

Votre conjoint était-il présent lors de la consultation avec le pédiatre ?

- Oui
- Non, cela était-il :
 - Impossible pour lui
 - Possible mais ce n'est pas grave, je lui ai rapporté les propos de l'entretien
 - Possible, mais pas souhaité

Informations générales à propos de vous et du père :

Quel est votre niveau d'études ? (Cocher la case correspondante)

		Mère	Père
1	Aucun diplôme		
2	Brevet des collèges		
3	BEP, CAP ou diplôme équivalent		
4	Baccalauréat		
5	Au-dessus du Bac à Bac + 2		
6	Diplôme supérieur (licence et plus)		

Quelle était votre activité avant l'hospitalisation en obstétrique ? (Cocher la case correspondante)

		Mère	Père
1	En activité professionnelle		
2	Congé maternité		
3	Arrêt maladie		
4	En congé parental		
5	Chômage et / ou recherche d'emploi		
6	Etudiant(e)		
7	Sans activité professionnelle		

Page 1 sur 4

Quelle est votre situation socio-professionnelle ? (Cochez la case correspondante)

		Mère	Père
1	Agriculteur sur petite, moyenne ou grande exploitation		
2	Artisan, commerçant et assimilé, chef d'entreprise		
3	Cadre, profession intellectuelle supérieure : profession libérale, cadre de la fonction publique, professeur, profession scientifique, profession de l'informatique, cadre administratif et commercial d'entreprise, ingénieur, cadre technique d'entreprise		
4	Profession intermédiaire : instituteur et assimilé, santé et travail social, fonction publique, commercial des entreprises, technicien, contremaître, agent de maîtrise		
5	Employé : employé civil, agent de service de la fonction publique, policier et militaire, employé administratif d'entreprise, employé de commerce, personnel de services directs aux particuliers		
6	Ouvrier (qualifié ou non) : industriel, artisanal, chauffeur, manutention magasinage, transport, agricole		
7	Retraité		
8	Autre (préciser) ou sans activité professionnelle		

A propos de l'entretien avec le pédiatre :

Qui a proposé/demandé l'entretien avec le pédiatre ?

- L'équipe obstétricale
- Vous

Durée approximative de l'entretien : _ _ _ minutes

Cochez la case correspondante :	1 Sufficient	2 Peu suffisant	3 Insuffisant	4 Très insuffisant
Le temps accordé vous a-t-il semblé suffisant ?				
	1 Adapté	2 Peu adapté	3 Inadapté	4 Très inadapté
Le vocabulaire était-il adapté ?				

Avez-vous rencontré le pédiatre plusieurs fois (plus d'une fois) ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ? _ _

Si ce n'est pas le cas, auriez-vous souhaité le rencontrer plusieurs fois ?

- Oui
- Non

Le pédiatre était-il abordable ?

- Oui
 Non

Avez-vous pu poser vos questions ?

- Oui
 Non

Entourez le chiffre qui vous convient :

	Pas angoissant		Peu angoissant			Angoissant			Très angoissant		
Cet entretien vous a-t-il semblé globalement angoissant ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Très rassurant		Rassurant			Peu rassurant			Pas rassurant		
Cet entretien vous a-t-il semblé globalement rassurant ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pour qualifier votre angoisse avant/après l'entretien, vous diriez :

- J'étais angoissée avant et je le suis restée après malgré des explications claires du pédiatre.
 J'étais angoissée avant et je le suis restée après car le pédiatre n'a pas été suffisamment rassurant.
 J'étais angoissée avant et j'ai été rassurée par le pédiatre.
 Je n'étais pas spécialement angoissée, les informations ont été claires et je suis restée rassurée.
 Je n'étais pas spécialement angoissée mais l'entretien a généré une part d'angoisse.

Entourez le chiffre qui vous convient :

	Adapté		Peu adapté			Inadapté			Très inadapté		
L'entretien vous est-il paru adapté à la situation ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Cochez la case correspondante :

	1 Trop complet	2 Très complet	3 Complet	4 Peu complet
Avez-vous trouvé l'entretien complet ?				

Avez-vous été informée sur la durée d'hospitalisation de votre enfant ?

- Oui
 Non

Si cela n'a pas été le cas, auriez-vous souhaité l'être ?

