

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Camille MAÎTRE et Amélie RÉAU

Née le 21/10/1986 à Angers (49), Née le 08/03/1986 à Châtellerault (86)

Présentée et soutenue publiquement le : 12/11/2015

***ÉTAT DES LIEUX DE L'ABORD DES ITEMS PSYCHO-SOCIO-
ÉCONOMIQUES DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE CHEZ LA
FEMME ENCEINTE EN MAYENNE***

Présidents : Messieurs les Professeurs SENTILHES Loïc et CONNAN Laurent

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Vice doyen recherche

Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD

Pr. PROCACCIO

Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émerite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GINIÈS, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
BRIET Marie	Pharmacologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
CONNAN Laurent	Médecine générale
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique
DIQUET Bertrand	Pharmacologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie

GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LEROLLE Nicolas	Réanimation
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation
MERCIER Philippe	Anatomie
MILEA Dan	Ophthalmologie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne
BELLANGER William	Médecine générale
BIGOT Pierre	Urologie
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FERRE Marc	Biologie moléculaire
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Histologie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PETIT Audrey	Médecine et Santé au travail
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie

septembre 2015

COMPOSITION DU JURY

Présidents du jury :

Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent

Directeur de thèse :

Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine

Monsieur le Docteur KARIRISI Apollinaire

Monsieur le Docteur SAUTEREY Baptiste

Madame Cécile ROUILLARD

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES, pour nous faire l'honneur d'avoir accepté de juger notre travail en présidant ce jury. Acceptez pour cela nos plus sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, pour votre soutien au dernier instant, vous nous faites l'honneur de présider cette thèse ce jour. Recevez notre sincère gratitude et notre profond respect.

À Madame le Professeur Céline BARON-HAURY, pour nous avoir accompagné, soutenu, guidé, dans ce projet. Votre implication, votre disponibilité et votre gentillesse nous ont permis de faire grandir notre réflexion et nos compétences pour ce travail. Nous souhaitons vous exprimer toute notre gratitude et notre plus profond respect.

À Monsieur le Docteur Apollinaire KARIRISI, pour nous avoir accueillies dans votre service de Gynécologie-Obstétrique du CH de Laval et nous avoir fait découvrir votre spécialité. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de nous honorer de votre présence.

À Madame le Docteur Catherine DE CASABIANCA, merci d'avoir accepté de juger ce travail, soyez assurée de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Baptiste SAUTEREY, merci d'avoir accepté de juger ce travail et de nous honorer de votre présence à ce jury. Soyez assuré de notre sincère respect.

À Madame la directrice de l'école de Sage-Femme Cécile ROUILLARD, merci de nous honorer de votre présence dans ce jury, veuillez prendre en considération notre profond respect.

À Nans, pour ton travail si investi et spontané dans ce projet, ton aide nous a été précieuse et bien plus encore. Nous t'en remercions infiniment.

À Rogatien, pour ton aide acharnée, sans fin et sans faille dans notre thèse. Ton œil expert et ton avis aiguisé nous aurons appris à franchir pas à pas les difficultés. Nous t'adressons nos remerciements les plus sincères.

À mes parents pour leur soutien et leur amour de chaque instant, je vous dois et vous dédie ce diplôme. À Nans, pour tout ce que tu m'apportes en tant que frère, je suis si fière de toi. À toi François, mon futur époux, pour m'accompagner depuis le début dans ces études et dans la vie, pour ta confiance, ton soutien et ton amour, pour cette belle famille que tu m'as offert. À Louise et Victoire, mes amours, pour me faire découvrir ce rôle de ma vie, celui de maman. À toi Camille pour cette amitié et ce projet mené à deux. À ma famille pour avoir été présents et m'avoir soutenu. À vous les amis, les vrais, pour me rendre la vie si belle.

Amélie

À mon Doubi, sans qui je n'aurais pas eu la force d'y croire. Tu fais de ma vie un bonheur, tu m'offres le plus beau cadeau qui soit. À mes chers parents, qui ont toujours cru en moi, merci pour votre amour. Votre affection m'a permis de me construire. Je vous dédie ce travail. À toi, notre petit cœur, nous t'attendons avec impatience. À Marie, Marc-Étienne et Jojo pour ces moments de bonheur et de rire. À ma famille et à mes amis, vous avez toujours été présents, je vous en remercie infiniment. À ma chère petite Amélie, avec qui je partage ce projet depuis le début, merci pour ton affection.

Camille

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAC : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CH : Centre Hospitalier

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GO : Gynécologue-Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

NR : Non Répondu

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement

SF : Sage-Femme

PLAN

1. Résumé
2. Introduction
3. Matériel et méthodes
4. Résultats
5. Discussion
6. Conclusion
7. Références bibliographiques
8. Légende des annexes, figures et tableaux
9. Table des matières

INTRODUCTION

L'entretien prénatal précoce (EPP) est une consultation spécifique individuelle ou en couple, proposée à toutes les femmes enceintes au cours du 4^{ème} mois de grossesse. Spécificité française issue du plan de périnatalité du Ministère de la Santé publié en 2005, il repose sur quatre grands axes : "Humanité, proximité, sécurité et qualité". [1]

L'EPP témoigne de la prise en compte, des évolutions et des besoins des femmes et de la société en général, dans le suivi de la grossesse et plus globalement de la période périnatale. Le plan de périnatalité souligne la surmédicalisation actuelle de la grossesse et de l'accouchement et prône la restitution du caractère naturel de cette période de la vie. Il formalise la prise en charge psychologique de la grossesse, demande nouvelle des femmes qui émerge depuis la fin des années 1990. En soixante ans, la préparation à la naissance est passée de la prise en compte de la douleur, à l'accompagnement des couples dans le développement de leur parentalité.

La réalisation de l'EPP repose sur l'abord de nombreux items dont 22 sont d'ordre psycho-socio-économiques. S'il est recommandé de réaliser un EPP pour toutes les femmes enceintes, une étude réalisée par Blondel et *al.* a montré que seulement 21,4 % femmes l'ont eu en France entre 1995 et 2010 [2]. Néanmoins, les items de l'EPP peuvent aussi être évoqués dans les consultations de suivi de la grossesse.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer quels items psycho-socio-économiques de l'EPP sont abordés au cours des suivis de grossesse réalisés en Mayenne. Les objectifs secondaires seront de préciser s'ils sont évoqués en dehors ou lors d'une consultation spécifique comme cela est recommandé et de repérer les professionnels impliqués dans cette pratique.

MATERIELS ET METHODES

Cette étude prospective, multicentrique, a été menée de Juillet 2014 à Février 2015 dans les trois maternités du département de la Mayenne qui ont réalisé 3357 accouchements en 2012.

Il s'agit de celle de Laval, de niveau 2, et celles de Château-Gontier et Mayenne, de niveau 1.

Une participation à l'étude a été proposée à toutes les femmes consultant pour leur 8^{ème} mois de grossesse dans ces établissements. Ont été incluses les femmes acceptant de répondre au questionnaire. L'objectif était d'avoir 100 questionnaires par site.

