

**Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes**

Diplôme d'État de Sage-femme

2021-2022

Information reçue lors de l'entretien prénatal précoce :

Evaluation de la satisfaction à l'Hôpital Mère et Enfant (HME) de
Limoges

Présenté et soutenu publiquement le 30 août 2022

Par Ninon Lacoste

Expert scientifique : Maud Gorce

Expert méthodologique : Karine Bompard-Granger

Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac

Remerciements

A ma guidante de mémoire, Karine Bompard-Granger, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce travail.

A ma directrice de mémoire, Maud Gorce, sage-femme hospitalière, pour ses conseils et ses relectures.

A Audrey Lestrat Dortignac, sage-femme coordinatrice, pour son investissement dans la diffusion de mon questionnaire.

Aux sages-femmes, aides-soignantes et auxiliaires puéricultrices rencontrées durant les stages pour leurs encadrements et leurs conseils.

Aux personnes qui m'ont hébergée lors de la réalisation de stages extérieurs pour leur accueil.

A l'ensemble de ma famille et amis proches, qui m'ont toujours soutenue et cru en moi.

A ma grand-mère, Thérèse, pour ses « Yes you can ! », nos discussions et ses encouragements malgré la distance qui nous sépare.

A mon frère et mes sœurs : Colin, Léa, Maëlle et Clara, pour leur présence et nos moments réconfortants au pied levé.

A mes parents, sans qui il aurait été difficile d'arriver jusqu'ici. Merci pour leur amour, leur bienveillance (plus qu'une institution, une devise !) et leur présence toutes ces années. J'espère ne pas les avoir trop épuisés...

A Florent, mon compagnon depuis le début, pour son amour, sa patience et son soutien indéfectible.

Merci !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Remerciements	3
Droits d'auteurs	4
Table des matières	5
Abréviations	7
Première partie : Introduction	8
1. L'entretien prénatal précoce	8
1.1. Mise en place	8
1.2. Place de l'EPP dans la prise en charge périnatale	8
1.3. Contenus et objectifs de l'EPP	9
2. Etat des lieux des pratiques professionnelles de l'EPP	10
2.1. Disparités dans la population bénéficiaire	10
2.2. Disparités dans les pratiques professionnelles	11
3. L'information au patient	12
Deuxième partie : Matériel et Méthode	14
1. Type d'étude	14
2. Population étudiée	14
2.1. Critères d'inclusion et taille de l'étude	14
2.2. Critères de non-inclusion	14
3. Recueil des données	14
4. Critères d'évaluation	14
5. Méthodes d'analyse des données	15
Troisième partie : Résultats	16
1. Description de la population	16
1.1. L'âge	16
1.2. Les catégories socio-professionnelles	16
1.3. Les niveaux d'études	17
1.4. La situation conjugale	17
1.5. Parité	17
2. Caractéristiques de l'EPP	18
2.1. Professionnel ayant réalisé l'EPP	18
2.2. Terme au moment de l'EPP	18
2.3. Présence d'un tiers lors de l'EPP	18
3. Satisfaction globale de l'EPP	19
4. Satisfaction de l'information reçue concernant l'EPP	20
5. Satisfaction de l'information reçue concernant le suivi de grossesse	20
6. Satisfaction de l'information reçue concernant la prévention lors de la grossesse	21
7. Satisfaction de l'information reçue concernant l'approche de la naissance	23
8. Satisfaction concernant les documents remis lors de l'EPP	24
9. Satisfaction de l'information reçue concernant les aides sociales, financières et arrêt de travail	25
Quatrième partie : Analyse et Discussion	26
1. Critique de l'étude	26
1.1. Points forts	26

1.2. Limites.....	26
2. Analyse des résultats.....	27
2.1. Satisfaction de l'information reçue lors de l'EPP.....	27
2.1.1 Concernant l'EPP : son intérêt et son déroulement.....	27
2.1.2 Concernant le suivi de grossesse.....	27
2.1.3 Concernant la prévention.....	28
2.1.4 Concernant l'approche de la naissance.....	30
2.1.5 Concernant les documents remis lors de l'EPP.....	31
2.2. Conditions de réalisation de l'EPP.....	31
2.3. Caractéristiques de notre population.....	32
2.4. Caractéristiques des femmes globalement satisfaites.....	33
2.5. Perspectives d'action.....	34
Conclusion.....	35
Références bibliographiques.....	36
Annexe 1 : Questionnaire.....	38

Abréviations

CSP : Code de Santé Publique

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

ENP : Enquête Nationale Périnatale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

HME : Hôpital Mère Enfant

CMV : Cytomégalovirus

SPF : Santé Publique France

Première partie : Introduction

1. L'entretien prénatal précoce

L'EPP est généralement réalisé au cours du 4^e mois de la grossesse et doit être proposé systématiquement à toute patiente. Cette rencontre individuelle ou en couple avec un professionnel de santé va favoriser la création d'un lien de confiance, d'autant que sa durée moyenne est de 45 minutes.

L'entretien prénatal précoce s'est construit autour d'un objectif commun à tous les réseaux de périnatalité : faire de la naissance un évènement de vie heureux, attendu et rassurant.

1.1. Mise en place

Le plan Périnatalité 2005/2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » souhaitaient renforcer l'axe de prévention du système de soin périnatal, en particulier lors de risques psycho-sociaux. Par la suite, des recommandations nationales ont ciblé les objectifs de l'EPP, et ont favorisé une harmonisation des pratiques professionnelles (1).

Une étude publiée en 2011 et réalisée à la maternité de Necker a évalué l'impact de l'EPP sur les suites de naissances immédiates auprès de ses patientes. Plusieurs constats ont émergé. Lors de cet entretien, le professionnel encourageait la presque totalité des mères à suivre la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), et identifiait la quasi-totalité des populations à risques médico-psycho-sociaux. Néanmoins, toutes les patientes n'adhéraient pas systématiquement au parcours et à l'orientation proposés à l'issue de l'entretien (2).

D'après les enquêtes nationales périnatales (ENP) successives, le recours à l'EPP est passé de 21,4% en 2010 à 28,5% en 2016, et 85% des maternités l'ont mis en place (3).

La quête d'amélioration dans la pratique de l'EPP se poursuit, en particulier pour les femmes les plus vulnérables. Une continuité de la démarche de soin et une meilleure coordination facilitent le travail en réseau des différentes disciplines et modes d'exercice.

1.2. Place de l'EPP dans la prise en charge périnatale

L'EPP est intégré dans la PNP dont la démarche est préventive et éducative. Cet entretien est systématiquement proposé au moment du diagnostic de grossesse et réalisé idéalement au 4^e mois (pour 32,5% des femmes en 2016) ou tout au long de la grossesse. A l'EPP, s'ajoutent 7 à 8 séances prénatales, individuelles ou en groupe, classiques ou spécialisées (piscine, haptonomie, sophrologie, etc.) (4).

En 2016, 38,9% des femmes ont eu entre 7 et 8 séances de PNP, et seulement 28,5% d'entre elles avaient eu l'EPP. L'étude *Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées de la cohorte ELFE* montre que sur 14 595 participantes, seules 33% avaient bénéficié de l'EPP. Selon une seconde étude réalisée auprès de 424 patientes, 58% des participantes déclaraient ne pas connaître le terme d'entretien prénatal précoce (3), (5).

Depuis le 1^{er} mai 2020, la proposition de l'EPP à toute patiente est rendue obligatoire mais dans les faits, cela ne génère pas sa pratique systématique. Pourtant, sa réalisation en amont des séances prénatales permet d'objectiver les attentes et besoins de la femme et/ou du couple, et de mieux orienter la suite de la prise en charge si cela est nécessaire.

1.3. Contenus et objectifs de l'EPP

En 2007, la HAS a listé un ensemble de critères de qualité ayant pour but d'améliorer les pratiques professionnelles, notamment dans le cadre de l'EPP. L'objectif est de faire de cet entretien un temps d'écoute, d'échange et de dépistage. Les professionnels disposent de 45 minutes pour sa réalisation. L'utilisation d'un guide d'entretien comme support à la communication est préconisée par la HAS (4),(6).

Lors de l'entretien, le professionnel se doit de créer un premier lien avec la patiente et/ou le couple, d'identifier les besoins ou compétences parentales à développer ou à soutenir, et de répondre aux besoins d'information. L'appréciation de l'environnement social des femmes, de même que l'exploration des conditions périnatales et environnementales des enfants en devenir, ont pour objectif d'établir une prise en charge adaptée tout au long de la grossesse.

Les renseignements recherchés auprès de la patiente concernent son mode de vie, ses conditions de travail, son environnement social et familial, l'existence de facteurs de vulnérabilité (addictions, isolement, violences conjugales...), ses antécédents personnels en particulier obstétricaux, ses attentes voire ses appréhensions concernant la grossesse actuelle ou l'accouchement (6).

Le professionnel doit informer la patiente sur le suivi médical de la grossesse, les types de PNP, l'offre de soin périnatale (réseaux de santé de périnatalité, spécialiste en addictologie, Protection Maternelle et Infantile (PMI), assistante sociale), la prévention de facteurs de risques infectieux comme la toxoplasmose ou la listériose, et susciter une réflexion autour du projet de naissance.

La durée règlementaire et le caractère intimiste de l'entretien permettent aux femmes et/couples d'exprimer leurs besoins et attentes. Ainsi selon les nécessités, le professionnel

peut diriger la patiente vers d'autres acteurs comme un psychologue, un addictologue, une assistante sociale, etc. Selon l'ENP de 2016, ce type d'orientation a été proposée dans 14,6% des EPP (3).