- Oui
 Non

Avez-vous reçu des informations au sujet :

- De la prise en charge de votre enfant au moment de sa naissance ?
 - Oui
 - Non
- Des difficultés que pourrait rencontrer votre enfant à la naissance ?
 - Oui
 - Non
- De la présence du pédiatre sur place au moment de la naissance de votre enfant ?
 - Oui
 - Non

Avez-vous reçu des informations au sujet :

- Des soins et des traitements possibles pour votre enfant ?
 - Oui
 - Non
- Des complications respiratoires possibles pour votre enfant ?
 - Oui
 - Non
- Des complications neurologiques possibles pour votre enfant ?
 - Oui
 - Non
- Du mode d'alimentation de votre enfant ?
 - Oui, cela vous a-t-il fait changer d'avis en **favor** de l'allaitement maternel ?
 - Oui
 - Non
 - Non, cela vous a-t-il fait changer d'avis en **défavor** de l'allaitement maternel ?
 - Oui
 - Non
 - Non
- Avez-vous compris l'ensemble des informations délivrées par le pédiatre ?
 - Oui
 - Non

Cochez la case correspondante :

	1 Entièrement	2 Correspond plutôt bien	3 Correspond plutôt mal	4 Pas du tout
Enfin, l'information que vous avez reçue correspond-elle aux soins et traitements dont votre enfant a bénéficié depuis sa naissance ?				

Entourez le chiffre qui vous convient :

Avec du recul cotez sur cette échelle votre satisfaction globale sur l'entretien qui avait été réalisé par le pédiatre	Entièrement satisfait		Plutôt satisfait			Pas très satisfait			Pas du tout satisfait		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pour quelles raisons ?

Après le départ du pédiatre, avez-vous pu reparler de la prématurité avec d'autres professionnels de santé ?

- Oui, avec :
 - Sage-femme
 - Obstétricien
 - Agent de service hospitalier
 - Aide-soignant
 - Quelqu'un dont vous ne connaissiez pas le rôle
- Non

Si oui, ces informations étaient-elles cohérentes avec celles reçues par le pédiatre ?

- Oui
- Non

Merci de votre participation

C. Questionnaire n° 2



Questionnaire n° : / _ / _ / _ /

Hôpital mère et enfant

Evaluation de l'entretien prénatal concernant la prématurité

Etude réalisée par Mlle PERRAUD (étudiante sage-femme 3^{ème} année),
travail encadré par le Dr C. FLAMANT (service de néonatalogie)

En répondant à ce questionnaire **anonyme et confidentiel**, vous nous aidez à améliorer notre prise en charge avant la naissance.
Merci de prendre quelques minutes pour répondre en toute **objectivité** aux questions qui suivent.
Certaines de ces questions vous ont déjà été posées dans un questionnaire précédent.
Vos opinions ayant pu changer, je vous prie de bien vouloir y répondre à nouveau.

Date de remplissage du questionnaire : / _ _ / _ _ / 2 0 1 1 /

A propos de votre (vos) enfant(s) :

Au cours de son hospitalisation, votre (vos) enfant(s) a-t (ont)-il présenté(s) des complications liées à la prématurité ?

- Oui, de quel ordre :
 - Respiratoires
 - Cardiaques
 - Digestives
 - Ophtalmologiques
 - Neurologiques
 - Autres : (ajouter : préciser) _____
- Non

A propos de l'entretien prénatal avec le pédiatre au sujet de la prématurité

Avant cet entretien, connaissiez-vous déjà :	1 Très bien	2 Moyennement bien	3 Pas beaucoup	4 Pas du tout
- Les soins et les traitements que l'on peut apporter aux prématurés ?				
- Les complications liées à la prématurité ?				

Qu'avez-vous retenu de cet entretien ?

- Les soins et les traitements
 - Oui
 - Non
- Les complications respiratoires
 - Oui
 - Non
- Les complications neurologiques
 - Oui
 - Non
- La présence du pédiatre sur place au moment de la naissance
 - Oui
 - Non

Entourez le chiffre qui vous convient :	Pas angoissant		Peu angoissant			Angoissant			Très angoissant		
Cet entretien vous a-t-il semblé globalement angoissant ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Très rassurant		Rassurant			Peu rassurant			Pas rassurant		
Cet entretien vous a-t-il semblé globalement rassurant ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Adapté		Peu adapté			Inadapté			Très inadapté		
L'entretien vous est-il paru adapté à la situation ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Page 1 sur 2

Cochez la case qui vous convient :	1 Entièrement	2 Correspond plutôt bien	3 Correspond plutôt mal	4 Pas du tout
Finally, l'information que vous avez reçue au cours de l'entretien avant la naissance correspond-elle aux soins et traitements dont votre enfant a bénéficié depuis sa naissance ?				
L'information que vous avez reçue au cours de l'hospitalisation de votre enfant correspond-elle aux soins et traitements dont il a bénéficié depuis sa naissance ?				