Dans la première partie du questionnaire, les critères sociodémographiques de chaque femme ont été analysés. Ils comportaient : l'âge maternel (< 18 ans, 18 à 38 ans, > 38 ans), le niveau d'études (collège, lycée, études supérieures, autres) et la parité.

Dans la deuxième partie, ont été explorés la réalisation ou non d'un EPP et le type de professionnel l'ayant effectué. L'EPP est défini par l'existence d'une consultation spécifique dédiée. Les femmes ayant eu un EPP sont nommées EPP+, les autres EPP-.

Dans la troisième partie, l'abord des paramètres psycho-sociaux et économiques contenus dans le cadre de l'EPP, a été interrogé.

Puis était formulée une question ouverte sur les autres thèmes dont l'abord était souhaité.

Une analyse univariée de la variable « consultation spécifique réalisée » a permis de comparer les deux groupes de femmes, par le test du khi deux. Le seuil de significativité d'une différence constatée entre chaque groupe était définie par $p<0,05$.

Les variables quantitatives obtenues parmi les deux groupes, toutes femmes confondues, ont été décrites avec des pourcentages, et présenté à l'aide de tableaux croisés dynamiques.

RÉSULTATS

Les trois maternités de la Mayenne ont participé à cette étude permettant d'inclure 300 femmes. Deux cent quatre vingt six femmes (95,3%) étaient âgées de 18 à 38 ans, 13 (4,4%) avaient plus de 38 ans et 1 (0,3%) avait moins de 18 ans.

Il s'agissait d'une première grossesse pour 122 femmes (40,7%) et 178 femmes (59,3%) étaient des multipares.

Près de la moitié des femmes 148 (49,3%) avaient réalisé des études supérieures, 91 (30,3%) avaient un baccalauréat et 61 (20,4%) avaient un niveau collège.

Le suivi de la grossesse était réalisé par plusieurs professionnels de santé.

Certaines femmes ont déclaré avoir été vues par deux professionnels lors de leur suivi de grossesse : 26 femmes lors de la déclaration de grossesse, 11 au 4^{ème} mois, 12 au 5^{ème}, 9 au 6^{ème} et 12 au 7^{ème}.

Les consultations effectuées par un seul professionnel se répartissent selon la figure 1.

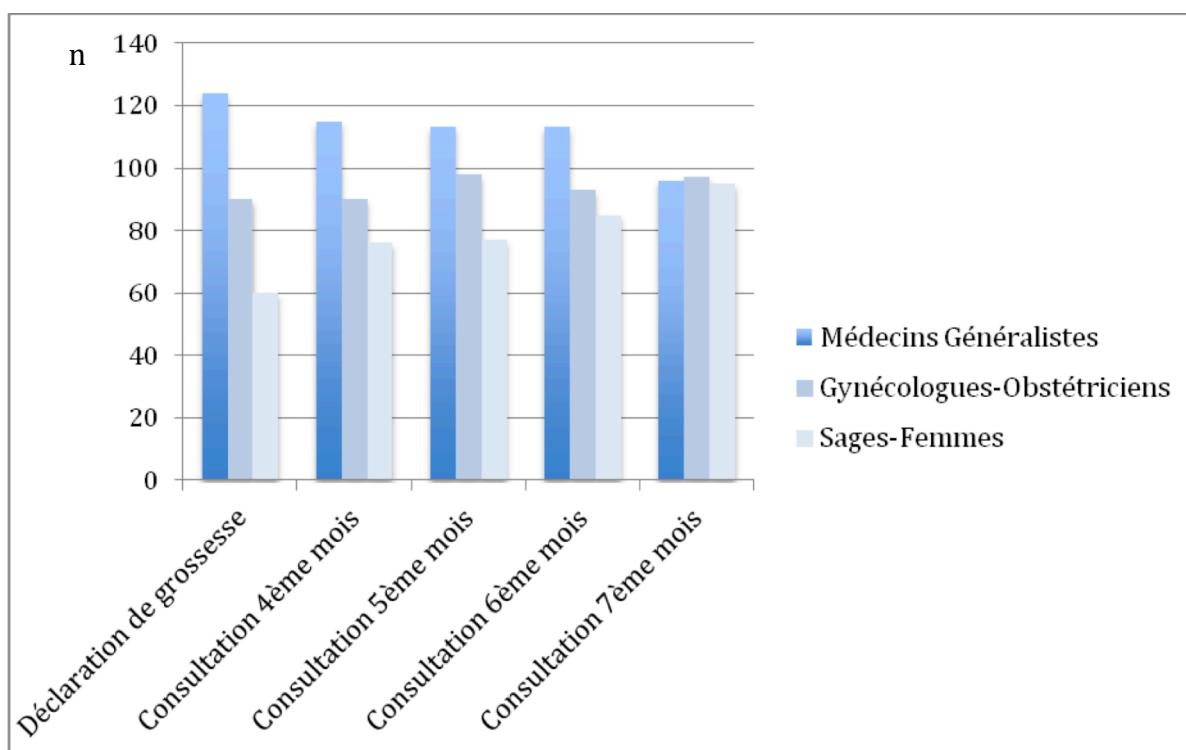


Figure 1 : Nombre (n) de patientes suivies par chaque professionnel au cours de leur grossesse

Le nombre moyen d'items psycho-socio-économiques de l'EPP abordés lors du suivi de grossesse, objectif principal de l'étude, était de 11 sur 22 par femme.

Le nombre de femme, et le pourcentage correspondant, pour lesquels chaque item a été abordé sont détaillés dans le tableau I.

Items abordés	OUI	Non	Souhaité	NR
Consommation en tabac	245	82%	50	17%
Situation Familiale	230	77%	61	20%
Conditions Professionnelles	227	76%	65	22%
Sommeil	224	75%	59	20%
Consommation Alcool	223	74%	71	24%
Alimentation	219	73%	65	22%
Vécu Physique de la Grossesse	212	71%	69	23%
Grossesse désirée	178	59%	111	37%
Consommation d'autres drogues	175	58%	117	39%
Activité physique	166	55%	125	42%
Stress / Anxiété	164	55%	116	39%
Souhait du Mode d'accouchement	163	54%	97	32%
Soutien de l'entourage	146	49%	139	46%
Retour à domicile	115	38%	148	49%
Sentiment de parentalité	113	38%	165	55%
Couverture Sociale	100	33%	190	63%
Mode de Garde de l'enfant	88	29%	196	65%
Relation de couple	83	28%	203	68%
Sexualité	79	26%	195	65%
Etat dépressif précédent	51	17%	214	71%
Type de logement	47	16%	242	81%
Niveau de ressource	44	15%	245	82%
Total	3292	50%	2943	45%
Total	197	3%	162	2%

Tableau I: Items de l'EPP abordés lors du suivi de grossesse.