A l'issue de l'entretien, une synthèse composée de trois feuillets est rédigée (un feuillet pour la patiente, le second pour le professionnel réalisant l'entretien, le troisième anonymisé pour le réseau), notifiant avec l'accord de la patiente les éventuels souhaits de cette dernière, ainsi que les axes d'accompagnement à privilégier. La transmission de la synthèse permet la coordination de l'équipe pluridisciplinaire et l'harmonisation des pratiques autour d'un même contexte (4).

2. Etat des lieux des pratiques professionnelles de l'EPP

Les disparités de réalisation des soins périnataux sont liées à l'existence d'importantes inégalités sociales. Trois raisons principales émergent : financière (précarité, absence de couverture médicale ou complémentaire), informationnelle (faible niveau d'éducation, faible maîtrise de la langue du pays) et spatio-temporelle (éloignement géographique des établissements de santé, difficulté de transport, difficulté de garde d'enfants, délai d'attente pour obtenir un rendez-vous).

De manière générale, les femmes les plus défavorisées, les plus jeunes, les moins assurées, les moins éduquées, célibataires et ayant 3 enfants ou plus ont un recours plus tardif au suivi classique de grossesse et s'orientent davantage vers des soins curatifs. Ce constat signifie que ces mêmes patientes auraient donc un recours moindre à l'EPP, qui s'inscrit dans une démarche préventive (7).

2.1. Disparités dans la population bénéficiaire

Plusieurs études s'accordent sur le fait que la réalisation de l'EPP dépend des caractéristiques socio-démographiques des femmes, et est donc plus souvent réalisé dans les catégories supérieures.

En 2016, 29,4% des femmes enceintes métropolitaines ont bénéficié de cet entretien. Dans les faits, l'EPP devrait concerner toutes les patientes, et tout particulièrement les patientes les plus vulnérables. Toutefois, l'EPP est plus fréquemment proposé aux femmes ne présentant pas de vulnérabilités apparentes et ne nécessitant pas d'autres types de prise en charge, telle que la PMI par exemple (3),(6).

Selon l'étude de la cohorte ELFE portée sur les caractéristiques psychosociales et obstétricales des femmes en France, l'EPP était majoritairement réalisé auprès des femmes nées en France, de niveau d'études supérieur ou équivalent au bac, et en activité. A l'inverse, l'EPP était moins proposé et moins prodigué aux femmes jeunes, présentant des troubles anxieux, consommatrices de toxiques ou bénéficiant de la CMU. Par exemple, d'après une étude lilloise réalisée auprès de 270 patientes, un niveau d'éducation élevé chez les patientes (études supérieures au bac) avait un lien significatif avec la connaissance de l'EPP ($p=0.006$) et par conséquent un plus grand nombre d'EPP était réalisé dans cette population (5), (8).

La primiparité favoriserait la connaissance et la réalisation à l'EPP. Ce constat est confirmé par l'ENP de 2016, où il est majoritairement réalisé chez des primipares, à 39,5% contre 20,5% des multipares (3).

Il a été montré que le suivi d'une PNP et la réception du carnet de maternité favorisaient la connaissance de l'EPP. Or en 2016, 40,5% des femmes déclaraient ne pas avoir reçu ce carnet. Selon une enquête réalisée auprès des réseaux de santé en périnatalité, les sources d'informations sur l'existence de l'EPP seraient les professionnels de santé, sages-femmes et médecins avec respectivement 56,9% et 16,9%, les brochures (CAF, CPAM) à 7,6%, l'entourage à 2,5%, les revues à 1% et internet à 0,6% (1).

La connaissance et la réalisation de l'EPP varient donc selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes. De plus, s'observent également des disparités dans les pratiques professionnelles.

2.2. Disparités dans les pratiques professionnelles

Concernant les établissements de santé, les maternités de type de I pratiquent davantage l'EPP que les établissements de types II et III. Les études ayant fait ce constat expliquent ceci notamment par le manque de moyen financier et humain. Ces établissements proposeraient en effet moins d'EPP que les plus petites structures telles que les maternités de type1 (8).

Selon l'ENP 2016, l'EPP était réalisé par les sages-femmes libérales dans 47,2% des cas, par les sages-femmes en établissements publics et privés dans 42,7%, plus rarement par les sages-femmes de PMI (6,3%), les gynécologues-obstétriciens (3,3%) et les médecins traitants (0,5%) (8).

3. L'information au patient

L'information se définit comme une indication, un renseignement, une précision, que l'on apporte ou que l'on obtient, d'une personne ou de quelque chose. Elle permet la compréhension, et favorise le pouvoir critique ou décisionnel (9).

D'après l'Article L1111-2 du Code de Santé Publique (CSP), l'information « [...] porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent... ». Le patient a un droit d'information, qui concerne sa santé, ou les risques auxquels il peut être confronté lors d'un traitement ou d'une prise en charge. Ainsi, tout professionnel de santé a un devoir d'information. En effet, d'après l'Article R4127-35 du CSP, le professionnel se doit de délivrer auprès du patient « [...] une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. ». L'information donnée a pour objectifs la promotion et la prévention de la santé. La promotion de la santé se définit par « [...] le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [...] ». Elle concerne « ...la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui détermine la santé. ». La prévention de la santé auprès d'un patient regroupe toute démarche préventive visant à éviter ou réduire l'apparition, voire la progression, de facteurs de risques (10),(11,12).

Pendant la grossesse, l'entretien prénatal précoce (EPP) a tout son intérêt concernant la promotion et la prévention de la santé des femmes enceintes et/ou des couples. En apportant l'information et la connaissance des ressources et prises en charge possibles au sein d'un établissement de santé, les patientes deviennent pleinement actrices de leur grossesse. Ce dernier point a toute son importance, dans la mesure où l'apport de l'information diminue le stress et facilite la prise de décision (13).

En 2016, la nouvelle-aquitaine était la région réalisant le plus d'EPP au niveau de la France métropolitaine (39,5%). Pour l'ancien Limousin, 69% des EPP étaient réalisés par des sages-femmes salariées, et dans 30% des cas, ils étaient pratiqués par les sages-femmes de l'Hôpital Mère Enfant (HME) (3), (14).

Selon l'étude régionale *Satisfaction des femmes vis-à-vis de l'EPP*, réalisée sur l'ensemble des établissements de santé de l'ancien Limousin, la majorité des participantes définissait l'accès à l'information comme l'intérêt premier de l'EPP (14).

C'est pourquoi, nous avons choisi de réaliser une étude auprès des patientes suivies à l'HME de Limoges et ayant bénéficié de l'EPP, avec l'interrogation suivante : les femmes sont-elles satisfaites de l'information reçue lors de l'EPP ?

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la satisfaction des patientes concernant l'information reçue lors de l'EPP.

L'objectif secondaire était de mettre en évidence les caractéristiques communes des femmes globalement satisfaites de l'EPP.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative transversale et monocentrique.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion et taille de l'étude

La population était composée de femmes enceintes majeures ayant bénéficié de l'EPP à l'HME de Limoges. La taille de l'échantillon attendu était de 130 patientes, selon le nombre d'EPP réalisés sur une semaine de juin 2021.

2.2. Critères de non-inclusion

Ont été non incluses dans l'étude les femmes enceintes analphabètes, les femmes enceintes qui ne parlent et ne comprennent pas le français, ainsi que les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude.

3. Recueil des données

L'outil de recueil des données était un questionnaire papier anonyme composé de questions ouvertes, fermées et à choix multiples. Après l'accord de la cadre du service, il a été distribué aux patientes ayant bénéficié de l'EPP lors de l'échographie du 2^e trimestre de grossesse, puis récupéré par l'équipe soignante du service de consultation entre le 15 septembre 2021 et le 12 janvier 2022. A partir du mois d'octobre, pour potentialiser le nombre de retours, nous avons également instauré une distribution des questionnaire le jour de l'EPP.

Le questionnaire était composé de 2 volets, le premier permettait de décrire les caractéristiques de la population et le second concernait le niveau de satisfaction des patientes quant aux différentes informations reçues lors de l'EPP.

4. Critères d'évaluation

Le critère d'évaluation principal de cette étude était le niveau de satisfaction globale des patientes concernant l'information reçue lors de l'EPP, avec une proposition : « information non reçue ».

L'évaluation de la satisfaction globale de l'information reçue a été faite à l'aide d'une échelle numérique comprise entre 0 et 10. Ainsi, quatre niveaux ont été définis :

- « Pas satisfaites » pour une valeur comprise entre [0 et 2,5[

- « Peu satisfaites » pour une valeur comprise entre [2,5 et 5[
- « Plutôt satisfaites » pour une valeur comprise entre [5 et 7,5[
- « Très satisfaites » pour une valeur comprise entre [7,5 et 10].

Les femmes pas et peu satisfaites ont été considérées comme globalement insatisfaites. Les femmes plutôt et très satisfaites ont été considérées comme globalement satisfaites.

Le niveau de satisfaction des informations reçues concernait des variables qualitatives (nominales et ordinales) qui étaient l'intérêt et le déroulement de l'EPP, les conditions de réalisation de l'EPP (sage-femme ou gynécologue-obstétricien, moment de l'EPP, présence d'un tiers ou non), l'information délivrée sur le suivi de grossesse, sur les préventions, sur les aides sociales et financières, sur la naissance et les suites de naissance, ainsi que la satisfaction concernant les documents remis lors de cet entretien.

Les caractéristiques de l'EPP étaient :

- Le professionnel ayant réalisé l'EPP : sage-femme ou gynécologue-obstétricien,
- L'âge de la grossesse au moment de l'EPP, exprimé en semaines d'aménorrhée révolues ou en mois,
- Le ressenti des patientes sur la temporalité de l'EPP : adaptée, prématurée, tardive,
- La présence d'un tiers lors de l'EPP, et si cette dernière était gênante ou a facilité les échanges.

