

Université René Descartes
(Paris V)
Faculté de Médecine Necker
Président : Monsieur le Professeur P. DAUMARD

MAITRISE DE SCIENCES BIOLOGIQUES ET
MEDICALES

ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET RESPONSABILITE
MEDICALE

Directeur : Monsieur le Professeur C. HERVE
(promotion 2003-2004)

TITRE DU MEMOIRE

L'information orale conjointe obstétrico-
pédiatrique lors de l'hospitalisation des
patientes exposées à un accouchement
prématuré :
Point de vue des patientes.

Présenté par Christine PIERRE (née TERRIER)

Directeur de Mémoire : Madame le Docteur M. GAILLARD

REMERCIEMENTS

Nous remercions les patientes et leur conjoint, Madame le Docteur Marie-Josée Perez, les équipes des services grossesses pathologiques, de réanimation néonatale, de néonatalogie pour leur accueil et leur intérêt à ce travail.

Monsieur le Professeur Christian Hervé, notre maître, pour la qualité de son enseignement, son incroyable énergie, ô combien stimulante ! Il nous a appris à « poser les bonnes questions et à appuyer là où cela fait mal ! »

Son équipe dynamique :

- Madame le Docteur Martine Gaillard, notre directrice de mémoire, pour ses précieux conseils avisés ;

- Monsieur le Docteur Grégoire Moutel, pour ses nombreux questionnements et sa réactivité pertinente ;

- Madame Nathalie Duchange, pour sa disponibilité et sa gentillesse ;

- et les étudiants du DEA, créant cette ambiance feutrée de travail au sein du Laboratoire d'Éthique Médicale de Necker.

Notre conjoint pour ses conseils, son amour, sa patiente bienveillance. Nous admirons son souci constant de l'éthique professionnelle. Il nous a appris à laisser du temps au temps....

A nos amies pour leur soutien indéfectible et loyal, un grand merci à Shirley Blouin pour son « enseignement informatique et amitié », je leur dédie ce mémoire !

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	4
I- INTRODUCTION	5
I-1. Législation et définition	
I-2. L'information du patient	
I-3. L'information en obstétrique	
I-4. Pourquoi privilégier l'oralité ?	
I-5. L'information écrite.	
II- OBJECTIFS	9
III- METHODOLOGIE	10
III-1. Population	
III-2. Méthode	
III-2.1. L'information initiale.	
III-2.2. Le premier entretien.	
III-2.3. Le deuxième entretien.	
IV- RESULTATS	13
IV-1. Données médicales concernant les grossesses et accouchements	
IV-2. Intérêt et interactivité manifestés lors de l'information obstétrico-pédiatrique conjointe	
IV-2.1. Quelques questions glanées au fil d'entretiens d'information conjointe	
IV-2.2. Questions posées par les conjoints	
IV-3 Interrogatoire n°1 effectué 24-48h après l'information conjointe	
IV-4 Interrogatoire n°2 effectué après l'accouchement	
IV-5 Evaluation des critères fixés dans les objectifs	
V -DISCUSSION	25
V- 1 Critique de la méthodologie	
V-2 Discussion des résultats	
VI- CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	34

GLOSSAIRE :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APGAR : Score décrit par Madame APGAR, concernant l'état du nouveau-né lors de sa naissance. Il est noté sur dix (cinq critères de 0 à 2 : la coloration, la respiration, le tonus, les battements cardiaques, la réactivité), à trois, à cinq minutes de vie (et dix minutes de vie dans certains cas)

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CCPPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes en Recherche Biomédicale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

NICE : National Institute for Clinical Excellence

PE : Pré Eclampsie

RPM : Rupture Prématuroe des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhée

TIU : Transfert *In Utero*

I. INTRODUCTION.

I-1. Législation et définition.

Dans la dernière version du code de déontologie médicale français de 1995, Titre2, article 35 (1), il est stipulé que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, appropriée à son état* ». De plus, l'article 64 précise que « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du patient* ».

La Charte du patient hospitalisé (2) précise que l'information doit être « *simple, accessible, intelligible et loyale* ».

Le 25 février 1997, une décision de la cour de cassation qui fit grand bruit, l'arrêt Hédreul (3) a fait jurisprudence, aboutissant au renversement de la charge de la preuve, qui impose au praticien d'apporter la preuve qu'il a donné l'information au patient .

Le Conseil Consultatif National d'Ethique (4) rend, le 12 juin 1998, l'avis n°58 sur « le consentement éclairé et l'information des personnes se prêtant à des actes de soins ou de recherche », qui précise qu'il incombe au médecin (plus généralement au personnel de santé) d'informer le patient de façon suffisamment claire et adaptée pour qu'il soit en mesure d'exercer sa liberté de jugement et de décision. L'information doit être actualisée pour tout nouvel acte diagnostique ou thérapeutique, et donc à priori ... pour toute évolution de la pathologie et de sa prise en charge.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (5), dans son rapport de la commission nationale permanente adoptée lors de ses Assises du 5 juin 1999, retient la nécessité « *d'une meilleure compréhension entre les deux partenaires que sont le thérapeute et son patient, pour aboutir à une acceptation « interactive », un consentement mutuel aux soins* » ; bref, un passage « *du paternalisme à la co-décision* »

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (6) apporte, en mars 2000, des recommandations concernant l'information du patient : « *Chaque médecin informe le patient de l'ensemble des éléments relevant de sa discipline, en situant ces derniers dans la démarche générale de soins. Il ne doit pas supposer que d'autres lui ont déjà donné cette information. Il est recommandé que le patient puisse bénéficier d'une synthèse des données médicales le concernant, et cela à plusieurs étapes de sa prise en charge, en*

particulier sur la conduite diagnostique initiale, puis sur les thérapeutiques possibles et celle qui est envisagée, enfin sur son pronostic à court, moyen, et long terme. Il est recommandé que cette synthèse soit effectuée par un médecin unique ». Dans ces recommandations, il est précisé que *« le médecin tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».* De plus, il y est suggéré, comme preuve de sa compréhension, de s'assurer que le patient sait réexpliquer.

La Loi du 4 mars 2002 (7), dans son titre 2 chapitre II, article II chapitre 1° (Art. L. 1111-4), précise que *« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette 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 ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus..... Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel..... ».* *« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.... Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »*

Toutes ces références légales et réglementaires actuelles établissent leur logique sur la protection des libertés individuelles et non sur la reconnaissance de la qualité technique et « relationnelle » des professionnels.

Mais en dehors des textes, recommandations et règlements, qu'est-ce qu'informer ?

I-2. L'information du patient.

Elle pose de réels questionnements aux praticiens quant à sa forme, son contenu,mais reste toujours un devoir d'humanité essentiel. Pour Kress (8), *« informer en médecine, c'est passer de ce qui est un savoir neutre du médecin à une vérité pour le malade ou le patient ».* Avec les progrès immenses des sciences et des techniques, nous assistons à un glissement du paternalisme médical basé sur le principe de bienfaisance qui perdura jusqu'au vingtième siècle, vers l'autonomie du patient traité comme un être responsable, apte à comprendre donc de pouvoir faire un choix, voire à l'extrême, se comporter en consommateur face au médecin « prestataire de services » (9). *« La profession médicale risque d'être considérée comme un service, dont l'action se doit d'avoir un aboutissement*

certain, et non plus comme un dialogue singulier entre deux êtres humains » (10)

I-3. L'information en obstétrique, en particulier au cours des pathologies obstétricales à haut risque de prématurité, pose des problèmes spécifiques:

- le « maillage » de réseau périnatal fait intervenir différents acteurs de soins qui livrent diverses informations, dont le but est de tenter de faire bénéficier l'ensemble des patientes d'une région d'une certaine qualité de soins pour une même pathologie (11) ;

- selon Sargos (12), « *on assiste à une prise en charge multidisciplinaire protocolée qui impose une obligation d'information renforcée* » « l'information doit être adaptée à la spécificité de la grossesse, qui n'est pas une maladie. Le praticien ne peut énoncer toutes les complications liées à cet état...(pouvant de façon extrême, se solder par un décès...) et fait intervenir la « clause de conscience » ;

- cette information concerne deux patients, voire trois : la mère, l'enfant et le père (ou plus, dans les grossesses multiples) ;

- il s'agit d'une information complexe car une multitude d'évènements et de pathologies de survenue imprévisible peuvent se présenter, ou peuvent ne pas survenir, et si elles surviennent, elles peuvent être graves avec des séquelles neurologiques possible.