Plus de 75% des cas

Entre 75 et 50% des cas

Entre 50 et 25% des cas

Moins de 25% des cas

La place de l'abord des items selon les thématiques se répartit ainsi :

Dans les addictions, le tabac est l'item le plus abordé, l'alcool est le 5^{ème} et les autres drogues le 9^{ème}.

Sur le vécu psychologique de la grossesse, l'item concernant le désir de la grossesse est le 8^{ème}, le stress le 11^{ème}, le souhait du mode de garde le 12^{ème}, le sentiment de parentalité le 15^{ème}, la relation de couple le 18^{ème}, la sexualité le 19^{ème} et l'état dépressif au cours d'une précédente grossesse est le 20^{ème}.

Sur le vécu physique de la grossesse l'item concernant le sommeil est le 4^{ème}, l'alimentation le 6^{ème}, le vécu de la grossesse le 7^{ème} et l'activité physique le 10^{ème}.

Concernant les conditions sociales, la situation familiale est le 2^{ème} item le plus abordé, les conditions professionnelles le 3^{ème}, le soutien de l'entourage le 13^{ème}, le retour à domicile le 14^{ème}, la couverture sociale le 16^{ème}, le mode de garde le 17^{ème}, le type de logement le 21^{ème} et le niveau de ressource le 22^{ème}.

Cent-onze femmes (37%) ayant eu un EPP ont été incluses dans le groupe EPP+. Parmi elles, 105 (94,6%) l'ont eu par une sage-femme (SF), 4 (3,6%) par un gynécologue (GO) et 2 (1,8%) par un médecin généraliste (MG).

Soixante femmes (54%) du groupe EPP+ étaient primipares. On observe qu'en proportion, davantage d'EPP sont réalisés auprès d'elles ($p<0,05$).

Soixante-quatre femmes (43%) du groupe EPP+ ont fait des études supérieures. On retrouve un lien significatif ($p<0,05$) montrant que davantage d'EPP sont réalisés pour ces femmes.

La fréquence des items abordés selon les deux groupes EPP+ et EPP- se répartit selon la Figure 2.

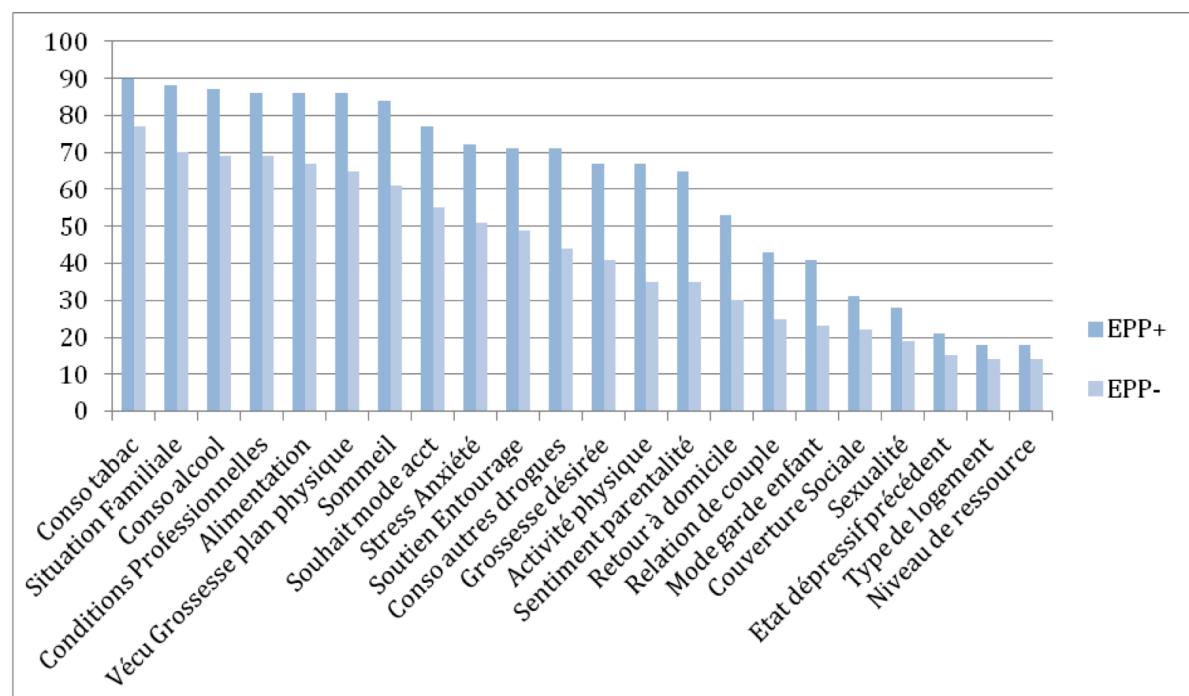


Figure 2 : Répartition des items abordés, en pourcentage, chez les femmes EPP+ et EPP-

L'impact de l'EPP sur l'abord de ces items est mis en évidence dans le tableau II.

Items abordés	EPP+	EPP-	p
Conso tabac	90	77	0.004
Situation Familiale	88	70	<0.001
Conso alcool	87	69	<0.001
Conditions Professionnelles	86	69	<0.001
Alimentation	86	67	<0.001
Vécu Grossesse plan physique	86	65	<0.001
Sommeil	84	61	0.003
Souhait mode accouchement	77	55	<0.001
Stress Anxiété	72	51	<0.001
Soutien Entourage	71	49	<0.001
Conso autres drogues	71	44	<0.001
Grossesse désirée	67	41	0.047
Activité physique	67	35	0.002
Sentiment parentalité	65	35	<0.001
Retour à domicile	53	30	<0.001
Relation de couple	43	25	<0.001
Mode garde enfant	41	23	<0.001
Couverture Sociale	31	22	ns
Sexualité	28	19	ns
Etat dépressif précédent	21	15	ns
Type de logement	18	14	ns
Niveau de ressource	18	14	ns

Tableau II : Comparaison des deux groupes EPP + (111 femmes) et EPP – (189 femmes)
valeur en pourcentage de réponse dans chaque groupe pour chacun des items abordés.

Les items sont plus souvent abordés quand un EPP est réalisé sauf pour les 5 suivants : la sexualité (28% vs 19%), l'état dépressif antérieur (21% vs 15%), la couverture sociale (31% vs 22%), le type de logement (18% vs 14%), et le niveau de ressource (18% vs 14%).

Les autres thèmes que les patientes auraient souhaité aborder ont été pour sept patientes du groupe EPP+ : le vécu du père et sa place, l'acupuncture, l'allaitement (pour deux patientes),

la péridurale, la rééducation périnéale, les différents types d'accouchement. Pour quatre patientes du groupe EPP- il s'agissait des maux de la grossesse, du babyblues, du retour de couche, et de l'allaitement.

Soixante-et-une patientes (54,9%) sur les 111 du groupe EPP+ ne jugeaient pas l'EPP nécessaire. Cinquante-quatre patientes (28,7%) sur les 189 du groupe EPP- le pensaient nécessaire.