Le degré de satisfaction des patientes a été comparé selon différentes variables en lien avec les caractéristiques de la population, telles que l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'études, le niveau d'études et la parité.

La situation conjugale (seule ou en couple), a été prise en compte.

5. Méthodes d'analyse des données

La saisie des données s'est faite dans le logiciel Microsoft Excel[®]. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide de ce même logiciel ainsi que de BiostatTGV[®].

Les données quantitatives ont été présentées sous la forme de moyennes et de médianes.

Les données qualitatives ont été présentées en pourcentage. Nos effectifs étant supérieur à 5, nous avons utilisé le test du Chi-2 ($n > 5$) pour comparer le degré de satisfaction en fonction des caractéristiques de la population et de l'EPP. Nous avons pris un risque alpha de 5% et un p significatif $< 0,05$.

Troisième partie : Résultats

Sur 79 questionnaires distribués, 65 ont été remplis intégralement et exploitables sur les 70 attendus, ce qui donne un taux de réponses à 82,3%.

1. Description de la population

1.1. L'âge

Age (Années)	Effectif (Nombre)	Proportions (%)
<20	4	6,2
[20;25]	14	21,5
]25;30]	25	38,5
]30;35]	12	18,5
]35;40]	9	13,8
>40	1	1,5
Total	65	100,0

Figure I : Distribution de l'âge (n=65)

L'âge minimum était de 18 ans, et de 43 ans pour le maximum. L'âge moyen de l'échantillon était de 28,8 ans avec un âge médian équivalent à 29 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des]25 ; 30 ans] avec 38,5%.

Par ailleurs, dans la catégorie]<20 ;30] 21 femmes étaient primipares, contre 3 dans la catégorie]30 ; >40].

1.2. Les catégories socio-professionnelles

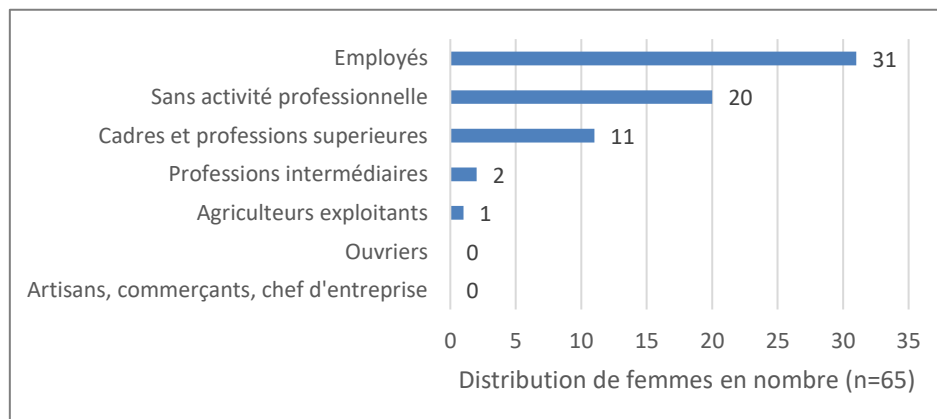


Figure II : Catégories socioprofessionnelles

Trois catégories socio-professionnelles se distinguaient dans notre échantillon : avec une majorité d'employées avec 31 patientes soit 47,7%, ensuite les sans activité avec 20 patientes soit 30,8%, et les cadres et professions supérieures avec 11 patientes, soit 16,9%.

Aucune femme n'était ouvrière, commerçante, artisane ou chef d'entreprise.

1.3. Les niveaux d'études

Toutes les patientes ont répondu.

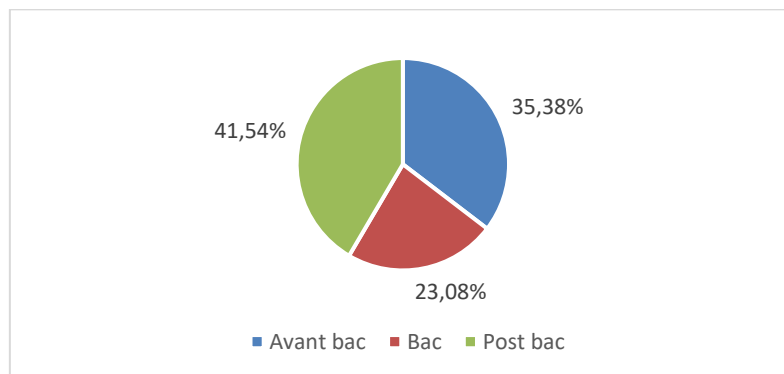


Figure III : Niveaux d'étude des femmes (n=65)

Nous observons que la majorité des femmes (42%) avait un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

1.4. La situation conjugale

Sur l'ensemble des patientes, 57 étaient en couple (87,69%) et 8 vivaient seules (12,31%).

1.5. Parité

Une patiente n'a pas répondu.

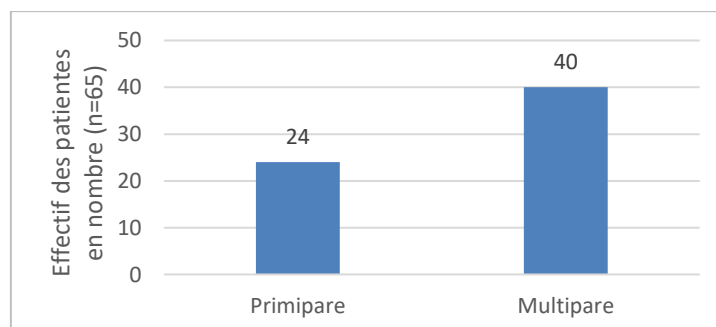


Figure IV : Parité

Près de 62,5% étaient multipares. Parmi les multipares, elles étaient 20 à avoir un enfant à charge (50%), 12 à en avoir 2 (30%), et enfin 8 à en avoir 3 ou plus (20%).

2. Caractéristiques de l'EPP

2.1. Professionnel ayant réalisé l'EPP

Une patiente n'a pas répondu.

Les EPP ont été réalisés majoritairement par une sage-femme pour 50 patientes (78%) et 14 par un gynécologue-obstétricien (21%).

2.2. Terme au moment de l'EPP

Douze patientes n'ont pas répondu.

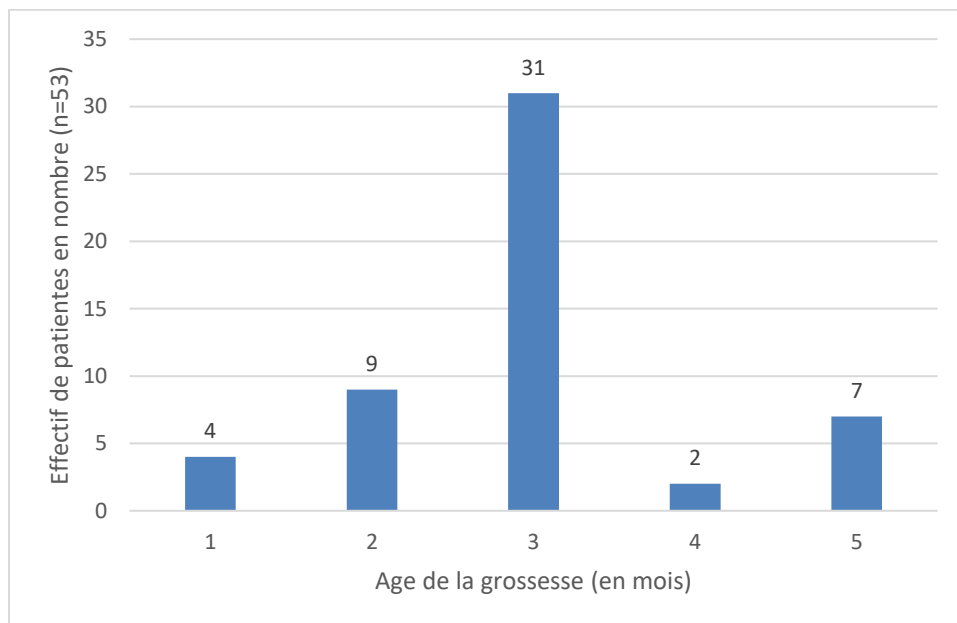


Figure V : Terme de la grossesse en mois au moment de l'EPP

Tous les EPP ont été réalisés entre 1 et 5 mois de grossesse. Près de la moitié des EPP (48%) ont été réalisés au 3^e mois de grossesse.

2.3. Présence d'un tiers lors de l'EPP

Quatre patientes n'ont pas répondu à cette question.

Lors de l'EPP 49 patientes (soit 80%) n'étaient pas accompagnées par un tiers et 12 l'étaient (20%).

Parmi les patientes accompagnées, 7 pensaient que cette présence a facilité les échanges (58%), 5 ont trouvé la présence d'un tiers sans influence (41%) et aucune n'a trouvé cette présence gênante.

3. Satisfaction globale de l'EPP

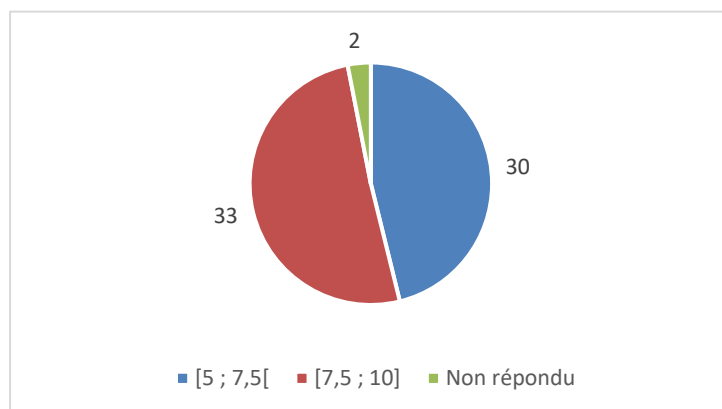


Figure VI : Satisfaction globale de l'EPP (n=65)

Les notes attribuées sur la satisfaction de l'EPP allaient de 5 à 10/10. La moyenne était de 7,73. 51% des patientes étaient très satisfaites de l'EPP et 46% étaient plutôt satisfaites. Aucune n'était pas ou peu satisfaite. 3% n'ont pas répondu.