Le contenu doit porter sur :

- les investigations, traitements ou actions de prévention proposées ;
- leur utilité, leur urgence éventuelle et leurs conséquences ;
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ;
- les risques nouveaux identifiés postérieurement aux soins ;
- les alternatives thérapeutiques et leur conséquences en cas de refus ;
- les précautions générales et particulières recommandées ;
- et les modalités de prise en charge à la naissance.

Non « stéréotypée », cette information doit toujours être traitée au cas par cas dans le cadre de ces grandes pathologies obstétricales.

I-4. Pourquoi privilégier l'oralité ?

Par tradition, le contrat médical est un contrat oral. Cette information répond aux devoirs d'humanisme de la médecine comme l'écrit Rouget-Maillard (13).

Selon le législateur, l'information des patientes doit être délivrée « au cours d'un entretien individuel ».

L'ANAES (6) invoque la primauté de l'information orale. Le dialogue qu'implique l'information, nécessite qu'elle soit transmise oralement.

Cette forme orale s'impose d'autant plus qu'elle permet une adaptation immédiate et interactive avec la patiente dans un contexte où le risque de naissance prématurée engendre

souvent une anxiété pouvant agir sur les fonctions cognitives. La(Les) patiente(s) « a (ont) besoin d'explications adaptées sa(leur) capacité(s) d'appréhension » (14).

Cette information, à l'écoute de la(les) patiente(s), se module selon ses(leurs) réactions et questions.

I-5. L'information écrite.

Quelques auteurs anglo-saxons ont commencé à s'intéresser aux fiches d'information dans les maternités. Stapleton (15) montre que les professionnels y sont assez favorables, mais que leur contenu apparaît souvent normatif et en décalage avec les pratiques locales ou le cas de la patiente concernée. O'Cathlain (16) démontre que les fiches d'information n'augmentent pas le niveau des connaissances sur le déroulement du travail (sauf dans le cas de diagnostic prénatal par test sanguins et échographiques). Dans le cas présent, la standardisation par formulaire apparaît totalement réductrice et inadaptée à la particularité obstétricale de chaque patiente et riche en « non-dits ». Bien sûr, par ce commentaire, le propos n'est pas de remettre en question l'utilité de ce support écrit qui présente un intérêt indiscutable pour certains points communs à toute grossesse (plaquette des services, dépistage de la trisomie 21, etc...). Ces écrits sont, à condition de veiller à une bonne stratégie de leur introduction auprès des praticiens, un « support de l'oralité » en les aidant entre autre de s'assurer de l'absence d'oubli, et donc de garantir une exhaustivité indispensable pour la patiente (15,17). Ainsi, la démarche d'information en particulier écrite, ne doit pas être ou donner l'impression d'être un « parapluie médico-légal », purement défensif (et non reconnu!) de se prémunir.

Enfin, précisons qu'à cette heure, si un projet de recommandations professionnelles sur l'information aux femmes enceintes est en cours d'élaboration par l'ANAES, il concernera la surveillance de la grossesse normale, mais certainement pas les situations pathologiques qui pourtant les nécessitent.

II. OBJECTIFS.

Pour reprendre les recommandations ANAES, l'information des patientes, dans le cadre de la prise en charge des grossesses pathologiques à des termes gestationnels où le fœtus est viable, est multidisciplinaire.

En effet, elle comporte l'(ou les) intervention(s) successive(s), et donc souvent intriquées entre autre obstétricale et pédiatrique (un, ou bien souvent plusieurs intervenants de chacune de ses spécialités).

Ainsi, dans une étude californienne, un obstétricien sur deux estime que l'information donnée est « perturbée par le pédiatre », et montre que l'information doit être « le fruit d'un processus médical commun » (18).

Certains auteurs ont récemment évoqué l'intérêt de la mise en place d'un entretien commun (19), dont l'un des objectifs est la perception par les parents d'une cohérence entre les différents professionnels qui vont successivement intervenir (20).

Nous avons donc profité de l'existence d'une telle démarche dans le cadre d'un service d'obstétrique pathologique pour mener notre travail.

Le problème posé est de savoir comment est intégrée et perçue l'information selon cette modalité.

Notre objectif principal est d'évaluer la compréhension et la mémorisation qu'a la patiente de cette information orale commune obstétrico-pédiatrique qu'elle reçoit au début de son hospitalisation.

Nos objectifs secondaires sont d'appréhender si cette information :

- a eu une influence sur leur capacité de choix des modalités de prise en charge ;
- a correspondu à leurs attentes.
- a été bénéfique ou plutôt délétère?

III. METHODOLOGIE.

III-1. Population.

Notre enquête a été menée de décembre 2003 à avril 2004 dans le secteur des grossesses pathologiques du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Poitiers, établissement de niveau III, rassemblant unités d'obstétrique, de néonatalogie, et de réanimation néonatale (pouvant accueillir des grands prématurés) selon les règlements en application pour la périnatalité (21), ainsi qu'un service de réanimation adulte.

Elle concerne toutes les patientes répondant à notre questionnement sur cette période.

Pendant cette période, dix patientes hospitalisées pour prise en charge d'une grossesse pathologique ont été recrutées. Ce recrutement a été aléatoire lorsque nous avons pu être présente à l'entretien obstétrico-pédiatrique effectué dans les vingt-quatre premières heures après l'arrivée.

Pour plus d'homogénéité, et ne pas courir le risque de pathologies ayant une évolution où des soins ou des conduites plus complexes pourraient être envisagés, le recrutement a été limité aux trois pathologies les plus courantes en secteur de grossesse pathologique :

- travail prématuré (MAP) ;
- rupture prématurée des membranes avant terme (RPM) ;
- pré-éclampsie (PE).

Ces patientes étaient soit suivies dans le service, soit issues d'un transfert en provenance d'établissements de niveau I ou II (sans service de réanimation néonatale).

III-2. Méthode.

Dans un premier temps, nous assistons en observateur non participant, après présentation à la patiente ou au couple, en tant qu'étudiante et nous demandons l'autorisation (en accord avec les médecins):

- d'assister à la séance d'information obstétrico-pédiatrique conjointe en notant diverses réactions (questions, angoisse formulée, marques d'émotivité: pleurs), et en évaluant l'intérêt provoqué chez la patiente ou le couple.

- d'effectuer 48 à 72h après, un premier entretien semi-directif évaluant l'information donnée (dont la compréhension, la satisfaction)

- d'effectuer après l'accouchement un deuxième entretien avec les patientes pour évaluer le ou les choix, la mémorisation à distance, si l'information a répondu à leur attente, si elle a été bénéfique ou délétère, dans un délai de quelques jours pour les enfants nés après 35 SA et de trois à quatre semaines pour les enfants nés avant 35 SA.

En aucun cas nous soumettons cet interrogatoire aux patientes dont le nouveau-né pose de gros problèmes.

III-2.1. L'information initiale.

Cette séance d'information, à laquelle nous assistons, est effectuée au début de l'hospitalisation de la patiente dans le secteur d'Obstétrique pathologique du CHU de Poitiers. Au début de ce premier entretien, nous sommes présentée aux patientes en tant qu'étudiante en maîtrise d'éthique médicale.

Après avoir évalué les connaissances préalables de la patiente ou du couple sur la situation (en la ou les laissant s'exprimer), une information orale est menée, globale, complète et interactive, menée conjointement par un obstétricien et une pédiatre (toujours le même binôme), et de façon successive selon la chronologie des événements supposés, en tentant d'expliquer et de prévoir.