DISCUSSION

Population

Plus de 95 % des femmes étaient âgées entre 18 et 38 ans et le taux de primipares était de 40,7%. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés par Branger et *al* dans une série récente de 424 femmes ayant accouché en pays de la Loire, dont l'âge moyen des mères était de 30 ans et le taux de primipares de 42% [2].

Près de 50 % des femmes (49,3%) de notre série ont réalisé des études supérieures, parmi elles 43,2% ont eu une consultation spécifique. Il est retrouvé un lien significatif entre l'augmentation du niveau d'étude et la réalisation de l'EPP. Ceci confirme les résultats déjà publiés par Blondel et *al* affirmant une progression du niveau d'études des femmes en France [2]. En effet, seul 32,6 % des femmes avaient un niveau bac en 1995 [3] contre 51,8% en 2010 [2]. La progression du niveau d'étude est un élément important pour les femmes enceintes. En effet, le fait d'avoir un niveau d'étude collège, CAP ou BEP augmente significativement le risque de méconnaître l'EPP et de moins se le faire proposer [4]. L'absence d'études supérieures augmente également le risque d'avoir un retard à la consultation du diagnostic anténatal [5].

Professionnels assurant le suivi des femmes enceintes

Pour les consultations assurées par un seul professionnel, la déclaration de grossesse a été réalisée par le MG dans 41% des cas (n=124). Ce chiffre concorde avec les 46,7 % retrouvés dans la série de suivi des femmes de Pays de la Loire en 2008 [6] alors qu'elle est majoritairement réalisée par un GO au niveau national [2]. Une des explications possible à

cela est le manque de GO sur les Pays de la Loire et en Mayenne en particulier comme le confirme les chiffres publiés par le conseil national de l'ordre en 2013.

Au cours de la grossesse, les femmes enceintes se tournent progressivement vers les GO et les SF. Ainsi lors de la consultation du 7^{ème} mois 32% des femmes (n=96) ont vu un MG, 32 % ont vu un GO et 32% ont vu une SF. Les 4 % restant ayant répondu avoir vu plusieurs spécialistes. Si les femmes voient plutôt leur MG au début de leur grossesse jusqu'au 6^{ème} mois, la répartition entre les trois professionnels s'équilibre à partir du 7^{ème} mois. Depuis plusieurs années les femmes ont d'ailleurs de plus en plus recours à des SF hospitalières ou libérales pour le suivi de la grossesse.[2]

Réalisation de l'EPP

Dans notre étude, 37% (n=111) des femmes ont eu un EPP. Celui-ci été réalisé par les SF en grande majorité (95%).

Dans la série de Aernout et *al* seul 29,3% des femmes ont eu un EPP [4].Les auteurs expliquent ce chiffre par l'absence de proposition de l'EPP aux femmes enceintes. Dans une série réalisée en 2008, Gilibert et *al* retrouvait dans la région niçoise un taux de proposition de l'EPP de 24,9% [7]. La même année, en Pays de la Loire, 56,1% des femmes ignoraient ce qu'était un EPP [6]

Les professionnels qui ne sont pas SF pratiquent très rarement l'EPP (<4%). L'une des explications possible est le manque de temps de certains spécialistes. Une des autres hypothèse pourrait être que certains professionnels ne sont pas convaincus par la nécessité d'un EPP[8]. La connaissance de l'EPP diffère aussi significativement en fonction des maternités. Ainsi dans la métropole Lilloise, la connaissance de l'EPP allait de 39,4% à

83,3% selon les établissements [4]. D'autre part les auteurs rapportent dans la même étude les difficultés humaines et financière pour mettre en place l'EPP.

La méconnaissance de l'EPP, l'absence de conviction de certains spécialistes ou des problèmes économiques font que l'EPP est loin d'être réalisé systématiquement.

Toutefois notre étude montre que les items ont aussi été abordés chez 62,4% des femmes qui n'ont pas eu de consultation spécifique de l'EPP. Ils ont ainsi été évoqués au cours du suivi de la grossesse.

Sur les 22 items psycho-socio-économiques contenus dans l'EPP, le nombre moyen d'items abordés chez l'ensemble des femmes était de 11. Trois le sont dans plus de 75% des cas, 9 entre 50 et 75% et 7 entre 25 et 50%. Ils sont plus souvent évoqués si l'EPP est réalisé.

On retrouve un chiffre statistiquement plus important d'EPP réalisé chez les primipares. Dans une autre série cherchant à déterminer le taux de femmes de la métropole Lilloise ayant connaissance de l'EPP, Aernout et *al* ont démontré qu'il n'y a pas de différence de connaissance de l'EPP selon la parité ou l'âge [4].

L'une des hypothèses pour expliquer cela est que près de la moitié des patientes ayant répondu au questionnaire ont réalisé des études supérieures (148), et 45% de ces patientes sont des primipares. Contrairement aux patientes ayant répondu avec un niveau d'étude plus bas, primipares à 26%. Dans la mesure où nous retrouvons davantage de primipares chez les femmes ayant réalisé des études supérieures, il semblerait logique que celles-ci soient davantage confrontées à un EPP.

Items abordés sans différence significative

Parmi les 5 items abordés sans différence significative selon EPP+ et EPP-, 3 le sont dans moins de 25% des cas.

Le type de couverture sociale a été recherché chez seulement 1/3 des femmes. Il existe une forte corrélation entre l'absence de couverture sociale et le mauvais suivi de la grossesse [9]. L'abord de cet item reste important car il peut être un véritable signal d'alarme de grossesse mal suivie.

La question de la sexualité reste un item abordé dans un peu plus d'un cas sur quatre. Selon Saurel-Cubizolles et *al.*, le début de la grossesse semble systématiquement accompagnée d'une baisse de la libido féminine indépendante de tout facteur culturel, émotionnel ou conjugal [10]. Par ailleurs, la diminution des relations sexuelles pendant la grossesse serait liée à des manifestations de peur entretenues par l'importance des idées reçues et des fausses croyances sur l'état de grossesse [11].

La dépression a été l'item relatif au vécu psychologique de la grossesse le moins abordé (17%). La prévalence de la dépression pendant la grossesse est pourtant estimée à 10% [12 13]. La dépression pourrait affecter le développement fœtal et le devenir du fœtus. Elle pourrait également être associée à des complications pré et périnatales (Anomalies placentaires, pré éclampsie et avortements spontanés) [14].

Le type de logement a été abordé chez 16 %. Cet item devrait être plus recherché car en situation de précarité moins de la moitié des femmes habitent un logement permanent [15].

Le niveau de ressource a été l'item le moins abordé. Son abord est primordial car il rentre dans les critères de précarité. Toutefois, même avec de faibles niveaux de ressources la majorité des mères en situation de précarité arriveraient à mobiliser des ressources suffisantes pour prendre en charge leur bébé [15].