Tableau I : Satisfaction globale des femmes selon différents critères

Critères		Moyenne	p
Classe d'âge	<20	7,75	0,6563
	[20 ; 25]	7,87	
]25 ; 30]	7,64	
]30 ; 35]	7,85	
]35 ; 40]	7,77	
	>40	6	
Parité	Primipare	7,30	0,0679
	Multipare	7,90	
Catégorie socio professionnelle	Employés	7,73	0,1326
	Sans activités	7,34	
	Cadres	7,25	
Niveau d'études	Avant bac	8,1	0,0853
	Bac	7,4	
	Enseignement supérieur	7,65	
Terme de l'EPP	1 mois	8,00	0,1422
	2 mois	8,30	
	3 mois	7,77	
	4 mois	5,50	
	5 mois	7,60	

Les notes moyennes étaient sensiblement identiques selon les différentes caractéristiques des femmes.

Il existait une tendance à la significativité entre le niveau de satisfaction de l'EPP et la parité, en faveur des femmes multipares (p=0,0128).

En revanche, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre le niveau de satisfaction de l'EPP et les caractéristiques suivantes : l'âge ($p=0,6563$), les catégories socio-professionnelles ($p=0,1326$), les niveaux d'études ($p=0,0835$) et le terme de l'EPP ($p=0,1422$).

4. Satisfaction de l'information reçue concernant l'EPP

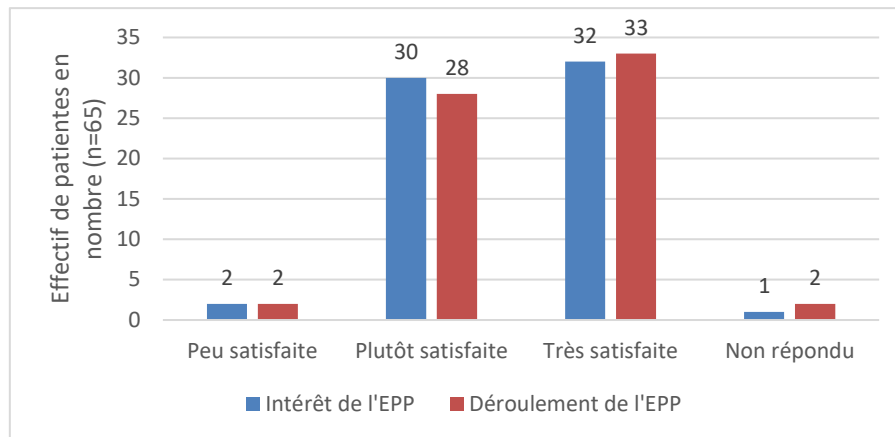


Figure VII : Niveaux de satisfaction des femmes sur les informations concernant l'intérêt et le déroulement de l'EPP

97% des femmes étaient globalement satisfaites, autant des informations concernant l'intérêt de l'EPP que pour celles concernant son déroulement.

Deux patientes se disaient peu satisfaites sur ces deux types d'informations reçues. Aucune patiente ne s'est déclarée « pas du tout satisfaite » concernant ces deux informations.

5. Satisfaction de l'information reçue concernant le suivi de grossesse

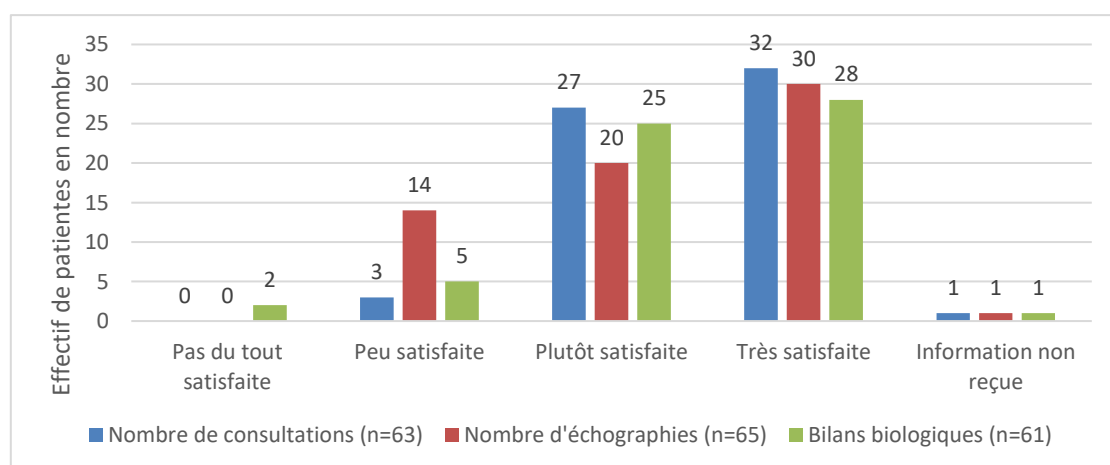


Figure VIII : Niveaux de satisfaction des femmes sur les informations concernant le suivi de grossesse

Une grande majorité des femmes a reçu la totalité des informations sur le suivi de grossesse (à 95% pour le nombre de consultation, à 98% pour le nombre d'échographie et à 92% pour les bilans biologiques).

Sur ces femmes ayant reçu l'information la grande majorité était très satisfaite.

93,6% des patientes ayant répondu (soit 59) étaient globalement satisfaites concernant le nombre de consultations, et 3 se déclaraient peu satisfaites.

En ce qui concerne les bilans biologiques, 87% (soit 53) étaient globalement satisfaites et elles étaient 7 à se déclarer globalement insatisfaites.

Concernant le nombre d'échographies, 77% (soit 50) étaient globalement satisfaites. Toutefois, 14 patientes étaient peu satisfaites.

Une patiente déclarait ne pas avoir reçu les informations. Aucune patiente ne s'est déclarée « pas du satisfaite » des informations concernant le nombre de consultations liées à la grossesse et le nombre d'échographies.

6. Satisfaction de l'information reçue concernant la prévention lors de la grossesse

➤ Prévention des infections

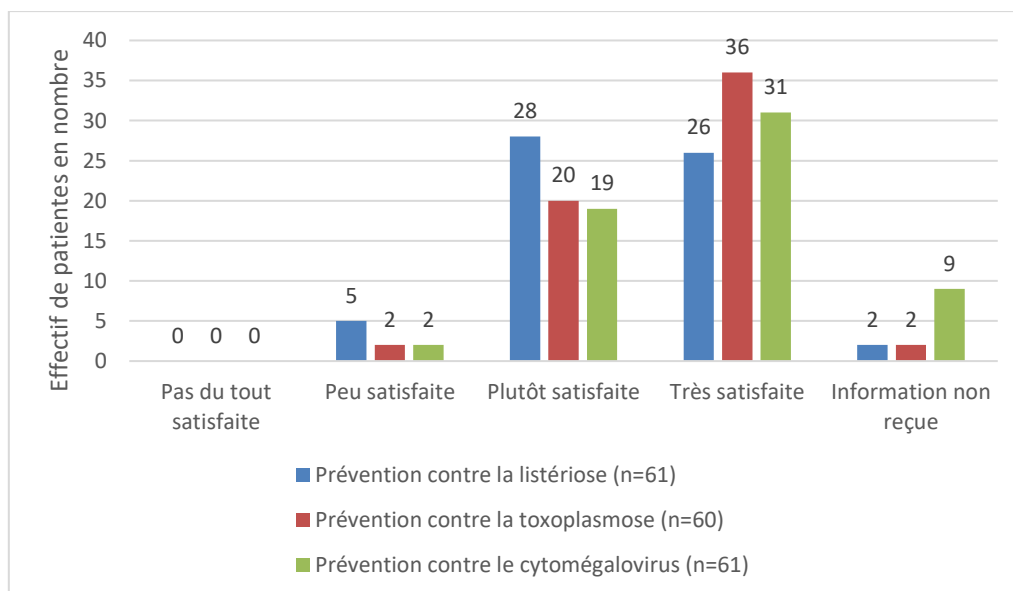


Figure IX : Niveaux de satisfaction des femmes sur les informations concernant la prévention des infections lors de la grossesse

Les femmes étaient globalement satisfaites des informations reçues concernant les préventions des infections.

Concernant la toxoplasmose, les femmes étaient globalement satisfaites à 93% (soit 56) dont 64% de très satisfaites. Deux étaient peu satisfaites.

84% (soit 54) des femmes étaient globalement satisfaites des informations reçues sur la listériose. Cinq étaient peu satisfaites.

Concernant le cytomégalovirus (CMV), 82% (soit 50) étaient globalement satisfaites et 2 étaient peu satisfaites. Notons que près de 15% des patientes déclaraient ne pas avoir reçu d'informations.

Les patientes globalement satisfaites de l'information sur la toxoplasmose et le CMV étaient pour la majorité très satisfaites, avec respectivement 64% et 62%.

Deux mêmes patientes déclaraient ne pas avoir reçu d'information concernant la listériose et la toxoplasmose. Aucune patiente ne s'est déclarée « pas du satisfaite ».