L'information est menée sur un modèle type (guide d'entretien et d'information obstétrico-pédiatrique du service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Poitiers) abordant les différentes conduites obstétricales adaptées à la pathologie concernée (modulé selon la patiente et ses antécédents), son degré d'urgence, les principaux aspects de la prise en charge du nouveau-né prématuré [Annexe n°1]. Sans développer dans ce travail l'exhaustivité des informations données, qui pourraient faire à elles-seules l'objet d'un épais fascicule, nous apportons à titre d'exemple, des données sur la mortalité périnatale et la morbidité neurologique des nouveaux-nés prématurés (22,23,24,25) [Annexe n°2].

Si le conjoint n'avait pu se libérer, les deux médecins restaient à la disposition de celui-ci pour l'informer. Ils répondraient volontiers à d'autres questions déclenchées à posteriori par cette information conjointe.

Selon l'état de mobilité de la patiente, ils lui proposaient ainsi qu'au conjoint de visiter le services de réanimation et de néonatalogie, de s'entretenir avec les équipes selon les disponibilités de ces dernières.

De cette observation silencieuse lors de l'échange binôme -patiente, nous notons les réactions des patientes et de leurs conjoints.

III-2.2. Le premier entretien.

Après avoir eu confirmation de l'accord de la patiente à la fin de l'information conjointe pour notre travail, nous venons la voir quarante-huit à soixante-douze heures après celle-ci. Ce laps de temps, permet d'avoir écarté la grande urgence c'est à dire l'accouchement, d'aborder les patientes en situation de relative stabilité obstétricale, et qu'elles aient assimilé l'information orale conjointe.

Avant de débiter le questionnaire, nous présentons aux patientes l'objet de notre étude.

Le contenu de cet entretien est basé sur un questionnaire d'évaluation des éléments d'information compris et retenus par la patiente. Il est de nature semi-directive (26), [Annexe

n°3].

L'élaboration de ce questionnaire s'est voulu « lisse », le moins dérangeant possible avec des termes simples et neutres chez des patientes préoccupées de leur devenir et celui de leur(s) enfant(s). Celui-ci comporte 3 questions fermées à choix binaire (avec 3 sous-questions ouvertes pour l'une), et 8 questions ouvertes.

III-2.3. Le deuxième entretien.

Un deuxième interrogatoire est mené à distance de l'accouchement, après accord de la patiente [Annexe n°4]. (La dernière question du premier interrogatoire porte sur cette acceptation). Il est réalisé à environ trois-quatre semaines de vie (pour les enfants nés avant 35 semaines d'aménorrhée), quelques jours après l'accouchement (pour les enfants nés après 35 SA), et dans le cas seulement où l'enfant ne pose pas de problème vital rendant l'entretien inopportun au moment où il doit être réalisé. Dans le cas contraire ou en cas de malformation, nous n'avons pas voulu imposer un interrogatoire à une patiente trop éprouvée.

Il comporte quatre questions fermées à choix binaire (dont deux avec sous-question), et quatre questions ouvertes.

IV. RESULTATS

IV- 1. Données médicales concernant les grossesses et accouchements.

Dix patientes ont été recrutées :

- quatre hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré (MAP) ;
- quatre hospitalisées pour une pré-éclampsie (PE) ;
- deux hospitalisées pour une rupture prématurée des membranes (RPM).

Leur âge moyen est de 29 ans [19 - 41].

Elles sont toutes françaises ou d'origine française, donc sans barrière linguistique.

Le bassin de population du Réseau Périnatal concerne la Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente, et la Charente-maritime, départements dont sont issues les patientes ; soit à une distance de leur domicile pouvant atteindre jusqu'à près de 200km.

Les différentes catégories socio-professionnelles sont :

- trois mères au foyer sans formation spéciale ;
- trois artisans dont deux en apprentissage ;
- deux juristes ;
- une comptable ;
- une infirmière libérale.

Leurs antécédents obstétricaux sont variables :

- quatre patientes primigeste, nullipare (première grossesse actuelle, pas d'enfant) ;
- deux patientes deuxième geste, primipare (deuxième grossesse, un enfant) ;
- une patiente troisième geste, primipare (troisième grossesse, un enfant) ;
- une patiente troisième geste, deuxième pare (troisième grossesse, deux enfants : un enfant vivant, un enfant décédé de mort subite du nourrisson à un mois de vie) ;
- une patiente cinquième geste, troisième pare (cinquième grossesse, trois enfants) ;
- une patiente sixième geste, nullipare (sixième grossesse, pas d'enfant).

Les patientes recrutées dans notre population présentent sept grossesses uniques, trois grossesses gémellaires (une fécondation *in vitro*, et deux grossesses induites par clomid®). Pour l'une des grossesses gémellaires, un des jumeaux était décédé *in utero* depuis 22 SA.

Le terme moyen où a eu lieu l'information conjointe est de 29 SA et demi [25,5 - 32,5].

Le délai moyen entre l'information conjointe et l'accouchement est de 17 jours [3 - 42].

Le terme moyen où a eu lieu l'accouchement est de 32 SA [26 - 37].

Ces patientes ont accouché de douze enfants vivants et d'un enfant décédé *in utero*.

Le poids moyen des nouveaux-nés est de 1495g [96-2550].

Le délai moyen entre l'accouchement et le deuxième entretien est de 18 jours [3 - 34].

Le délai moyen entre l'information conjointe et le deuxième entretien est de 37 jours [23-73].

IV-2. Intérêt et interactivité manifestés lors de l'entretien d'information obstétrico-pédiatrique conjointe.

Il est évalué globalement par le nombre de questions posées par la patiente ou couple :

- quatre patientes ont posé de sept à dix questions ; deux nullipares et deux multipares, une légèrement hostile car elle avait été transférée d'une clinique au CHU contre son gré (multipare) ;

- quatre patientes ont posé de cinq à sept questions (dont deux qui avaient vécu la même pathologie au même terme à la grossesse précédente) ; trois multipares, et une nullipare qui a exprimé sa confiance en l'équipe ;

- les deux dernières patientes ont posé moins de cinq questions. Pour l'une « *c'était pas le moment* » (nullipare). L'autre patiente ne se sentait pas concernée car persuadée d'aller à son terme (nullipare), et il importe de noter qu'elle présentait une grossesse gémellaire dont l'un des jumeaux était décédé à 22SA, qu'elle adopta une attitude polie, mais ne posa pas de questions sur la grossesse arrêtée.

IV-2-1. Quelques questions , réactions glanées au fil des entretiens d'information :

- « *l'idéal, c'est d'attendre combien de temps?* » ;

- les deux patientes présentant une RPM ont abordé les risques d'infection ;

- trois patientes ont particulièrement évoqué les séquelles neurologiques dont deux ,ont questionné sur les pourcentages mortalité-morbidité par rapport au terme ;

- l'une, « *espère bien être du bon coté des statistiques!* » ;

- au sujet de l'allaitement maternel, une patiente s'inquiétait de savoir si le lait était « *bon* », « *s'il était mauvais en cas d'accouchement par césarienne ?* », « *au bout de combien de temps pouvait-il se nourrir* ». Elle a finalement parlé de son deuxième enfant, qui à l'âge d'un mois, a été « *retrouvé mort entre nous deux après la tétée* ». Pour elle, l'allaitement maternel était assimilé au décès ;

- « *l'aîné peut-il venir voir le bébé?* » ;

- « *je connais un bébé de 500gr actuellement en pleine santé* » ;

- une patiente a évoqué son stress des aiguilles et de l'anesthésie ;

- « *Je préfère l'allaitement mixte à l'allaitement maternel, je ne veux pas qu'il s'accroche* » ;

- quatre patientes ont utilisé le mot angoisse, deux ont sangloté : l'une parlant de son angoisse de séparation d'avec ses jumeaux et posant beaucoup de questions sur les services de réanimation et d'unité néonatale ; l'autre parlant de séquelles, relayée par son conjoint à la fin de l'information.

IV-2-2. Questions posées par les conjoints.