Ces items évoqués dans moins de 25% des cas pour la dépression, le type de logement et le niveau de ressource sont relatifs aux conditions de vie et à la souffrance psychique. On peut penser qu'ils sont plus difficiles à aborder selon la relation de confiance installée entre le professionnel et la patiente, cela pouvant être ressenti comme une intrusion dans la vie privée. De même, d'autres indices renseignent peut-être le professionnel sans que la question soit posée directement, hypothèse qui existe aussi pour l'item de la couverture sociale.

Les 17 items abordés le plus fréquemment chez les patientes EPP+

- Les items abordés dans plus de 75 % des cas sont : la consommation de tabac, la situation familiale et les conditions de travail :

La recherche d'une consommation de tabac a été l'item le plus abordé chez les femmes enceintes. Elle est primordiale. En effet, 19,7 % des femmes enceintes sont fumeuses pendant leur grossesse [16]. Le tabac peut en effet avoir des conséquences néfastes sur le déroulement de la grossesse et le devenir de l'enfant (hypotrophie, prématurité) [17].

Arrivant en deuxième place des items de l'EPP les plus abordés, la question de la situation familiale a été posée chez 77% des femmes. Selon Gayral-Taminh et *al.*, le groupe des mères en situation de précarité se caractérise par une surreprésentation des femmes étrangères, notamment des Africaines, de mineures et de mères isolées, et celles sans conjoint déclaré.

Les conditions de travail ont été abordées chez 76% des femmes de notre série. L'abord des conditions professionnelles permet d'adapter les postes de travail potentiellement à risque [18].

- Les items abordés dans 50 à 75 % des cas sont : les troubles du sommeil, la consommation d'alcool, l'alimentation, le vécu physique de la grossesse, le désir de la grossesse, la consommation des autres drogues, l'activité physique, l'état de stress et le souhait du mode d'accouchement.

Les troubles du sommeil sont présents chez 98% des femmes enceintes au cours du 3^{ème} trimestre [19]. Des solutions comme la limitation de la prise de poids maternel, l'utilisation restreinte de sédatifs ou le décubitus latéral peuvent être proposés si des troubles sont repérés lors de l'abord de cet item. Le syndrome d'apnée du sommeil (5% des femmes en âge de procréer [20]) pourrait expliquer l'augmentation des pathologies foeto-maternelles [21]. Dans ce cas, l'abord de l'item peut permettre un dépistage de cette pathologie et orienter vers une prise en charge spécifique (polysomnographie, appareillage).

Environ 4 % des femmes enceintes consomment de l'alcool [22]. Cette consommation expose à des risques de retard de croissance, malformation crânio faciale, déficit cognitifs et comportementaux [23 24].

La grossesse pouvant être à l'origine de troubles du comportement alimentaire ou d'obésité [25]. Les troubles de l'alimentation doivent être recherchés précocement au cours de la grossesse par l'abord de cet item permettant potentiellement d'éviter d'éventuels troubles alimentaires chez l'enfant [26].

Concernant le vécu physique de la grossesse, pour Fairburn et *al.*, 66% des femmes enceintes disent bien vivre l'augmentation de la taille du ventre [27]. Cependant 41 % des femmes rencontrent des problèmes de contrôle de poids qui peuvent être dépistés lors de l'abord de cet item [28]

Concernant la question du désir de grossesse, dans une étude toulousaine, parmi les femmes dont la grossesse n'était pas désirée, il n'existe pas de différence significative selon leur

origine française ou étrangère. C'était majoritairement parmi elles (8/10) que se trouvaient celles que les assistantes sociales considéraient comme incapables d'une prise en charge correcte de leur enfant [15].

La consommation des autres drogues a été moins abordée que le tabac ou l'alcool. Environ 1% des femmes enceintes avouent consommer de la drogue (cannabis, ecstasy, crack ou héroïne) [22]. Cette pratique a des répercussions graves sur le fœtus en entraînant notamment des troubles du développement du système nerveux central [29].

L'abord de l'activité physique permet de proposer précocement des programmes d'activité physique bénéfiques pour la femme enceinte[30].

Les effets du stress à court terme sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus seraient la prématurité et un faible poids de naissance.

L'accouchement par voie basse avec analgésie péridurale est souhaité par 2/3 des femmes [3]. L'abord de cet item permet de discuter précocement de l'analgésie péridurale qui permet d'améliorer le vécu et la satisfaction des femmes enceintes au cours de leur accouchement [31]. Cependant, selon Gayral-Taminh [15], les mères en situation de précarité bénéficieraient un peu moins souvent d'une anesthésie péridurale.

Ces items constituent pour la plupart l'aspect hygiéno-diététique, abordé également dans d'autres circonstances que la grossesse, c'est un questionnement probablement plus spontané de la part des professionnels. De même le désir de la grossesse est un sujet légitime prioritaire à interroger dans le projet d'être parent et aussi à évoquer dans la problématique du cadre réglementaire des interruptions volontaires de grossesses (IVG).

- Les items abordés dans 25 à 50% des cas sont : le soutien de l'entourage, le retour à domicile, la question du sentiment de parentalité, le mode de garde de l'enfant et la relation de couple.

Concernant le soutien de l'entourage, l'étude publiée par Gayral-Taminh, les familles monoparentales n'étaient pas toujours en situation d'isolement social puisque 30% des mères vivaient chez leurs parents [15].

L'abord du retour à domicile permet de parler très tôt d'un éventuel retour précoce à domicile après accouchement (RPDA). La procédure de RPDA stipule que c'est au cours de la consultation du 4^{ème} mois qu'il doit être abordé [32]. Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) [33] permettant aux femmes un meilleur suivi après leur grossesse peut aussi être un projet envisagé avec la femme enceinte au cours de l'abord de cet item.

La question du sentiment de parentalité est un sujet difficile à aborder, relatif à la difficulté d'être père et au désir des jeunes mamans. Il s'agit d'une période de doutes, de remises en questions et de difficultés sexuelles pour les jeunes mamans [34]. Une série de perturbations psychosomatiques (perte d'appétit, nausées, insomnies, anxiété) peuvent survenir chez les futurs pères, en résonance avec la grossesse de leur femme (11 à 65% des hommes), autrement appelé le syndrome de la couvade décrit par Freud [35].

Concernant le mode de garde de l'enfant, il existe peu de données dans la littérature concernant la problématique de la garde de l'enfant dans le post-partum. L'abord de cet item reste primordial car il conditionne notamment la reprise du travail de la femme.

Moins de 30 % des femmes enceintes ont été interrogées sur leur relation de couple au cours de la grossesse. Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France [36], 10 % des femmes enceintes subissent des violences conjugales physiques ou psychologiques.

Selon l'HAS, la grossesse est une période de vulnérabilité pouvant entraîner des conséquences parfois péjoratives sur la mère et l'enfant.