➤ Prévention des addictions et de l'automédication

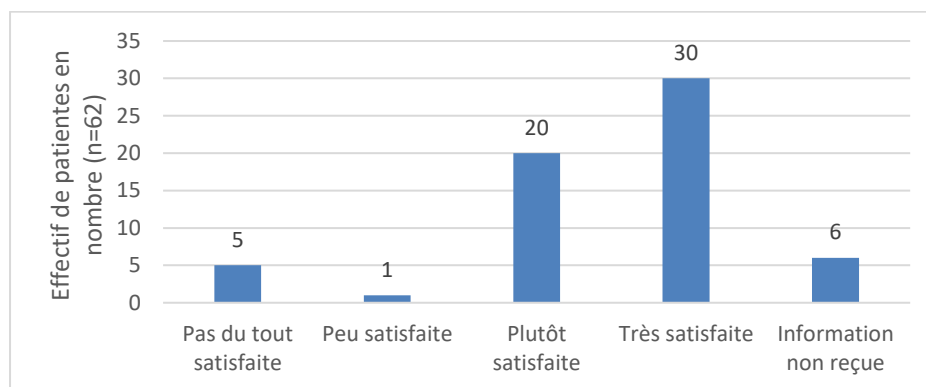


Figure X : Niveaux de satisfaction des femmes sur les informations concernant la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et l'automédication

La majorité des patientes (50 soit 90%) était globalement satisfaite des informations reçues, avec une majorité de très satisfaites. Toutefois elles étaient 5 à ne pas être satisfaites. Nous constatons que 6 patientes déclaraient ne pas avoir reçu d'informations sur les addictions et l'automédication.

7. Satisfaction de l'information reçue concernant l'approche de la naissance

➤ Types d'information sur l'approche de la naissance

19 déclaraient ne pas avoir reçu l'intégralité des informations concernant le projet de naissance, le lieu où se présenter en cas d'urgence et les cours de PNP. 5 patientes n'ont pas répondu à la totalité des questions.

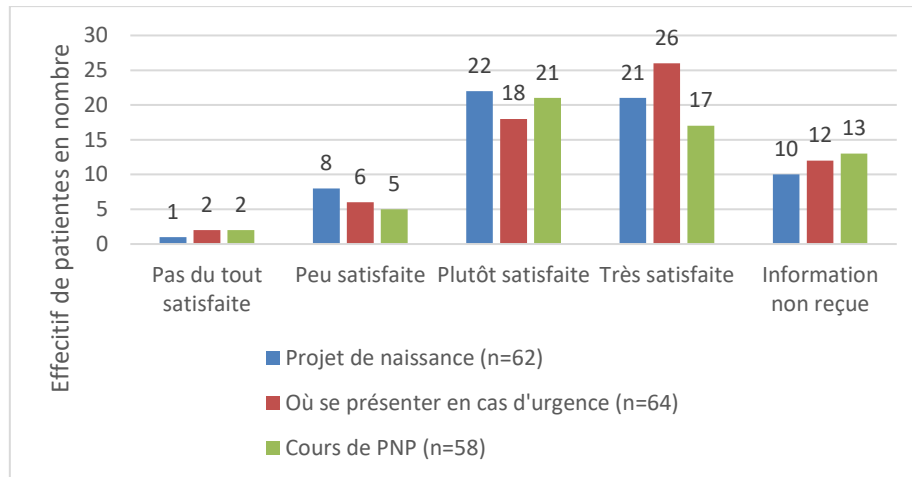


Figure XI : Niveaux de satisfaction des femmes sur les informations reçues concernant l'approche de la naissance

69% des patientes (soit 43) étaient globalement satisfaites des informations données sur le projet de naissance et 9 étaient globalement insatisfaites. Notons que près de 16% n'ont pas reçu l'information.

Concernant le lieu où se présenter en cas d'urgence, près de 69% se déclaraient globalement satisfaites et 8 étaient globalement insatisfaites. 20% n'ont pas reçu l'information.

Concernant les cours de PNP, 38 étaient globalement satisfaites sur 58 patientes ayant répondu et 7 étaient globalement insatisfaites. 22% n'ont pas reçu l'information.

➤ Niveau de satisfaction sur les informations de la naissance et des suites de naissance

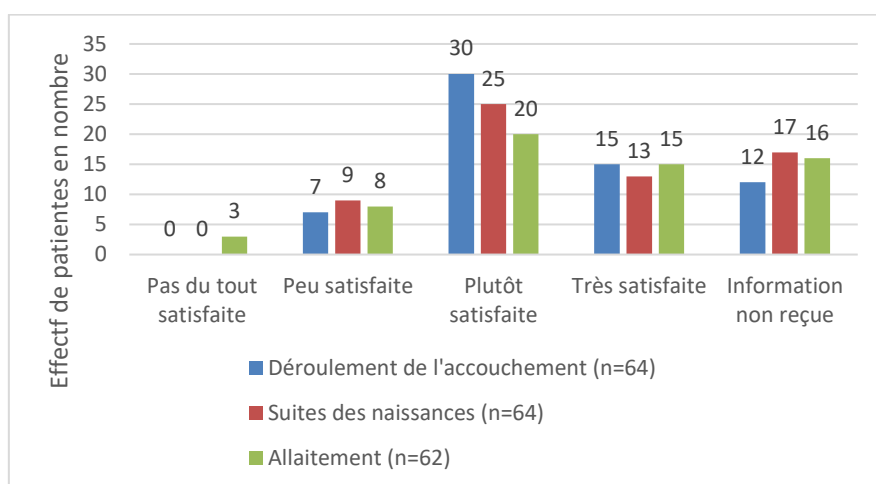


Figure XII : Niveaux de satisfaction des femmes sur les informations reçues concernant de la naissance et les suites de naissance

Notons que 19 des patientes déclaraient ne pas avoir reçu la totalité des informations concernant le déroulement de l'accouchement, les suites de naissances et l'allaitement. Aucune patiente ne s'est déclarée « pas du tout satisfaite » des informations reçues sur le déroulement de l'accouchement et des suites de naissance.

Concernant le déroulement de l'accouchement, 70% (soit 45) étaient globalement satisfaites et 7 étaient peu satisfaites. Près de 19% n'ont pas reçu l'information.

Concernant les suites de naissances, 59% (soit 38) étaient globalement satisfaites et 9 étaient peu satisfaites. 27% n'ont pas reçu l'information.

Concernant les cours de PNP, 56% (soit 35) étaient globalement satisfaites et 11 étaient globalement insatisfaites. 26% n'ont pas reçu l'information.

8. Satisfaction concernant les documents remis lors de l'EPP

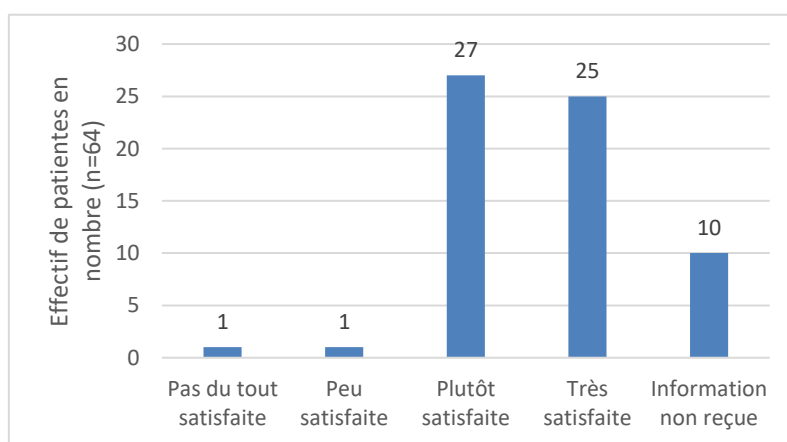


Figure XIII : Niveaux de satisfaction des femmes sur les documents remis lors de l'EPP

La majorité des patientes (52) était satisfaite. 1 patiente n'était pas du tout satisfaite et 10 patientes n'ont pas reçu de documents lors de l'EPP.

9. Satisfaction de l'information reçue concernant les aides sociales, financières et arrêt de travail

Près de 90% des femmes étaient globalement satisfaites de l'information reçue concernant les aides sociales, financières et l'arrêt de travail, dont 38% très satisfaites.

Quatrième partie : Analyse et Discussion

1. Critique de l'étude

1.1. Points forts

Notre étude était la première à évaluer le niveau de satisfaction concernant les informations délivrées lors de l'EPP à l'HME de Limoges.

Le biais de mémorisation était limité du fait des conditions de remplissage du questionnaire. En effet, le questionnaire était rempli le jour de l'EPP pour certaines patientes, et pour d'autres, le jour de l'échographie du 2^{ème} trimestre, réalisée quelques semaines après l'EPP. Afin de limiter ce biais, il n'était pas prévu d'effectuer des relances ultérieures. Toutefois cela a pu réduire notre effectif.

Le questionnaire était rapide à remplir ce qui a permis aux patientes de le compléter facilement sur place dès la fin de l'EPP.

Le questionnaire était destiné uniquement aux femmes suivies à l'HME de Limoges, ainsi les résultats obtenus sont représentatifs des EPP réalisés à l'HME, et donc pas généralisables aux autres CH du GHT du Limousin.

1.2. Limites

Le temps court d'inclusion ainsi que les difficultés de distribution des questionnaires ont entraîné un faible nombre de retour, d'où le manque de puissance de notre étude.

La consultation obstétricale et l'EPP étant souvent associés, les femmes ont pu manquer de discernement concernant la délivrance des informations spécifiques de l'EPP.