Ils n'ont été présents que dans deux cas sur dix : attitude réservée de l'un qui n'a pas posé de questions ; l'autre futur père a clairement exprimé « *son refus de séquelles* » ; il connaît deux cas : ses neveux, jumeaux nés à 6 mois et décédés, de même que celui d'un enfant handicapé dont la naissance était prématurée.

IV-3. Interrogatoire n°1 effectué 24-48 heures après l'information obstétrico-pédiatrique conjointe.

Sur le total des dix patientes, les réponses étaient :

Question n° 1 : « *Quelles sources d'information antérieures avez vous eues entre l'annonce du risque de prématurité actuel et l'information obstétrico-pédiatrique?* »

Sur les dix patientes, cinq ont été transférées :

- cinq (dont un transfert *in utero* : TIU) avaient bénéficié d'une source d'information préalable (médecin traitant, obstétricien de garde, échographiste ou sage-femme) ;

- quatre (dont trois TIU) avaient bénéficié de deux sources d'information préalables (médecin traitant - obstétricien, ou échographiste - sage-femme, ou sage-femme - obstétricien) ;

- un TIU a bénéficié de trois sources d'information préalables (échographiste - sage-femme - obstétricien)

Question n° 2 : « *Quelles informations avaient-elles été abordées?* »

Pour les cinq TIU, la raison du transfert en niveau III l'était pour la prise en charge de l'enfant à la naissance par le pédiatre et l'existence des services de réanimation infantile et néonatalogie.

Dans tous les cas, la prise en charge pédiatrique du prématuré a été évoquée.

Dans trois cas (PE), la surveillance foeto-maternelle nécessitait le transfert.

Dans deux cas (PE), le risque d'extraction urgente était évoqué.

Dans un cas, la notion d'infection (RPM), avec nécessité de surveillance.

Question n° 3 : « Avez-vous pris connaissance de renseignements supplémentaires lors de l'information obstétrico-pédiatrique conjointe? »

Trois disent ne pas avoir pris connaissance de renseignements supplémentaires :

- deux cas avaient déjà vécu la même pathologie à la première grossesse au même terme ;

- un cas dont le petit frère était prématuré.

Sept répondent qu'elles ont obtenu des renseignements et précisent qu'ils concernent :

- l'évolution de la prise en charge pédiatrique pour quatre d'entre elles ;

- tout pour une ;

- l'augmentation des chances de survie de l'enfant à naître pour une ;

- la conduite à tenir obstétricale pour une ;

- l'infection et les corticoïdes injectés pour agir sur la maturité pulmonaire du bébé et « *avancer doucement vers 34 SA* » pour une ;

- « *gagner du temps* » pour une ;

- l'accouchement « *à n'importe quel moment* » « *épée de Damoclès* », et l'allaitement maternel pour la même patiente.

Question n° 4 : « Quels points vous paraissent-ils importants? »

Pour cinq patientes, « *la prise en charge pédiatrique* ».

Pour trois patientes, « *tout* », dont une qui déclare que « *tout est positif, le tout est d'être du bon côté de la statistique* », et une autre apprécie « *l'explication de la situation, de la conduite à tenir obstétricale, des renseignements sur l'anesthésie ou analgésie qu'elle redoute, avoir une confiance totale dans la pédiatrie* ».

Pour deux patientes, « *les séquelles du prématuré* », dont une met l'accent sur la surveillance accrue de la mère et de l'enfant, des dispositions à prendre pour s'enquérir des nouvelles du nouveau-né, pour les visites, et enfin de la « *possibilité de choix* » avec l'équipe pédiatrique en cas d'état clinique gravissime de ce dernier.

Question n° 5 : « Etes-vous satisfaite de l'information? »

Toutes ont répondu oui.

Les raisons évoquées étaient les suivantes pour les six patientes qui ont précisé :

- « *important pour comprendre le suivi* » ;

- « *amenée en douceur* » ;

- « *encore plus sereine, car déjà vécu* » ;

- « *je suis rassurée* » ;

- « *j'ai une bonne vision d'ensemble* » ;
- « *c'est important de ne pas être laissée sans explications* ».

Question n° 6 : « *Est-ce pour vous une information claire, compréhensible?* »

Toutes les patientes ont répondu oui, mais l'une d'entre elles « *préfère ne pas trop rentrer dans les détails* ».

Question n° 7 : « *Comment l'avez-vous vécue?* »

Deux patientes l'ont « *très bien vécue* », dont une appréciait la « *cohésion* ».

Quatre patientes l'ont « *bien vécue* ».

Une patiente a été rassurée.

Pour les trois dernières, les réponses ont été plus précisément :

- « *plus ou moins intéressée, car je ne me sens pas concernée j'accoucherai à terme* » ;
- « *explicite, mais ce n'était pas le moment* » ;
- « *je ne me sens pas très rassurée avec tous ces risques énoncés ; préparée certes, mais avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête....* ».

Question n° 8 : « *Il vous a été injecté par voie intra-musculaire des corticoïdes. Savez-vous pourquoi ?* »

Toutes savaient qu'ils permettaient d'accélérer la maturité pulmonaire de leur enfant, sauf une qui « *ne savait plus très bien* ». Cette même patiente déclarait précédemment être plus ou moins intéressée par cette information car « *je ne me sens pas concernée, j'accoucherai à terme* ». A noter que dans son cas, il s'est écoulé trois jours entre l'information et son accouchement à 26 SA.

Question n° 9 : « *Pensez-vous importante la présence de votre conjoint lors de cette information obstétrico-pédiatrique ?* »

Huit patientes ont répondu « *oui* ».

Deux patientes ont répondu « *non* ».

Les différentes raisons invoquées étaient :

- « *ne pas avoir à réexpliquer, la transmission peut être faussée par des paroles mal appropriées* » (elle était seule...) ;
- « *important car transmission directe sans déformations* » (conjoint présent) ;
- « *plus rassurée* » (conjoint présent) ;
- « *primordial, se vit à deux!* » (elle était seule) ;
- « *il aurait été affolé, je lui ai redit avec mes mots* » (elle était seule et le futur père était âgé de 16 ans) ;

- « *pas spécialement, j'ai expliqué avec mes mots* » (elle était seule) ;

Ces deux dernières patientes seules ne souhaitaient personne d'autre auprès d'elles lors de l'information.

Sur les huit patientes ayant répondu « *oui* », deux seules bénéficiaient de la présence de leur conjoint. Précisons que lorsque les conjoints étaient absents, l'obstétricien et le pédiatre soulignaient qu'ils se tenaient à l'entière disposition de celui-ci s'il le souhaitait.

Question n° 10 : « *Remarques, suggestions....* » :

- « *côté agréable car les intervenants sont assis* », souligne la convivialité ressentie, or cette même patiente s'est montrée bouleversée (pleurs) et très angoissée des possibles séquelles de son enfant ;

- « *l'information au couple eût été préférable, elle est quand même faite mais en décalé* ». Le conjoint de cette patiente, hospitalisée pour MAP sur grossesse gémellaire, a même pu échanger avec des parents s'occupant de leurs jumeaux en service de réanimation ;

- « *gênée au contraire si je n'avais pas été informée* » ;

- « *très bonne chose de dire la vérité (même si c'est pas toujours facile à entendre), et ne pas rester dans l'ignorance* ». Précisons que cette même patiente avouait auparavant « *que ce n'était pas le moment* ».

Question n° 11 : « *Accepteriez-vous de répondre à un autre interrogatoire de ma part après votre accouchement ?* »

Toutes ont répondu positivement, l'une a ajouté « *avec plaisir* ».

Sur ces dix patientes, six ont parlé du temps qui passe lentement, de leurs ouvrages (couture ou autre, de l'éloignement, de l'aîné à la maison, de leur entourage, du service, etc...), prolongeant de cette façon l'entretien.

IV-4 interrogatoire n°2, effectué quelques jours après l'accouchement (s'il a eu lieu après 35 SA), et environ trois semaines après l'accouchement (s'il a eu lieu avant 35 SA).

Pour des raisons éthiques, nous avons exclu du deuxième interrogatoire les patientes dont le bébé présentait de grosses difficultés d'adaptation à la vie et/ou des malformations. Nous n'avons pas voulu intervenir dans cette période douloureuse de grande incertitude du devenir de cet enfant.