Ces items abordés dans moins de 50% des cas évoquent l'histoire familiale, la construction d'une identité nouvelle en tant que parents. Ils sont susceptibles d'influencer de façon importante et durable la santé physique, mentale et sociale de la mère et de l'enfant, et de leur entourage. Ils étaient une motivation de la création d'une consultation dédiée à un entretien prénatal précoce et nécessiteraient d'être plus souvent évoqués.

Les résultats concernant les thèmes que les patientes auraient souhaité aborder n'ont pas été analysés car trop peu nombreux et donc non contributifs.

En revanche, nous avons pu mettre en évidence que 54,9% des patientes EPP+ ne jugeaient pas nécessaire la réalisation d'un EPP au cours de leur grossesse. Et 28,5 % des EPP- le souhaitaient. On peut donc conclure à une tendance mitigée à la réalisation de l'EPP. Cela renforce l'importance d'un abord de ces items tout au long du suivi de grossesse.

L'EPP permet d'aborder plus d'items psycho-socio-économiques que le suivi de grossesse classique. Les professionnels non SF le réalisent très rarement, mais il est possible d'aborder les items dans le suivi et il est souhaitable que cette pratique soit plus fréquente.

Limites de l'étude

L'analyse des résultats doit être pondérée par le fait que les patientes ont répondu à l'auto-questionnaire 4 mois après la date théorique de l'EPP ceci pouvant entraîner un biais de mémoire sur les items abordés dans cette consultation.

De même, seules les femmes volontaires ont répondu au questionnaire, ceci pouvant entraîner un biais de sélection et en particulier par une plus forte participation des femmes à niveau d'études supérieur.

Forces

La force de cette étude réside dans l'obtention d'un grand nombre de questionnaires, tous analysables.

CONCLUSION

Sur les 22 items psycho-socio-économiques de l'EPP, une moyenne de 11 ont été abordés pour les 300 femmes suivies pour leur grossesse en Mayenne de juillet 2014 à février 2015.

Trois l'étaient dans plus de 75% des cas, 9 entre 50 et 75 %, 7 entre 25 et 50 %.

Dans cette étude, 62,4% des femmes n'ont pas eu de consultation spécifique d'EPP. Pour les 37,6 % qui l'ont eue, elle était pratiquée par une SF dans 95% des cas.

Dix-sept items étaient significativement plus abordés lorsque la patiente avait eu une consultation spécifique. Parmi ces items, la consommation de tabac était le plus souvent évoquée, puis les items concernant la consommation en alcool, la situation familiale, les conditions professionnelles et le mode de vie l'étaient dans au moins 2/3 des cas

Cinq items indépendants de la réalisation de la consultation spécifique étaient les moins abordés. Ils concernaient le mode de garde de l'enfant, la relation de couple, la sexualité, la présence d'antécédent dépressif lors des précédentes grossesses, le type de logement et le niveau de ressource.

L'appréciation des femmes sur la nécessité de l'EPP est mitigée. 54, 9 % des femmes qui avaient eu un EPP ne le jugeaient pas nécessaire et 28,7% de celles qui ne l'avaient pas eu le jugeaient utile.

L'option du plan de périnatalité de 2005 était de favoriser la prise en compte globale de la femme enceinte. L'abord des items de ce domaine dans le suivi de la grossesse reste à améliorer. Une piste serait de créer un support comme une fiche guide mise à la disposition des praticiens.

Le format de l'EPP plus performant dans le nombre d'items abordés n'est pas le seul mode d'approche de ces questions et l'attente des femmes semble tendre vers une non-systématisation de l'EPP.

Même si le nombre d'EPP réalisés en Mayenne concorde avec ceux réalisés dans les Pays de la Loire ou ceux à l'échelon national, une harmonisation des pratiques des professionnels de santé ainsi qu'une meilleure information auprès des femmes enceintes pourrait améliorer l'abord des items de l'EPP.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan de périnatalité 2005-2007 "Humanité, proximité, sécurité, qualité", 2004.
2. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, et al. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2012;41(4):e1-e15 doi: 10.1016/j.jgyn.2012.04.014[published Online First: Epub Date].
3. Blondel B, Zein A, Ghosn N, et al. Collecting population-based perinatal data efficiently: the example of the Lebanese National Perinatal Survey. *Paediatric and perinatal epidemiology* 2006;20(5):416-24 doi: 10.1111/j.1365-3016.2006.00732.x[published Online First: Epub Date].
4. Aernout EM, Carpentier S. [Early prenatal interview knowledge in post-partum women: Cross-sectional study in 2011 in Lille (France)]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2015 doi: 10.1016/j.jgyn.2015.04.013[published Online First: Epub Date].
5. Brugier C, Morel O, Ricbourg A, et al. [Impact of precariousness on quality of prenatal detection: Lariboisiere hospital experience in Paris]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2012;41(5):454-9 doi: 10.1016/j.jgyn.2012.02.004[published Online First: Epub Date].
6. Branger B, Le Coz F, Gillard P, et al. [Pregnancy and delivery satisfaction of 424 patients in Perinatal Health Network << Securite Naissance >> of Pays-de-la-Loire area]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2014;43(5):361-70 doi: 10.1016/j.jgyn.2013.03.011[published Online First: Epub Date].
7. Gilibert A. Evaluation de l'entretien prénatal précoce auprès de 373 femmes en suite de couches, 2013.
8. Evaluation du plan de périnatalité 2005-2007- Rapport final, 2014.
9. Lejeune C, Fontaine A, Crenn-Hebert C, et al. [Research-action on medical and social management of uninsured pregnant women]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 1998;27(8):772-81
10. Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B, Lelong N, et al. [Marital violence after birth]. *Contraception, fertilité, sexualité* 1997;25(2):159-64
11. Bartellas E, Crane JM, Daley M, et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2000;107(8):964-8
12. Fergusson DM, Horwood LJ, Thorpe K. Changes in depression during and following pregnancy. ALSPAC Study Team. *Study of Pregnancy and Children. Paediatric and perinatal epidemiology* 1996;10(3):279-93
13. Johanson R, Chapman G, Murray D, et al. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 2000;21(2):93-7
14. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2014;28(1):25-35 doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017[published Online First: Epub Date].
15. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, et al. [Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2005;34(1 Pt 1):23-32
16. Blondel B. Enquête nationale périnatale 2010. Avec la participation des services de protection maternelle et infantile des conseils généraux. Ministère du travail, de la santé. Inserm ; 2010. 2010