Dans leurs questionnaires, certaines femmes ont répondu que l'EPP avait été réalisé par un gynécologue-obstétricien. Or, cela peut être remis en question dans la mesure où les gynécologues-obstétriciens de l'HME délèguent la réalisation des EPP aux sages-femmes.

La formulation de certaines questions du questionnaire pouvait être imprécise et entraîner des incompréhensions. Par exemple, l'absence de précision et la méconnaissance de l'abréviation « PNP » a pu expliquer certaines non-réponses.

Au sein du service de consultations gynécologiques et obstétriques, les femmes étaient sollicitées pour plusieurs études, ce qui a pu réduire leur participation à notre étude.

2. Analyse des résultats

Afin de répondre à notre objectif principal, qui était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue lors de l'EPP, nous leur avons demandé de noter l'EPP sur une échelle numérique en toute fin de questionnaire. Les moyennes obtenues ont montré que les femmes étaient toutes globalement satisfaites de l'EPP réalisé à l'HME de Limoges, avec une note moyenne de 7,73 sur 10. Nous pouvons également affirmer que les femmes étaient globalement satisfaites des différents types d'information reçues, avec des taux oscillants entre 56% et 97% selon l'information reçue, soit la majorité de la population dans chaque item.

Comme le montre ces deux pourcentages, une variation des niveaux de satisfaction a pu être mise en évidence selon le type d'information reçue.

2.1. Satisfaction de l'information reçue lors de l'EPP

2.1.1 Concernant l'EPP : son intérêt et son déroulement

Sur l'ensemble des femmes ayant répondu à cet item, la grande majorité (97%) se déclarait globalement satisfaite et aucune femme déclarait ne pas avoir reçu l'information. Ce pourcentage met en avant un devoir d'information rempli par les professionnels de santé, comme le stipule le CSP. La plupart des sages-femmes de consultations de grossesse à l'HME sont formées à l'EPP, ce qui favorise sa promotion.

2.1.2 Concernant le suivi de grossesse

Les femmes étaient globalement satisfaites de l'information reçue sur le suivi de grossesse, regroupant le nombre de consultation, le nombre de d'échographies et les bilans biologiques. En effet, le taux de patientes globalement satisfaites était compris entre 87 et 97%. Les professionnels de santé rencontrés ont ainsi répondu aux attentes de la majorité des femmes.

Bien que 77% de notre population fût globalement satisfaite des informations reçues concernant les échographies, 14 femmes (soit 24%) se déclaraient peu satisfaites. Cette proportion souligne les réelles attentes à l'égard des échographies obstétricales. Notons de plus, que l'EPP est fréquemment réalisé à l'approche de l'échographie de 22SA, aussi nommée « échographie morphologique ». Cet examen reste un outil de dépistage d'anomalies fœtales et est ainsi source d'appréhension et d'interrogations pour les futurs parents, et ce d'autant que l'échographie fœtale peut marquer le début de la projection parentale de l'enfant en devenir.

La consultation de professionnels échographistes (gynécologues-obstétriciens ou sages-femmes) peut majorer le recours à l'échographie. Ceci peut notamment s'expliquer par un défaut de visualisation d'une formation anatomique la fois précédente, par une surveillance échographique rapprochée, pouvant alors faire penser que l'échographie serait l'examen de référence assurant la bonne croissance fœtale. Une déception peut ainsi apparaître lorsqu'une consultation classique de grossesse n'intègre pas ce type d'examen. Il est montré dans la littérature que le nombre d'échographie augmente, y compris chez les femmes à faible risque obstétrical. A l'échelle nationale en 2016, 75% des femmes ont eu plus d'échographies que recommandé. De même que 75% des suivis de grossesse étaient réalisés par un gynécologue-obstétriciens. Le nombre moyen d'échographie était de 5,5, contre 5 en 2010. Ces chiffres sont en effet supérieurs aux 3 échographies recommandées pour un suivi classique d'une grossesse. Il est certain que tout ne peut être abordé lors de l'EPP, mais nous constatons que l'échographie fœtale s'avère être un sujet essentiel aux yeux des couples (7), (15).

L'information reçue concernant les bilans biologiques ne semblait pas satisfaire toutes les patientes. En effet, 9 étaient globalement insatisfaites. Nous pouvons nous interroger sur la suffisance des informations données ainsi que le recueil du consentement éclairé. Tout comme les échographies obstétricales, les bilans biologiques sont à la recherche d'anomalies, et sont source de questionnements pour les futurs parents. Prenons l'exemple du dépistage de la Trisomie 21 par marqueurs sériques. Des études portées sur ce sujet ont montré la réelle ambivalence des futurs parents entre rassurance et anxiété dans l'attente des résultats. Elles ont aussi fait ressortir un sentiment d'engrenage dans lequel se sentent pris les patients en cas de résultat positif. Nous avons pris ici l'exemple d'une pathologie chromosomique, mais nous comprenons qu'il en est de même pour les maladies infectieuses (16).

2.1.3 Concernant la prévention

Comme pour le suivi de grossesse, notre population a été globalement satisfaite des informations reçues quant aux préventions apportées par les professionnels de santé. L'Article R.4127-325 du CSP disant que « [...] la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente [...] » est respecté. Ainsi les taux de femmes globalement satisfaites ici s'élevaient entre 82 et 93% (CSP) (11).

2.1.3.1. Infections lors de la grossesse

Le taux de femmes globalement satisfaites des informations reçues concernant la toxoplasmose était de 93%. Ce chiffre est rassurant dans la mesure où le risque de séroconversion toxoplasmique concernerait 75% des femmes françaises.

Ce taux élevé de femmes non immunisées contre la toxoplasmose nous montre que les préventions d'hygiène et alimentaires instaurées par Santé Publique France (SPF), entre autres, sont efficaces. Les connaissances sur les modes de contamination de cet agent ont été rapidement partagées, et les moyens de prévention rapidement mis en place. Ceci a toute son importance lorsque l'on sait qu'une séroconversion toxoplasmique peut provoquer une mort fœtale, un accouchement prématuré ou encore des troubles neurologiques chez le nouveau-né. La rapidité d'enrayement contre cet agent pathogène a été favorisée par les découvertes faites à partir d'épidémies de listériose, connue plus tôt (1920). En 1986, est instaurée la norme « Zéro listéria », mais insuffisante, elle fut suivie par les premières recommandations françaises rédigées par SPF après une épidémie en 1992. Avec la mise en place de précautions d'hygiène et d'alimentation, la listériose est devenue rare : en moyenne 350 nouveaux cas par an en France, tandis que la séroconversion toxoplasmique concerne 2700 nouveaux cas chaque année chez les femmes enceintes (17) (18).

En ce qui concerne le CMV, il n'existe aucune étude à haut niveau de preuve montrant l'intérêt du dépistage anténatal des patientes. Toutefois, l'HME de Limoges fait partie des centres hospitaliers incluant la sérologie du CMV dans le bilan de début de grossesse. Ainsi, une information orale, voire écrite, a dû accompagner ce dépistage. Cependant dans notre étude, près de 15% des femmes déclaraient ne pas avoir reçu d'information à ce sujet. Nous pouvons penser que ces femmes n'ont pas reçu d'informations car les professionnels de santé ne les considéraient pas à risque. A l'inverse, ce chiffre peut nous interpeller dans la mesure où cet agent pathogène se transmet essentiellement par des sécrétions nasales, urinaires et salivaires d'enfants, ce qui nécessite certaines précautions. En effet, parmi les 40 femmes multipares de notre population, un certain nombre d'entre elles devaient avoir des enfants en bas âge et être ainsi au contact de ce type de sécrétions. De même que nous ne faisons pas préciser les professions exercées par les femmes de notre population, mais nous pouvons supposer que certaines exerçaient auprès de jeunes enfants (19).

Pour chacun de ces trois agents infectieux, il aurait été intéressant de faire préciser les attentes des femmes peu satisfaites de l'information. Le manque d'information a pu concerner le mode de transmission de l'agent pathogène, les mesures d'hygiène à adopter pour s'en protéger, le retentissement fœtal en cas d'infection ou encore les signes évocateurs.

2.1.3.2. Consommations de tabac, alcool, drogues et automédication

Les femmes ayant reçu ces informations étaient globalement satisfaites à 80%. Au sein de notre questionnaire (*Annexe 1*), l'item regroupait la satisfaction de l'information de l'ensemble des consommations. Ainsi nous ne pouvons pas fournir une analyse singulière du niveau de satisfaction pour chacun des produits. Bien que 6 patientes n'aient pas reçu d'information ici, le manque de précision sur leur mode de vie des femmes nous empêche d'apporter des conclusions. En effet, nous ne pouvons conclure si l'information n'a pas été délivrée lors de l'EPP du fait qu'elle ait déjà été donnée lors d'une consultation précédente, ou parce que le professionnel de santé n'a pas jugé nécessaire de fournir l'information.

Sur cet item, 6 femmes ayant eu l'information (soit près de 10%) n'étaient globalement pas satisfaites. Aborder la consommation de substances addictives reste subtile dans la mesure où cela touche aux habitudes de vie des usagers. L'explication des conséquences néfastes de ces consommations ou de l'automédication a pu déplaire aux femmes concernées. Néanmoins, les sages-femmes ont pour devoir de promouvoir la santé des femmes, mais également celles des fœtus et nouveau-né, ce qui semblait chose faite pour 95,4% (20).

2.1.4 Concernant l'approche de la naissance

Globalement, les femmes étaient satisfaites des informations reçues à cet item. Les renseignements concernant le projet de naissance et le déroulement de l'accouchement comptabilisaient le plus de femmes satisfaites avec respectivement 43 et 45 femmes. Ce niveau de satisfaction est un point important, dans un contexte où ces dernières souhaitent de plus en plus comprendre les actes entrepris par les professionnels et être actrices de leur grossesse et accouchement. L'apport d'information sur le déroulement de l'accouchement au sein de l'HME permet aux femmes une plus grande projection pour le jour J et leur permet ainsi d'avoir des attentes et un projet de naissance plus adaptés à ce type de structure (21).