Deux interrogatoires n'ont pas été menés auprès de deux mères :

- l'un des nouveaux-nés a eu besoin d'une prise en charge pédiatrique importante

(petite fille née par voie basse à 26 SA, pesant 740gr, ayant un score d'Apgar à 3 - 8 , intubée rapidement, et admise dans le service de réanimation néonatale) ;

- l'autre nouveau-né a présenté un syndrome de Klippel-Trenauney (il s'agit d'une tuméfaction diffuse du membre inférieur associée à un angiome plan en nappe étendu sur l'ensemble du membre inférieur, ceci du fait d'une fistule artério-veineuse confirmée par une exploration par doppler). Ce petit garçon né à 32SA par césarienne, pesant 1685gr avec un score d'Apgar à 10, n'ayant requis aucune aide pédiatrique majeure, a été hospitalisé en service de réanimation néonatale pour surveillance de la tolérance et bilan.

Sur les huit entretiens :

- deux ont été réalisés dans la chambre dans le secteur suites de couches de la maternité, à proximité du berceau ;

- un en service de réanimation, la patiente ayant son bébé « peau à peau », vivant un moment intense ;

- quatre autres auprès de l'incubateur en service de néonatalogie, après avoir laissé la maman donner les soins à son(ses) enfant(s) ;

- et le dernier par téléphone, puisque la patiente avait annulé le rendez-vous de pédiatrie à la suite duquel, nous devions la rencontrer.

Question n° 1 : « *Mode d'accouchement ?* »

Cinq par césarienne, et cinq accouchements par voie basse.

Sur les deux patientes dont les enfants présentaient une malformation et pour l'un des problèmes d'adaptabilité à la vie, l'une a été césarisée en urgence, l'autre a accouché par voie basse.

Question n° 2 : « *Avez-vous eu le choix de votre accouchement ? Pourquoi ?* »

Quatre patientes répondent « *non* », car faire naître l'enfant était urgent (analyses biologiques pathologiques , altérations du rythme cardiaque fœtal, etc....)

Trois estiment qu'elles ont eu le choix de leur mode d'accouchement (voie basse), l'une précisant « *dans les limites de la sécurité pour mon enfant et moi* ».

Une patiente répond que la voie basse ne relevait pas du choix.

Question n° 3 : « *Quel allaitement avez-vous choisi ?* »

Six ont choisi l'allaitement maternel, une patiente un peu mitigée « *le sein et le biberon pour qu'il ne « s'accroche » pas trop...* ».

Deux patientes ont choisi de ne pas allaiter car leur premier enfant ne l'avait pas été malgré leur prématurité. L'une des deux a accouché à 36 SA, l'autre à 30SA et demi, sachant que le bébé prématuré bénéficie du lait de mère fourni par la lactarium qui recueille les dons

de lait effectués gracieusement par des mamans volontaires.

Question n° 4 : « Quelle mémorisation de l'information obstétrico-pédiatrique avant l'accouchement avez-vous ? »

Toutes ont répondu « bonne », sauf une « qui ne sait plus trop ».

Question n° 5 : « Quels points maintenant, vous paraissent-ils importants ? »

Deux patientes disent « tout ».

Les autres patientes évoquent : « prise en charge rapide », « prise en charge pédiatrique », « prise en charge rapide mère-enfant », « déroulement de l'accouchement », « visites des services de réanimation et néonatalogie », « la détresse respiratoire », enfin une dernière a retenu la notion de progression de la grossesse « par caps » jusqu'à un terme rassurant.

Une patiente insiste sur « un éventuel handicap ». L'accouchement a eu lieu à 28 SA et demi. A J21, le bébé va bien, elle pratique la méthode kangourou lors de notre deuxième interrogatoire. Ce couple a toujours évoqué le problème d'éventuelles séquelles, que ce soit à l'information conjointe (beaucoup d'émotion) ou lors de l'interrogatoire n°1. De façon dramatique, le bébé décède à deux mois de vie de septicémie.

Une dernière patiente répond « vous » : elle confond le moment du premier interrogatoire où il y avait eu échange et écoute, et l'entretien d'information conjointe.

Question n° 6 : « Comment la vivez-vous avec le recul, a-t-elle correspondu à vos attentes ? »

Les deux patientes qui « savaient déjà », (puisqu'elles avaient présenté la même pathologie au premier accouchement), l'ont appréciée car cohérente et rassurante, et « se sentaient plus sereines ».

Une patiente a été très émue lors de l'information conjointe, voire quelques heures après, et a dit « j'étais très inquiète, nous avons pu dialoguer, j'ai été très réconfortée ».

Les autres ont répondu :

- « Cette information claire m'a permis de préciser des questions, d'affiner, d'en reposer d'autres, je la trouve bien faite » ;

- « très bien! je savais à quoi m'en tenir! J'en suis tout à fait satisfaite » ;

- « stressée mais avide de savoir, besoin d'entendre les réponses aux questions: cela m'a permis de préciser le but et de marcher par étapes, mon moral est remonté, j'ai tenu , tout va bien....regardez-les! ».

Question n° 7 : « Remarques » :

- « mieux préciser les différences entre services de réanimation et néonatalogie » à l'opposé, sachant que cette même patiente aurait préféré « ne pas trop rentrer dans les détails » lors de son premier interrogatoire ;

- « j'ai beaucoup apprécié la visite de cette maman de jumeaux dans ma chambre ce qui m'a permis de corroborer l'information et témoignage vécu, de plus une bonne relation s'est instaurée ; je remercie aussi la sage-femme référente pour son soutien, ses paroles ».

Question n° 8 : « Suggestions » :

« Organiser plus systématiquement des temps d'échanges avec d'autres parents ayant vécu la même situation »

IV-5. Evaluation des critères fixés dans les objectifs.

IV- 5-1. La compréhension.

Les sept patientes qui ont pris connaissance de renseignements supplémentaires, ont pu les réexpliquer avec leur mots.

A la question plus précise: « il vous a été injecté des corticoïdes , savez-vous pourquoi ? », toutes ont pu répondre qu'elle permettait d'accélérer la maturité pulmonaire de leur enfant, une seule ne savait plus très bien. Cette même patiente a déclaré : « plus ou moins intéressée par cette information, car je ne me sens pas concernée, j'accoucherai à terme » ce qui permet de supposer qu'il ne s'agissait pas pour cette patiente d'un problème de compréhension, mais d'un obstacle à la compréhension du fait du contexte de particularité personnelle empêchant la transmission de l'information. A noter qu'elle a accouché à 26 SA, trois jours après l'information conjointe.

Toutes les patientes ont jugé l'information conjointe claire et compréhensible mais l'une d'entre elles « préfère ne pas trop rentrer dans les détails ».

IV-5-2. La mémorisation.

Elle se révèle bonne en général, certaines mères citant même quelques points forts de l'information conjointe. Une ne sait plus trop. Nous n'avons pu évaluer plus précisément car cette patiente, maman d'une petite fille née à 26 SA, qui présentait le double handicap de la réanimation néonatale et malformation cardiaque, n'a pas été concernée par le deuxième interrogatoire.

On peut observer que les points importants (la prise en charge pédiatrique, les séquelles) perdurent dans le temps, car entre l'information orale conjointe et le deuxième entretien

dans un cas 73 jours se sont écoulés. Mais le délai moyen, comme nous l'avons déjà évoqué est de 37 jours.

IV-5-3. Le vécu.

Six patientes ont « *très bien* » ou « *bien* » vécu ce temps d'échanges. l'une d'entre aurait été « gênée au contraire de ne pas être informée »

Une autre a été rassurée.

A contrario, une autre patiente s'est sentie « *une épée de Damoclès au-dessus de la tête avec tous ces risques énoncés* ».

Les deux dernières ont paru mitigées : « *explicite, mais ce n'était pas le moment* » a cependant précisé : « *c'est une très bonne chose de dire la vérité (même si ce n'est pas toujours facile à entendre)* et ne pas rester dans l'ignorance », et l'autre patiente : « plus ou moins intéressée, car je ne me sens pas concernée, j'accoucherai à terme ».