17. Nordmann R. Au nom de la commission V (troubles mentaux toxicomanies). Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse. *J Pediatr Pueric* 2004;17:349-50
18. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, et al. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* 2000;95(4):623-35
19. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, et al. Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep medicine* 2002;3(1):37-42
20. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *The New England journal of medicine* 1993;328(17):1230-5 doi: 10.1056/NEJM199304293281704[published Online First: Epub Date].
21. Contreras G, Gutierrez M, Beroiza T, et al. Ventilatory drive and respiratory muscle function in pregnancy. *The American review of respiratory disease* 1991;144(4):837-41 doi: 10.1164/ajrccm/144.4.837[published Online First: Epub Date].
22. Fline-Barthes MH, Vandendriessche D, Gaugue J, et al. [Psychosocial vulnerability and substance use screening during pregnancy: Evaluation of a composite auto-questionnaire versus usual medical questioning]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2015;44(5):433-42 doi: 10.1016/j.jgyn.2014.03.004[published Online First: Epub Date].
23. Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 1973;302(7836):999-1001
24. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, et al. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973;1(7815):1267-71
25. Sarwer DB, Allison KC, Gibbons LM, et al. Pregnancy and obesity: a review and agenda for future research. *Journal of women's health* 2006;15(6):720-33 doi: 10.1089/jwh.2006.15.720[published Online First: Epub Date].
26. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, et al. The children of mothers with eating disorders. *Clinical child and family psychology review* 2002;5(1):1-19
27. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic medicine* 1992;54(6):665-72
28. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 1994;15(4):189-95
29. Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2005;159(9):824-34 doi: 10.1001/archpedi.159.9.824[published Online First: Epub Date].
30. Downs DS, Chasan-Taber L, Evenson KR, et al. Physical activity and pregnancy: past and present evidence and future recommendations. *Research quarterly for exercise and sport* 2012;83(4):485-502 doi: 10.1080/02701367.2012.10599138[published Online First: Epub Date].
31. Gil-Wey B, Savoldelli GL, Kern C, et al. [Risk factors associated with maternal satisfaction during childbirth: a retrospective cohort study]. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie* 2011;58(10):936-43 doi: 10.1007/s12630-011-9550-2[published Online First: Epub Date].
32. ANAES. Sortie précoce après accouchement- Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique, 2004.
33. Programme de retour à domicile PRADO maternité.
34. Colson MH. [Female sexuality and parenthood]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité* 2014;42(10):714-20 doi: 10.1016/j.gyobfe.2014.09.001[published Online First: Epub Date].
35. Freud S. *Totem et Tabou*. "Petite Bibliothèque Payot", 2004.

36. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. *Popul.Soc.* Paris, 2001:364.

LÉGENDE DES ANNEXES, FIGURES ET TABLEAUX

QUESTIONNAIRE DE THESE SUR L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Madame, ce questionnaire est à **remplir par vous même** lors de votre consultation de suivi de fin de grossesse. Merci de **répondre à toutes les questions**.

Pour chaque question merci de **ne cocher qu'une seule réponse**.

Si vous éprouvez des difficultés à y répondre, veuillez le dire au médecin ou à la sage-femme que vous allez voir en consultation et qui vous aidera.

1. Quel est votre âge ?

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 38 ans
- Plus de 38 ans

2. Cette grossesse est la :

- 1ère
- 2ème et plus

3. Quel est votre niveau d'étude :

- niveau collège, ou BEP, ou CAP
- niveau lycée, ou BAC, ou BAC professionnel
- études supérieures
- autres

4. Quel professionnel de santé a suivi votre grossesse ?

La déclaration de grossesse :

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme

La consultation du 4ème mois de grossesse :

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme

La consultation du 5ème mois de grossesse :

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme

La consultation du 6ème mois de grossesse :

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme

La consultation du 7ème mois de grossesse :

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme

5. Avez vous eu un Entretien Prénatal Précoce (entretien réalisé au 4ème mois de grossesse, spécifique, abordant les aspects personnels, d'environnement et de mode de vie) ?

- OUI
- NON

Si OUI, par quel professionnel de santé ?

- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme

Si OUI,

- Seule
- En couple

6. Les Thèmes suivants ont-ils été abordés au cours de votre grossesse par un professionnel de santé :

	OUI	NON	Si votre réponse est NON, cocher la case si vous auriez aimé que ce thème soit abordé
Vos conditions professionnelles			
Votre situation/composition familiale			
Le soutien de votre entourage			
Votre niveau de ressource			
Votre couverture sociale			
Votre type de logement			
S'il s'agissait d'une grossesse désirée ou non			
Votre consommation de tabac			
Votre consommation d'alcool			
Votre consommation d'autres drogues			
Votre pratique de l'activité physique			
Votre alimentation			
Votre sommeil			
Votre sexualité			
Votre sentiment d'être parent			
Vos souhaits par rapport au mode d'accouchement			
Votre vécu de la grossesse sur le plan physique			
L'existence d'un état de stress ou d'anxiété			
Votre relation de couple			
La survenue d'un état dépressif après votre/vos précédente(s) grossesse(s)			
Le retour à domicile après le séjour à la maternité			
Des différents modes de gardes de votre enfant			

7. Y a t-il d'autres thèmes que ceux précédemment cités dans la question 6 dont vous auriez souhaité parler ?

- OUI
- NON

Si oui, lesquels :

8. Pensez vous qu'une consultation spécifique est nécessaire pour aborder l'ensemble des ces questions ?

- OUI
- NON

Merci du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire. Les réponses que vous nous avez apportées permettront de constituer une étude concernant l'entretien précoce.

Camille M. et Amélie R.

Internes en médecine générale, Faculté de Médecine d'Angers.

Annexe 1 : Auto-questionnaire donné aux patientes

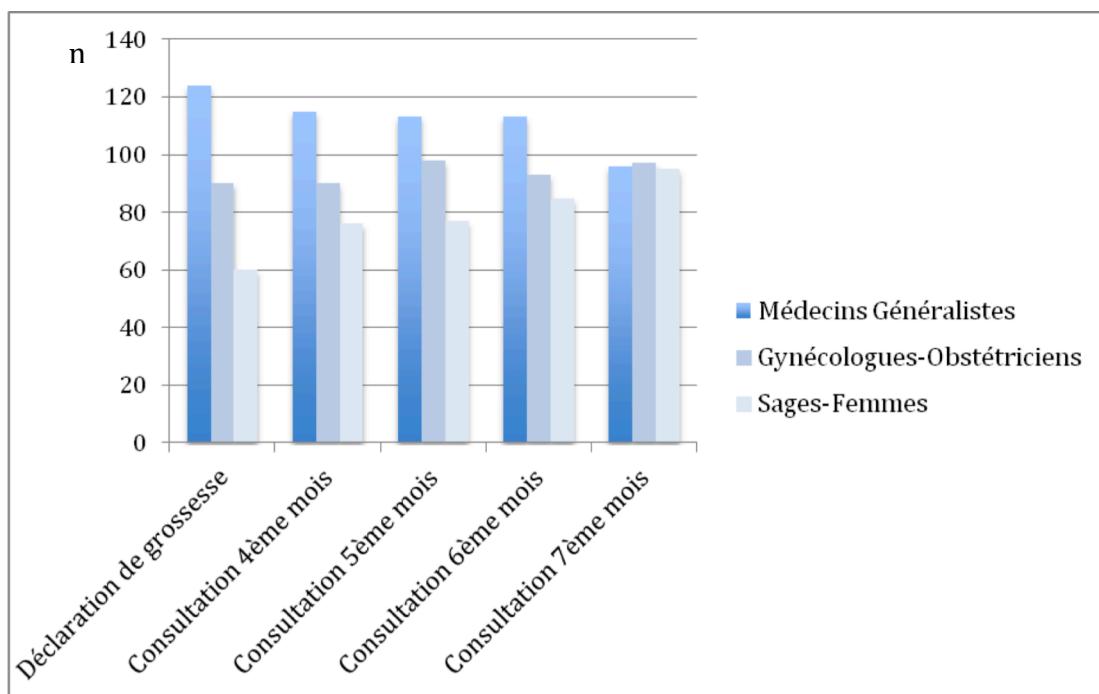


Figure 1 : Nombre (n) de patientes suivies par chaque professionnel au cours de leur grossesse