Entourez le chiffre qui vous convient :	Entièrement satisfait		Plutôt satisfait			Pas très satisfait			Pas du tout satisfait		
Avec du recul, cotez sur cette échelle votre satisfaction globale sur l'entretien qui avait été réalisé par le pédiatre avant la naissance :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Y a-t-il des informations que vous auriez aimé entendre ? Si oui, quelles sont-elles ?

Y a-t-il des informations que vous n'auriez pas souhaité entendre ? Si oui, quelles sont-elles ?

De façon à mieux cerner les attentes des couples en anténatal, merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions :

Au cours de cet entretien réalisé avant la naissance, pour chaque point suivant, quel est le niveau d'importance que vous donneriez :

Cochez la case qui vous convient :	1 Essentiel	2 Important	3 Peu important	4 Inutile
Aborder les soins qui seront apportés à l'enfant				
Aborder le temps approximatif d'hospitalisation				
Aborder les complications possibles liées à la prématurité				
Savoir que vous pourrez voir et toucher votre enfant				
Connaître le mode de fonctionnement du service où votre enfant sera hospitalisé (autorisation de visites, horaires pour les autres membres de la famille...)				
Etre prévenus des risques potentiels concernant son développement				
Etre prévenus des séquelles potentielles dont pourrait être atteint votre enfant				
Etre conseillés à propos de l'allaitement maternel				

Merci de votre participation

D. Informations recueillies dans les dossiers

N° patient : /_/_/_/_/

Informations à recueillir dans le dossier obstétrical

Age de la patiente : _ _

Vie en couple :

- 1 Oui
- 2 Non

Statut marital :

- 1 Célibataire
- 2 Mariée ou pacsée
- 3 Divorcée
- 4 Veuve

Grossesse issue d'AMP :

- 1 Oui
- 2 Non

Grossesse :

- 1 Unique
- 2 Gémellaire
- 3 Triple

Hospitalisation en GHR :

- 1 Oui

Date d'entrée à l'hôpital (dernière hospitalisation avant l'accouchement) : _ _ / _ _ / 2011

Pour quel motif :

- 1 MAP
- 2 RPM
- 3 Pré éclampsie
- 4 RCIU
- 5 Prævia
- 6 Métro
- 7 ARCF
- 8 Autre :

Traitement tocolytique :

- 1 Oui
- 2 Non

Corticoïdes :

- 1 Oui, combien de cures : _
- 2 Non

- 2 Non

Transfert en urgence d'un hôpital périphérique

- 1 Oui
- 2 Non

Terme prévu : _ _ / _ _ / 2011

Date d'accouchement : _ _ / _ _ / 2011 à _ _ h _ _

Accouchement au terme de _ _ + _ SA

Gestité :

Parité :

Nb prématuré de - de 37 SA : _ _

N° patient : /_/_/_/_/

Informations à recueillir dans pédiolog

Nom du nouveau-né :

Prénom du nouveau-né :

Sexe : (F=2 M=1)

IPP : _____

Né au terme de : __ + __ SA

Poids de naissance : _____ g

Etat de l'enfant le jour de remplissage du premier questionnaire :

- 10 Vivant : 1 Stable
- 2 Instable
- 3 Opéré
- 4 Images cérébrales pathologiques

20 Décédé, date du décès : __/__/2011

Complications :

- Respiratoires
- Cardiaques
- Digestives
- Ophtalmologiques
- Neurologiques
- Autres :

Date de sortie de l'hôpital : __/__/2011

- 1 Retour à domicile
- 2 Transfert vers un hôpital périphérique :
Nom de l'hôpital :

Titre : Evaluation de l'entretien prénatal pédiatrique concernant la prématurité

Résumé

La naissance prématurée est une situation fréquente en France puisqu'elle représente 7,4 % des naissances. Les nouveau-nés sont alors exposés à différents risques selon le terme de leur naissance.

En cas de risque d'accouchement prématuré, la patiente peut alors rencontrer le pédiatre qui lui explique, les risques encourus pour son bébé dans le cas d'une naissance imminente et quelle sera la prise en charge.

Le but de cette étude était d'évaluer l'entretien réalisé par le pédiatre et la satisfaction des femmes vis-à-vis de cette information prénatale qu'elles ont pu recevoir, que ce soit en situation d'urgence ou non.

Ainsi, une étude prospective a été réalisée portant sur des questionnaires qui étaient destinés aux pédiatres et aux patientes.

Finalement seul ¼ des patientes accouchant avant 35 SA bénéficie d'un entretien prénatal pédiatrique.

Les patientes qui en bénéficient sont globalement satisfaites, mais la moitié d'entre elles souhaitait renouveler cet entretien.

Mots clés : Entretien prénatal pédiatrique, information prénatale, prématurité, accouchement prématuré, satisfaction des patientes, évaluation.