Une patiente y a trouvé « *un côté agréable car les intervenants sont assis* » or cette personne a été bouleversée (pleurs) et très angoissée ainsi que son conjoint, des possible séquelles de son enfant, mais le lendemain se sentait plus détendue.

IV-5-4. La satisfaction;

Toutes les patientes ont répondu oui même celles qui n'ont pas appris d'éléments supplémentaires, avec les précisions suivantes :

« *important pour comprendre le suivi* », « *j'ai une bonne vision d'ensemble* », « *c'est important de ne pas être laissée sans savoir* », « *je suis rassurée* », « *encore plus sereine car je l'ai déjà vécu* », « *amenée en douceur* ».

Toutes ont répondu positivement à l'idée d'un deuxième interrogatoire, dont une a précisé « *avec plaisir* ».

Cette satisfaction (plus sereine, information cohérente, rassurée, réconfortée) se trouve très certainement biaisée dans la mesure où les issues furent heureuses sans incident majeur, il n'en aurait peut-être pas été de même concernant les deux mères non interrogées.

IV-5-5. Le choix.

Trois patientes considèrent avoir eu le choix de leur accouchement par voie basse; l'une d'elles précise « *dans les limites de la sécurité pour mon enfant et moi* »

Dans quatre cas, l'urgence de la césarienne n'a laissé aucune possibilité de choix.

Une patiente précise que l'accouchement par voie basse ne relevait pas du choix.

Toutes ont eu le choix de leur allaitement : deux ont préféré ne pas allaiter leur nouveau-né prématuré.

Certaines patientes ont manifesté dans les résultats, une satisfaction d'une cohésion

dans l'information obstétrico-pédiatrique, et que cette cohésion dans l'espace (présence commune de l'obstétricien et du pédiatre dès l'arrivée de la patiente) ressort aussi dans le temps si l'on se reporte à l'intérêt exprimé par une patiente de la notion que le choix qu'elle fait à l'arrivée en présence de l'obstétricien et du pédiatre est lié au choix qu'elle (ou le couple) pourrait partager avec les pédiatres concernant un éventuel arrêt de soins dans les tableaux extrêmes, ce qu'une patiente fait très fortement ressortir par ses remarques au cours du premier interrogatoire.

IV-5-6. L'adéquation de l'entretien d'information conjointe avec leurs attentes.

Elle a permis de définir clairement la situation, de préciser le but, pour certaines d'établir des « caps à franchir », ou de « marcher par étapes », « a permis de préciser des questions, d'affiner d'en reposer d'autres » dans un climat de partenariat.

IV-5-7. L'information conjointe a-t-elle eu un effet bénéfique ou délétère ?

Pour la presque totalité des patientes, cette information s'avère bénéfique. Dans deux cas le doute demeure : il est vrai que les patientes concernées cumulent plusieurs « handicaps », nous ne pouvons pas pu déduire d'impact délétère de l'information obstétrico-pédiatrique conjointe. Dans ce cas, les scores d'évaluation utilisés par les psychiatres aurait pu nous être précieux pour déterminer le niveau d'angoisse voire de dépression.

A noter que la première patiente a prolongé le premier interrogatoire évoquant son aîné adolescent et son attente de grand frère anéantie par la mort subite à un mois de vie d'un petit frère. Elle a confié d'autres renseignements tus lors de l'élaboration de son dossier médical.

Pour la deuxième patiente porteuse d'une grossesse gémellaire dont l'un des jumeaux était décédé *in utero*, le doute demeure.

IV-5-8. Nouvelles actualisées des deux nouveaux-nés présentant des difficultés à la naissance.

La grande prématurée de 26 SA pesant 750 g à la naissance réanimée et présentant des malformations cardiaques est toujours hospitalisée au CHU. Au fil d'un parcours long, qui a nécessité la pose (exceptionnelle) d'un cathéter veineux central, celui-ci a été le point de départ d'une thrombose veineuse profonde diffuse avec thrombose cérébrale. Un traitement par héparinothérapie et fibrinolyse semble permettre de garder un espoir chez cette enfant chez qui les éléments du bilan neurologique demeurent non perturbés... Il faut noter que le père de cette petite fille a pour antécédent de thrombose profonde à 30 ans, et que des recherches de thrombophilie familiale sont en cours.

Le petit garçon né à 32 SA présentant le syndrome de Klippel-Trenaunay ne pose aucun problème d'élevage et ni neurologique. Pour des raisons de rapprochement familial, il a été

transféré à J22 dans le service pédiatrique d'Angoulême jusqu'à sa sortie à J34. Il est attendu à Necker pour des explorations complémentaires (angio-IRM) et une consultation spécialisée.

V DISCUSSION

V-1. CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE.

V-1-1. Critique de l'échantillon.

L'échantillon de population pourrait sembler peu important mais l'option était celle de l'évaluation des modalités de transmission de l'information juste au moment de la mise en place au sein d'un service d'obstétrique pathologique, d'un guide d'entretien et d'information à destination des professionnels (obstétriciens et pédiatres) pour améliorer la cohésion de transmission des informations et surtout leur exhaustivité, quel que soit le professionnel concerné (dans l'activité journalière mais aussi en garde ou le week-end) et afin de permettre aussi au personnel de connaître le contenu exact de l'information transmise à la patiente selon son cas, ou les questions rapportées par elle même.

Ainsi, ce guide étant au fur et à mesure coché et complété en fonction des remarques de la patiente, tout professionnel qui prendra connaissance de son dossier et pourra être amené à participer à sa façon à l'information, devrait mieux comprendre ce qu'avait d'une part couvert, d'autre part « réveillé chez la patiente ou le couple », l'information initiale et apporter une réponse directe, ou l'organisation d'une réponse ou d'une action de façon plus personnalisée ultérieurement.

Il s'agissait donc d'une étude préliminaire sur les premiers cas se servant effectivement de ce guide.

V-1-2. Critique de l'étude.

Contrairement au travail de Thiébauges (27) à Londres, nous n'avons pas opté pour une grille d'évaluation de l'état d'angoisse, voire de l'état de dépression (nombreux outils disponibles dans « l'arsenal » des psychiatres) de la patiente, car sur seulement dix patientes, notre objectif principal était d'appréhender leur compréhension d'une information initiale et de sa transformation au fil des événements ultérieurs : accouchement, puis hospitalisation du nouveau-né prématuré ; les objectifs complémentaires étant d'évaluer les possibilités de choix perçues par la patiente, ainsi que son degré de satisfaction. Différentes méthodes d'évaluation de la compréhension auraient pu être choisies :

- nous n'avons pas voulu introduire de « question-piège », question posée lors de l'interrogatoire sur un sujet non abordé lors de l'information obstétrico-pédiatrique conjointe afin de ne pas mettre en difficulté la patiente déjà fragilisée ;

- une autre solution aurait été de faire reprendre par un observateur totalement

extérieur n'ayant pas participé à l'information, les éléments en interrogeant la patiente sur ce qui lui avait été transmis. C'est un autre type de travail et cela suppose de bien différencier la compréhension des informations, mais aussi leur structuration dans un ordre qui peut paraître logique aux professionnels mais pas forcément aux patientes.

Bien conscients des limites de l'information dans des contextes aussi complexes que ceux abordés pour la plupart des patientes hospitalisées et transférées pour pathologies obstétricales, nous avons préféré appréhender les retours et commentaires des patientes à distance de l'information et après l'événement principal qu'est la naissance de l'enfant. Bien sûr, il n'évalue pas l'unique entretien obstétrico-pédiatrique mené à l'arrivée, mais doit apprécier le fait que celui-ci fait conjointement, incite à une ouverture des échanges entre la patiente (ou le couple) tant avec les obstétriciens qu'avec les pédiatres au fil des événements en prénatal comme en postnatal.