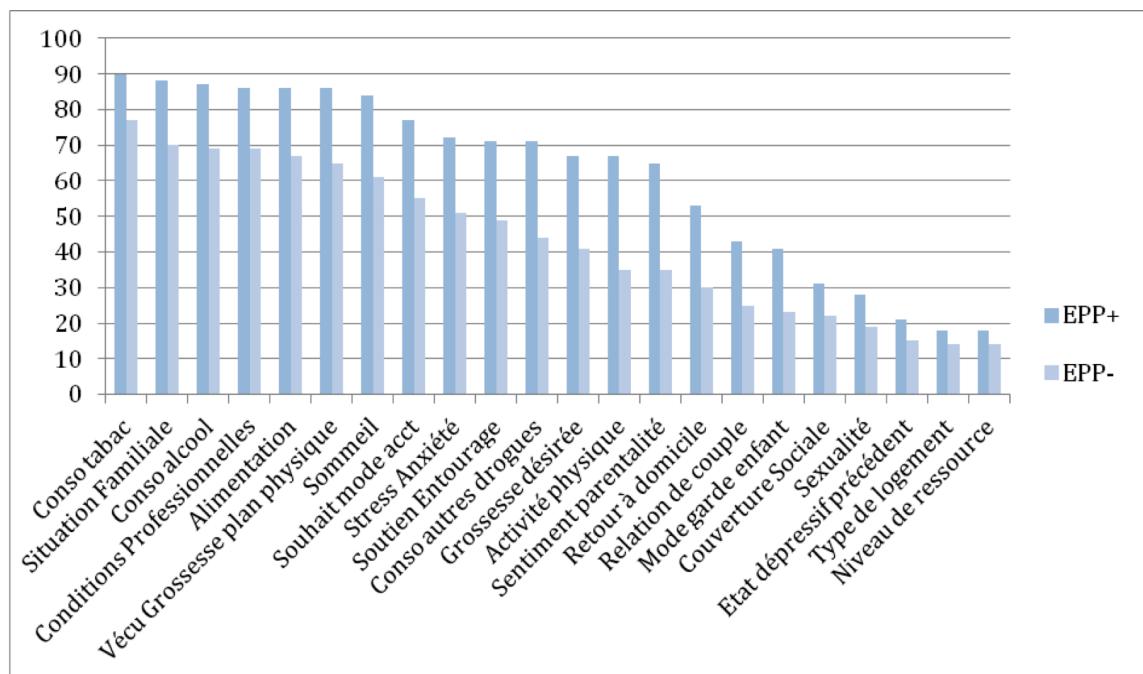


Figure 2 : Répartition des items abordés, en pourcentage, chez les femmes EPP+ et EPP-

Items abordés	OUI	Non	Souhaité	NR
Consommation en tabac	245	82%	50	17%
Situation Familiale	230	77%	61	20%
Conditions Professionnelles	227	76%	65	22%
Sommeil	224	75%	59	20%
Consommation Alcool	223	74%	71	24%
Alimentation	219	73%	65	22%
Vécu Physique de la Grossesse	212	71%	69	23%
Grossesse désirée	178	59%	111	37%
Consommation d'autres drogues	175	58%	117	39%
Activité physique	166	55%	125	42%
Stress / Anxiété	164	55%	116	39%
Souhait du Mode d'accouchement	163	54%	97	32%
Soutien de l'entourage	146	49%	139	46%
Retour à domicile	115	38%	148	49%
Sentiment de parentalité	113	38%	165	55%
Couverture Sociale	100	33%	190	63%
Mode de Garde de l'enfant	88	29%	196	65%
Relation de couple	83	28%	203	68%
Sexualité	79	26%	195	65%
Etat dépressif précédent	51	17%	214	71%
Type de logement	47	16%	242	81%
Niveau de ressource	44	15%	245	82%
Total	3292	50%	2943	45%
			197	3%
			162	2%

Tableau I: Items de l'EPP abordés lors du suivi de grossesse.

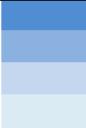

 Plus de 75% des cas
 Entre 75 et 50% des cas
 Entre 50 et 25% des cas
 Moins de 25% des cas

Tableau I : Items de l'EPP abordés lors du suivi de grossesse

Items abordés	EPP+	EPP-	p
Conso tabac	90	77	0.004
Situation Familiale	88	70	<0.001
Conso alcool	87	69	<0.001
Conditions Professionnelles	86	69	<0.001
Alimentation	86	67	<0.001
Vécu Grossesse plan physique	86	65	<0.001
Sommeil	84	61	0.003
Souhait mode accouchement	77	55	<0.001
Stress Anxiété	72	51	<0.001
Soutien Entourage	71	49	<0.001
Conso autres drogues	71	44	<0.001
Grossesse désirée	67	41	0.047
Activité physique	67	35	0.002
Sentiment parentalité	65	35	<0.001
Retour à domicile	53	30	<0.001
Relation de couple	43	25	<0.001
Mode garde enfant	41	23	<0.001
Couverture Sociale	31	22	ns
Sexualité	28	19	ns
Etat dépressif précédent	21	15	ns
Type de logement	18	14	ns
Niveau de ressource	18	14	ns

Tableau II : Comparaison des deux groupes EPP + (111 femmes) et EPP - (189 femmes)

valeur en pourcentage de réponse dans chaque groupe pour chacun des items abordés

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
PLAN	9
INTRODUCTION	10
MATERIELS ET METHODES	11
RESULTATS	12
DISCUSSION	17
<i>Population</i>	17
<i>Professionnels assurant le suivi des femmes enceintes</i>	17
<i>Réalisation de l'EPP</i>	18
<i>Items abordés sans différence significative</i>	20
<i>Les 17 items abordés le plus fréquemment chez les patientes EPP+</i>	21
<i>Limites de l'étude</i>	26
<i>Forces</i>	26
CONCLUSION	27
Déclaration d'intérêts	28
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
LISTE DES ANNEXES, FIGURES ET TABLEAUX	32
TABLES DES MATIÈRES	37

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Camille MAITRE & Amélie REAU

Vu, le Directeur de thèse

q

Vu, le Président du jury de thèse

J.T.D

Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS

Professeur I. RICHARD



Vu et permis d'imprimer