Selon le thème concerné, entre 10 et 17 femmes déclaraient ne pas avoir reçu d'information sur l'approche de la naissance. Rappelons que près de 48% des femmes avaient bénéficié de l'EPP au 3^e mois de grossesse (soit autour de 16SA). Une transition s'opère entre le risque de fausses couches du premier trimestre, persistant jusqu'à environ 14SA, et l'investissement de la grossesse et de l'enfant en devenir. Les professionnels ont pu alors considérer que la délivrance de ces informations étaient plutôt précoces et ont choisi d'aborder d'autres sujets tels que le suivi classique de grossesse ou encore les préventions nécessaires comme vu précédemment. Toutefois, le sentiment de précocité des professionnels n'est peut-être pas partagé par les femmes, pour qui la naissance reste un moment majeur. Nous

pouvons ajouter à ce propos que l'apport d'information précoce peut avoir une meilleure influence quant au vécu de la grossesse (22).

Nous pouvons également penser que moins d'information concernant l'approche de la naissance ait été délivrée dans la mesure où 62,5% de notre population étaient multipares. Les échanges durant l'entretien s'étaient alors peut être plus orientés vers le retour d'expériences des femmes. Les professionnels ont pu aussi considérer que les femmes connaissaient déjà ces informations ou avaient moins d'attentes, notamment depuis leur(s) précédente(s) grossesse(s). En effet, selon l'étude de J.Raynaud portée sur l'EPP en Haute-Vienne, les multipares déclaraient davantage un besoin d'écoute et d'échanges, notamment sur leur(s) expérience(s) précédente(s), que les primipares qui étaient plus en attente d'information de cette expérience inédite. Les professionnels de santé ont pu aussi penser que les femmes multipares avaient déjà une sage-femme libérale avec laquelle échanger sur ces sujets (14).

2.1.5 Concernant les documents remis lors de l'EPP

Rappelons que 96% des femmes ayant bénéficié de documents d'informations lors de l'EPP étaient globalement satisfaites. Ces documents pouvaient concerner le suivi de grossesse, les aides sociales, le congé maternité, la prévention d'infections contre la toxoplasmose, la listéria, le CMV ou encore la prévention de consommations addictives telle que le tabagisme. Il aurait été intéressant de faire préciser pour quels types de sujets les femmes ont eu une information écrite. En effet, nous aurions pu observer si associer une information écrite à l'information orale avait un impact sur le niveau de satisfaction des patientes. De plus, 10 femmes déclaraient ne pas avoir obtenu de documents lors de leur entretien. Or, la littérature montre que le complément d'information écrite à l'information orale améliorerait la compréhension et augmentait ainsi la satisfaction des usagers (18), (23).

A l'issue de cette première analyse nous avons répondu à notre premier objectif. Les femmes ayant répondu étaient toutes globalement satisfaites de l'information reçue lors de l'EPP réalisé à l'HME de Limoges et ainsi satisfaites de professionnels de santé rencontrés.

2.2. Conditions de réalisation de l'EPP

Dans notre étude, les sages-femmes réalisaient majoritairement les EPP, à près de 78%, contre 21% réalisés par les gynécologues-obstétriciens. Nos résultats sont similaires à ceux de J.Raynaud en 2016, qui a réalisé une étude sur la satisfaction de l'EPP en Haute-Vienne. En effet, 80% des EPP étaient réalisés par une sage-femme et 20% par un gynécologue-obstétricien. Nous pouvons toutefois penser que notre pourcentage d'EPP

réalisés par un gynécologue-obstétricien a été biaisé. Comme évoqué dans nos limites, les gynécologues-obstétriciens de l'HME délèguent souvent la réalisation de l'EPP aux sages-femmes, car plus formées à cet entretien. Ainsi, nous pouvons interroger la qualité des informations données et la bonne compréhension des femmes concernant les informations sur l'EPP (14).

A l'HME, la réalisation de l'EPP en début de grossesse est respectée : l'EPP était réalisé au 3^{ème} mois pour quasiment la moitié des cas (48%). Au niveau national, l'EPP était majoritairement réalisé au 4^{ème} mois (30,4%). Nous pouvons expliquer cette légère différence de temporalité du fait que l'EPP réalisé à l'HME soit généralement associé à la 2^e consultation de suivi de grossesse, vers 16SA, en particulier pour des raisons d'organisation pratique au sein du service (3).

Nous avons vu que 80% des femmes se rendaient seules à leur EPP. Or, pour plus de la moitié des femmes accompagnées (58%), la présence d'un tiers a facilité les échanges. Notre étude s'est déroulée pendant la pandémie de Covid-19, nécessitant une nouvelle organisation des services de soins, et limitant le nombre de personnes. Ceci a pu avoir un impact sur le vécu de la grossesse des futurs couples.

2.3. Caractéristiques de notre population

Notre étude a montré que l'âge moyen de la population étudiée était de 28,8 ans et que l'âge médian était de 29 ans, ce qui diffère peu des données de l'INSEE, avec un âge moyen de la mère à l'accouchement de 30,9 ans en métropole en 2021.

Nous observons que 66% de notre population avaient moins 30 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité de notre population était employée (47,7%), requérant des études plus courtes que pour un statut de cadre. Ainsi, nous pouvons penser que les femmes débutent plus tôt leur carrière professionnelle, leur permettant d'envisager l'arrivée d'un enfant plus précocement que dans les régions où une majorité des femmes entreprennent des études supérieures. De plus, rappelons que 30,8% de notre population étaient sans activité, par choix ou non. Cette situation a pu ainsi leur permettre d'envisager l'arrivée d'un enfant (3), (24)

Nos résultats étaient représentatifs de la population de l'HME de Limoges. En effet, selon l'étude de C.Coatrieux réalisée au sein de ce même établissement en 2020, les catégories socio-professionnelles étaient dans les mêmes proportions que dans notre population : 51% étaient employées, 28% sans activité, 11% cadres et professions supérieures. De plus, la littérature montre que les patientes ayant une situation professionnelle ou un niveau socioéconomique plus élevés avaient davantage accès à l'information par meilleure compréhension du rôle préventif de l'EPP que les patientes sans activité. Les

résultats de notre étude entraînent le même constat : 69% avaient une activité professionnelle (5), (25).

Selon une étude réalisée en 2016, les EPP étaient plus réalisés auprès de femmes ayant un niveau d'études élevé (bac et plus). Nos résultats vont d'ailleurs dans ce sens : près de 65% des femmes ayant bénéficié de l'EPP avaient un niveau bac et plus. Ceci peut s'expliquer par une meilleure compréhension de ces femmes des objectifs de l'EPP. De plus, nous pouvons supposer que certaines femmes ayant un faible niveau d'études sont déjà très sollicitées pour répondre aux éventuelles difficultés financières ou sociales qu'elles rencontrent. Ainsi, l'abondance d'information a pu générer un oubli ou encore les a obligées à prioriser (3), (5).

La majorité de notre population était représentée par des patientes multipares (62,5%), proportion qui se rapproche de celle obtenue par J.Raynaud en 2016 (57,6%) réalisant une étude auprès des hôpitaux publics de l'ancien Limousin. Toutefois, la littérature montre un meilleur accès des primipares à l'EPP. En effet, à l'échelle nationale, 39,5% des primipares avaient bénéficié de l'EPP en 2016, contre 20,5% des multipares (3,14).

Dans notre étude, nous pouvons penser qu'une autre proportion de femmes primipares s'est tournée vers les sages-femmes libérales pour réaliser leur entretien. En 2016, près de 78% des primipares avaient bénéficié d'une PNP, alors réalisée par une sage-femme libérale, contre seulement 33,8% des multipares (21).

Nos proportions de femmes en couple (88%) et de femmes vivant seules (12%) tendent vers les chiffres nationaux avec respectivement 82% et 18% (3).

2.4. Caractéristiques des femmes globalement satisfaites

Notre second objectif était de mettre en évidence des caractéristiques communes des femmes satisfaites de l'information reçue lors de l'EPP.

D'après nos résultats, les femmes âgées de moins de 30 ans avaient une plus grande satisfaction de l'EPP que les femmes de plus de 30 ans. Cette caractéristique, prise seule, n'est pas réellement interprétable. En effet, la majorité des femmes de notre population était satisfaite et était âgée de moins de 30 ans.

Toutefois, si nous associons l'âge à la parité, nous observons que les femmes âgées de moins de 30 ans étaient multipares pour 21 d'entre elles, et primipares pour l'autre moitié (21 également). Or, il existait un niveau de satisfaction plus élevé chez les femmes multipares ($p=0,0128$). Ces dernières représentant 62,5% de notre population. Nous comprenons alors que les femmes âgées de moins de 30 ans étaient plus satisfaites.

La plus grande satisfaction des multipares obtenus dans nos résultats rejoint d'autres études qui montraient que les multipares étaient plus satisfaites de l'EPP, notamment par moins d'attentes d'informations, à l'inverse des femmes primipares. Bien que deux grossesses soient totalement différentes l'une de l'autre, l'inédit et l'inconnu augmentent le besoin d'explications, de précisions et donc d'informations.

Nous l'avons vu, la seule caractéristique commune des femmes globalement satisfaites des informations reçues était la multiparité.