Ainsi, il serait sûrement présomptueux de penser que l'information ne se fait pas au fil des jours et des échanges, des événements, heureux, pénibles, voire douloureux et que ce qui importe, c'est d'appréhender à distance comme nous avons essayé de le faire, l'éventuel décalage qu'il peut y avoir entre ce que la patiente a vécu et les événements survenus dans une dynamique d'échanges induite par cet entretien initial réfléchi et structuré de façon conjointe entre les représentants des deux spécialités amenées à intervenir. Cela rejoint les souhaits et vœux exprimés par (18,19,20).

V-1-3. Critiques du questionnaire.

Nous avons omis dans les questionnaires ultérieurs (premier et deuxième) de demander aux patientes si l'information obstétrico-pédiatrique conjointe avait généré d'autres questions. En interrogeant ultérieurement les obstétriciens, pédiatres et sages femmes référentes du service des Grossesses Pathologiques, il semblerait que non mais en fait, « tout personnel » participe à sa façon au fil de l'activité quotidienne et en fonction de l'annonce, d'un certain nombre de résultats, évolution et décision de soins à l'information de façon difficilement palpable, en particulier dans ces hospitalisations prolongées.

Il est vrai que la fin de l'entretien laisse toute possibilité de questions, que les patientes savent que l'information sera réévaluée quinze jours après, leur donnant espoir puisque le rendez-vous est donné, et comme l'a exprimé une d'entre elles : « évoluant par caps »

V-2. DISCUSSION DES RESULTATS.

Cette étude met en évidence l'absence des futurs pères principalement lié aux rendez-vous donnés qui ne correspondent pas à leurs possibilités de se libérer : parmi les obstacles: l'éloignement (200km dans certains cas) et les horaires de travail, alors que l'information revêt un certain degré d'urgence. Les médecins proposent toujours à l'issue de l'entretien d'information conjointe de voir le couple si le futur père le souhaite après transmission des termes de ces échanges par la patiente. Lors de cette étude, il n'y a pas eu de demande spécifique ultérieure.

A noter qu'un tiers des patientes accouche dans les quarante-huit premières heures, que nombre d'entre elles sont transférées de loin et que l'information obstétrico-pédiatrique doit s'organiser rapidement si l'on ne veut pas qu'un tiers des patientes n'ait eu aucune information au moment où elles accouchent.

Peut être, pourrait-il y avoir une organisation en deux temps avec une information obstétrico-pédiatrique d'urgence basée sur le guide d'entretien de l'information présenté, puis de façon plus claire, l'organisation d'un rendez vous est éventuellement plus bref avec le couple, éventuellement en décalage, qui pourrait à priori concerner au moins deux tiers des patientes et permettre tant pour le conjoint que pour la patiente elle même, de poser des questions qui rebondiraient sur les éléments de l'information initiale.

Cette organisation est lourde mais ne paraît pas impossible à envisager dans le contexte des pathologies concernées et la durée d'hospitalisation moyenne de ces patientes.

Un autre point se dégage : autant la patiente fait le choix du médecin et de son lieu d'accouchement, autant le système des réseaux fait apparaître une autre réalité : la notion de nécessité de transfert dans un établissement de niveau III pour des raisons de prise en charge optimale du nouveau-né prématuré. Dans un cas la patiente a opté pour un établissement privé, ne souhaitant pas accoucher au CHU où elle avait mis au monde son deuxième enfant décédé de mort subite à un mois de vie (co-sleeping).....Douloureux souvenir qu'elle a du tenter d'effacer.

L'information du grand public sur le système d'organisation en réseau périnatal, dégageant des « services référents » avec plateau technique et équipes performantes dans certaines grandes pathologies, est en pratique très peu réalisée, et surtout jamais anticipé, ne survenant souvent qu'au moment du transfert, et donc dans l'urgence. C'était un des objectifs « rêvé » pour le projet de consultation d'information du quatrième mois qui n'a pas encore été mis en place.

Quant aux différents intervenants qui ont délivré des informations avant la transfert de la patiente, nous n'avons pas noté d'interférences ni de contradictions par rapport à

l'information conjointe orale obstétrico-pédiatrique; au contraire, ces patientes connaissaient clairement le diagnostic et la raison de ce transfert dans un établissement de niveau III.

Force est de constater le succès de ce maillage entre les professionnels. Pour renforcer ce constat, il serait sûrement judicieux que, dans le cadre du fonctionnement en réseau périnatal, soient transmises tout au moins les informations initiales concernant les principales pathologies, pour que les professionnels puissent éventuellement suivre la même trame dans la brève information initiale qu'ils font au niveau des établissements de départ, à savoir poser le problème de fond en rapport avec la pathologie et aborder la prise en charge des quarante-huit premières heures selon la trame retrouvée dans le guide de conduite d'entretien et d'information obstétrico-pédiatrique [annexe n° 1].

Parmi les informations dont disposent les patientes, nous ne pouvons pas ignorer l'accès à de très nombreux sites « internet » dont les données sont plus ou moins validées. Les patientes peuvent accéder à ce distributeur de « savoirs », sans avoir la connaissance pour trier les renseignements, ni pour juger de la qualité du site et de son esprit. (Quel jeune étudiant en médecine ne s'est pas trouvé toutes les maladies en étudiant sa séméiologie?).

L'information du patient « consommateur » s'en trouve complètement biaisée et cette « surinformation » sans connaissances dans la matière, ni esprit critique, peut nuire à cette relation de confiance médecin-patient induisant la méfiance comparant dires du professionnel et ceux de la « machine tous savoirs » pour peu qu'il s'agisse d'un site « non labellisé ». Nous retrouvons ici la notion déjà citée du patient consommateur (9).

La discussion sur ces données parfois discutables ou non validées peut se faire assez simplement avec une correction de l'information avec des données validées dont tout professionnel dispose dans sa spécialité, comme par exemple les données en terme de mortalité et morbidité neurologique [Annexe n° 2]. Un discours clair et basé sur des données validées exprimées simplement doit pouvoir faire face à des données non adaptées, non personnalisées, glanées de droite et gauche.

Trois des patientes ont intégré le fait qu'elles ont choisi leur accouchement par voie basse, conséquence probable de cette information donnée qui leur a fait ressentir une implication totale dans la gestion de leur devenir et celui de leur enfant, une évolution dans leur autonomie découlant de la compréhension des explications livrées (incluant le consentement) aboutissant à cette notion de choix.

En fait, c'est tout l'intérêt d'une information qui permet une interactivité, ce cas là étant particulièrement illustrant puisqu'il incite, dans le cadre de cette interactivité, à poursuivre les échanges avec cette patiente dans le cadre d'une évaluation psychologique afin de faire ressortir les problématiques personnelles et donc bien de prendre en charge « une patiente » et non pas d'asséner une information passe-partout. Cela rejoint les démarches que

nous entamons au cas par cas avec le psychologue ou le psychiatre attaché à la Maternité et correspond bien à l'amélioration de la qualité de la prise en charge individuelle.

C'est dans le même objectif que l'on retrouve dans les recommandations du NICE (28) sur la césarienne, le fait de s'aider d'un « conseiller » afin d'évaluer avec la patiente les raisons pour laquelle elle exigera une césarienne alors que toutes les informations qui lui auraient été apportées inciteraient plutôt à penser qu'il n'y a pas d'indication médicale mais plutôt un entêtement qui aboutissait, si on respectait, ce que l'on appelle encore trop souvent, un acte de convenance dont la réalisation effective peut paraître en final particulièrement déplacée.

Nous touchons là un domaine qui dépasse le cadre de notre mémoire puisqu'il aboutit à la réflexion sur les limites éventuelles de la réelle liberté de choix du patient, sous l'éclairage d'information qui parfois met en exergue la nécessité d'un élargissement des soins plus que d'une réponse rapide qui souvent reste aveugle.

Nous relevons que dans une étude canadienne, un quart des parents enquêtés (réponse par questionnaire 24h après l'information) préfère décider, mais les médecins « informateurs » (réponse par questionnaire 24h après l'information) ont du mal à identifier ce sous-groupe (29).

Toutes les patientes ont décidé de leur allaitement, deux d'entre elles ont opté pour le lait de mère du lactarium.