2.5. Perspectives d'action

Nous avons observé que toutes les femmes étaient satisfaites des informations concernant l'intérêt et le déroulement de l'EPP, toutefois, nous pouvons penser que le temps de l'EPP pouvait être difficilement repérable du fait qu'il soit concomitant à une consultation de suivi de grossesse. De plus, le taux d'entretiens réalisés par un obstétricien paraissait biaisé, ce qui met en doute la réalisation de cet entretien.

Afin de faciliter la compréhension de l'EPP, nous proposons la mise en place d'un flyer (*annexe 2*) reprenant ses caractéristiques au recto, et proposant quelques lignes au verso où les femmes et/ou couples ébaucheraient les sujets qu'ils souhaiteraient aborder. Le flyer pourrait être remis lors de chaque ouverture de dossier et ramené par les femmes à la consultation suivante, incluant l'EPP. Ceci leur permettrait de se sentir plus actrices de ce temps d'échange. Du côté des professionnels, la réflexion faite en amont par les femmes leur permettrait de trouver un équilibre entre le temps d'écoute, en ciblant les points essentiels par le biais du flyer complété, et l'apport d'informations.

Nous avons également pensé que le niveau de satisfaction des femmes changeait tout autant que l'information pouvait varier d'un professionnel à l'autre. De même que, certains sujets vont être plus longuement abordés selon l'orientation que prend l'entretien.

Néanmoins, les femmes devraient toutes bénéficier de la même information, autant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, et donc d'une même prévention. C'est pourquoi nous proposons également la mise en place d'une pochette remise en début de grossesse. Celle-ci regrouperait des fiches informatives concernant l'organisation du suivi de grossesse (consultations, échographies, bilans biologiques), la prévention contre chaque agent pathogène (toxoplasmose, listéria, CMV), les risques et conséquences des addictions et de l'automédication, ou encore concernant les conseils de retour en urgence et le lieu de consultation. Cette distribution peut avoir tout son intérêt, ce d'autant plus que la délivrance d'information précoce générerait une meilleure influence sur le vécu de la grossesse (7).

Conclusion

Nous l'avons vu, les sources d'informations sont variées. Toutefois, les femmes n'ont pas les mêmes accès pour autant. En effet, pour certaines femmes, les consultations de suivi de grossesse sont les seuls temps d'informations. Ainsi, en les renseignant sur l'intérêt de l'EPP en amont de celui-ci, et en les faisant bénéficier d'une même information par le biais de la pochette, nous pourrions favoriser la meilleure compréhension de l'EPP et tendre vers une plus grande satisfaction de l'information reçue des femmes prises en charge par l'HME de Limoges. Ceci pourrait se confirmer davantage auprès des femmes primipares, qui nous l'avons vu, étaient les moins satisfaites dans notre étude.

Références bibliographiques

1. Branger B. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012. :9.
2. Bazin A, Gasc C, Mégret C, Guillaume S. L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux. Spirale. 5 nov 2013;N° 66(2):163-75.
3. ENP2016 rapport complet.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
4. Critères de qualité PNP HAS.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/criteres_qualite-pnp.pdf
5. Barandon S, Balès M, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal N, Pambrun E, Bois C, et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 juin 2016;45(6):599-607.
6. PNP recommandations HAS.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
7. Ancelot L, Bonnal L, Depret MH. Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. Rev Francaise Econ. 2016;Vol. XXXI(4):63-107.
8. Aernout EM, Carpentier S. Connaissance de l'entretien prénatal précoce chez les femmes venant d'accoucher : étude transversale en 2011 dans la métropole lilloise (France). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 avr 2016;45(4):337-42.
9. Larousse É. Définitions : information, informations - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993>
10. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051
11. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586
12. La promotion de la santé – EFS [Internet]. Environnements favorables à la santé. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.environnements-sante.ch/approfondir/la-promotion-de-la-sante/>
13. Huet M, Sellem L, Vaucher F. Stress et grossesse : impacts et interventions. :186.
14. RAYNAUD J. La satisfaction des femmes vis-à-vis de l'entretien prénatal précoce en Haute-Vienne. [Internet]. Limoges; 2016 [cité 10 août 2021]. Disponible sur: file:///C:/Users/Ninon/Downloads/HESAV_TB_Huet_2015.pdf
15. Gourand L. Échographies prénatales, apprentissages du lien. Spirale. 2008;47(3):63-74.
16. Nivelon-Chevallier A. Diagnostic prénatal et trisomie 21 regard sur une évolution législative. Laennec. 2006;54(4):19-28.

17. Listériose · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/listeriose/>
18. Durand D, Millot I, Binquet C, Heilmann É. Risques infectieux alimentaires et grossesse : de quelles informations les professionnels de santé disposent-ils ? *Enjeux Inf Commun.* 2020;20/3A(S1):91-102.
19. Dépistage prénatal de l'infection à Cyto Mégalo Virus (CMV). Communiqué du CNGOF suite à l'avis rendu par l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/683-cmv-grossesse-am-cngof>
20. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-28-mai-2021.pdf>
21. Fournier R. Objectifs de PNP : attentes et satisfaction des femmes [Internet] [Mémoire de fin d'études de sages-femmes]. Limoges; 2018. Disponible sur: <http://aurora.unilim.fr/memoires/nxfile/default/dce5fb6f-8fb9-477b-b885-c6044207a942/blobholder:0/M-SM2018-009.pdf>
22. HAL Université de Lorraine. Auto-questionnaire, outil pour l'EPP. Disponible sur: (H) <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868928/document>
23. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>
24. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
25. Coatrieux C. Grossesses pathologiques et hospitalisations de plus de 24 heures : Évaluation de la satisfaction des patientes à l'hôpital mère-enfant (HME) de Limoges. [Internet] [Mémoire de fin d'études de sages-femmes]. Limoges; 2020. Disponible sur: <http://aurora.unilim.fr/memoires/nxfile/default/82a6e446-eab4-4f24-9b25-52900d55b4b5/blobholder:0/M-SM2020-005.pdf>

Annexe 1 : Questionnaire

Madame,

Etudiante à l'école de sage-femmes de Limoges et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'études orienté sur la satisfaction de l'information reçue lors de l'entretien prénatal précoce.

Dans ce contexte, j'aurai besoin de recueillir votre avis au travers de ce questionnaire anonyme.

Si vous acceptez de participer à cette étude et que vos réponses soient utilisées à des fins de recherche, merci de bien vouloir consacrer moins de 5 minutes de votre temps, et acter le consentement ci-dessous.

- J'accepte de participer à cette étude et que mes réponses soient utilisées à des fins de recherche.

Je vous remercie d'avance pour votre participation,

Mes sincères salutations.

Ninon LACOSTE – Etudiante sage-femme 5^e année.

Veillez cocher ou écrire vos réponses.

Renseignements généraux

1) Quel âge avez-vous ? ans.

2) A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle (chômeur, étudiant, mère au foyer...)

3) Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme
- Baccalauréat
- Enseignement supérieur

- Brevet des collègues
- CAP/BEP

4) Quel est votre situation conjugale ?

- En couple
- Seule

5) Combien avez-vous d'enfants ?

Renseignements concernant votre entretien prénatal précoce (aussi nommé EPP)

6) Qui a réalisé l'EPP ?

- Sage-femme
- Gynécologue-obstétricien

7) A quel âge de grossesse votre EPP a-t-il été réalisé ?

.....semaines d'aménorrhée ou ème mois.

8) La date de l'EPP vous a paru :

- Adaptée
- Prématurée
- Tardive

9) Etiez-vous accompagnée d'un tiers ?

- Oui
- Non (*dans ce cas, passez à la question 10*).

Si oui, cette présence vous a paru :

- Sans influence
- Gênante
- A facilité les échanges

11) Quelle est votre satisfaction concernant les informations reçues sur (cochez la case adaptée) :

	Pas du tout satisfaite	Peu satisfaite	Plutôt satisfaite	Très satisfaite	Information non reçue
Intérêt de l'EPP					
Déroulement de l'EPP					
Nombre de consultations					
Nombre d'échographies					
Bilans biologiques					
Prévention contre la listériose					
Prévention contre la toxoplasmose					
Prévention contre le cytomégalovirus					
Lieu de suivi de grossesse (maternité, libéral...)					
Aides sociales, aides financières, arrêt de travail					
Tabac, alcool, drogues et automédication					

Commentaires : Si vous souhaitez préciser vos réponses ou ajouter une/des remarque(s)

.....

12) Quelle est votre satisfaction concernant les informations reçues sur :

	Pas du tout satisfaite	Peu satisfaite	Plutôt satisfaite	Très satisfaite	Information non reçue
Projet de naissance					
Où se présenter en cas d'urgence					
Cours de PNP					
Déroulement de l'accouchement					
Suites de naissances					
Allaitement					
Documents remis lors de l'EPP					

13) Globalement, quelle note attribuez-vous à l'EPP (de 0 à 10) ?



14) Pour finir, si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre ci-dessous ce qui n'aurait pas été abordé dans le questionnaire et qui vous semble important concernant votre satisfaction de l'information reçue lors de l'entretien prénatal précoce ?

Pour rappel : ce questionnaire est complètement anonyme.

.....

Je vous remercie,
 Ninon Lacoste.

L'entretien prénatal précoce

Répondre à vos besoins et vos souhaits



C'est quoi ?
Un temps d'écoute, d'échange, et d'informations.

Pour qui ?
Pour toutes les femmes, seules ou accompagnées.

Quand ?
Au 4^e mois de la grossesse.

Avec qui ?
Ma sage-femme ou mon obstétricien.

Ses objectifs ?
Partager vos attentes et besoins afin d'affiner votre prise en charge.

Combien de temps cela dure ?
45 minutes.

Obligatoire depuis le 1^{er} Mai 2020, l'EPP est remboursé par la sécurité sociale.