Lors de notre passage auprès des patientes pour le premier entretien, nous n'avons pas rencontré de méfiance ni de résistance, bien au contraire, un certain intérêt, voire des entretiens qui se sont prolongés après la fin de l'interrogatoire (dans six cas), introduisant la notion de disponibilité, de temps de parole, d'écoute, d'échanges (évocation de l'adolescent à la maison, l'éloignement du au transfert, entre autres). Nous avons adopté une attitude compassionnelle et d'écoute attentive.

Par le biais des interrogatoires, ont pu être mises en contact patientes accouchées et patientes en risque d'accouchement prématuré (ayant présenté ou présentant les mêmes pathologies). Nous avons constaté une grande satisfaction devant ce temps commun, mêlant intimité et complicité; bien sûr, biaisée car ces parents « témoins » n'avaient pas vécu de drame.

CONCLUSION

Cette étude a permis une première approche d'un domaine peu exploré, tentant d'évaluer la mise en place récente d'une information selon un mode conjoint plus systématisé et rigoureux ; et devrait être une base précieuse pour des travaux complémentaires qui pourront s'intéresser, entre autres aux scores d'anxiété voire aux échelles de dépression, et éventuellement à une pathologie ou une population plus ciblées. Une question complémentaire serait de la nécessité de déposer le projet d'étude devant le CCPPRB.

Il s'est agi d'une authentique enquête de terrain soit au lit des patientes, soit auprès des incubateurs ou des berceaux, saisissant aussi les énoncés, les attitudes.

L'information obstétrico-pédiatrique a semblé répondre à la demande des patientes, voire précède leur demande, leur laissant une part de choix. L'accueil fut positif, intéressé par ce travail, a permis aux patientes de s'exprimer et pour une grande moitié de prolonger l'entretien. L'information fut comprise, en général bien vécue et rassurante, mais il importera d'évaluer ultérieurement l'efficacité réelle, non pas d'un entretien unique, mais de la dynamique d'échanges qu'il est censé pouvoir induire entre les patientes (ou les couples) et l'ensemble des professionnels qu'ils « croiseront » au fil d'un long parcours obstétrical puis pédiatrique.

Nous faisons la même constatation que dans l'enquête de Thiébauges (27), à savoir que la présence d'un groupe d'entraide entre patientes paraît utile lors de l'information et de l'hospitalisation.

Le nombre restreint des patientes jette les bases d'une plus ample enquête, passionnante à n'en pas douter, avec à l'esprit ces paroles : « Au médecin de faire un choix : la bienfaisance parfois, autonomie et consentement le plus souvent, dignité et droits de l'homme toujours » (30).

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de déontologie médicale, 1995.
<http://www.conseil-national.medecin.fr>
2. Charte du patient hospitalisé. Annexe à : Circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
<http://www.sante.gouv.fr>
3. Arrêt Hédreul, 1^{ère} Chambre Civile, Cour de Cassation, 25 Février 1997.
<http://www.courdecassation.fr>
4. Avis no 58 du Comité Consultatif National d'Éthique du 12 juin 1998:consentement éclairé et information des patients qui se prêtent à des actes de soins et de recherche.
<http://www.ccne-ethique.org>
5. Rapport de la commission nationale permanente. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Assises du 5 juin 1999.
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/informationcnp>
6. ANAES de mars 2000 sur l'information du patient
<http://www.anaes.fr>
7. Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
<http://www.legifrance-gouv.fr>
8. Kress J-J.
Éthique de consentement, de la décision thérapeutique et de l'information au patient en milieu psychiatrique.
Cours DEA-MSBM d'éthique médicale et de santé publique du 28 04 2004 Necker Paris 5
9. Fabre H.
Chirurgie esthétique : le patient devient un consommateur averti et responsable.
Gaz pal 1997; 33: 2397-8.
10. Hervé C.
Éthique médicale ou bioéthique? Cahiers de l'Éthique en mouvement Ed l'Harmattan 1999 Page52
11. Pierre F.
Information et accouchement .
Responsabilité 2003; 12 : 6-10.
12. Sargos P.
Les contestations en matière d'information et de recueil du consentement.
In « Schering. Information et consentement en gynécologie-obstétrique ». L'Entreprise Médicale Ed. Paris 1998 : page 32.
13. Rougé-Maillart C, Tuech J- J, Pessaux P, P Riche, Penneau M.
L'information du patient ; bilan à l'aube du 21^e siècle
Presse Med 2001 ; 30: 68-72
14. Moutel G.
Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalismes et réalités cliniques. L'éthique en mouvement.
L'Harmattan Ed., 2003, page 50
15. Stappleton H, Kirkham M, Thomas G.
Qualitative study of évidence based leaflets in maternity care
BMJ, 2002 ; 324 : 639

16. O’Cathain A, Walters S.J, Nicholl J-P, Thomas F.J, Kirkham M.
Use of évidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomized controlled trial in everyday practice.
BMJ 2002 ; 324 : 643
17. Pierre F, Carbonne B.
L’information des patientes.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29: 520-9
18. Martinez A-M, Weiss E, Partridge J-C, Freeman H, Kilpatrick S.
Management of extremely lot birth weight infants ; perceptions of viability and parental counselling practices
Obstet Gynecol 1998, 92 : 520-4
19. Tsatsaris V, Desfrères L, Goffinet F, Moriette G, Cabrol D.
Evaluation des risques en anténatal, information des parents et prise en charge de l’accouchement.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 (suppl.n°1) : 1S79-1S83.
20. Dehan M, Gold F, Grassin M, Janaud J-C, Morisot C, Ropert J-C, Simeoni U.
Décisions de fin de vie dans la période périnatale : la cohérence obstétrico-pédiatrique est primordiale.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 133-8.
21. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l’obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
22. Larroque B, Breart G, Kaminsky M, Dehan M, Andre M, Burguet A, Grandjean H, Maillard F, Matis J, Roze JC, Truffert P.
Epipage study group. Survival of very preterm: Epipage, a population based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004; 89 : F 139-44.
23. Tin W, Wariyar U, Hey E.
Changing prognosis for babies of less than 28 weeks’ gestation in the North of England between 1983 and 1994. Northern Neonatal Network.
BMJ 1997; 314: 107-11.
24. Perrott S, Dodds L, Vincent M.
A population-based study of prognostic factors related to major disability in very preterm survivors.
Journal of perinatology 2003 ; 23:111-6
25. Wolke D, Meyer R.
Cognitive status, language attainment, and prereading skills of 6-year-old very preterm children and their peers: the Bavarian Longitudinal Study.
Dev Med Child Neurol 1999; 41: 94-109
26. Descamps M-A.
Manuel de méthodologie en sciences humaines
Laboratoire d’éthique médicale et de santé publique Necker Paris 5
27. Thiebaugeorges O.
Information et consentement dans la prise en charge des restrictions de croissance intra-utérines sévères: Point de vue des patientes. Etude de cas dans un service londonien.
Mémoire de DEA d’éthique médicale et biologique. Directeur Pr C Hervé 1998-1999
Université Paris 5
28. Sutcliffe A. NICE (National Institute for Clinical Excellence)
New NHS guidelines on caesarean sections set out best care for women and babies. National Institute for Clinical Excellence, Clinical Guidelines : CG13 Caesarean section (issued 28th april 2004)
<http://www.nice.org.uk>

29. Zupancic J-A.F, Kirpalan H, Barrett J, Stewart S, Gafni A, Streiner D, Beecroft M-L, Smith P.
Characterising doctoral-parent communication in counselling for impending preterm delivery.
Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002 ; 87 : 113-7

30. Wolf M, Gaillard M, Hervé C.
Consentement : quelle est la question ? Confrontation entre la pratique et la théorie
Presse Med 1997 ; 26:1725-9

**Annexe n°1 : guide de conduite d'entretien et d'information
obstétrico-pédiatrique (25 SA ⇨ 34 SA)**

**(CHU de Poitiers, secteur d'obstétrique pathologique Pr F. PIERRE ;
réanimation néonatale / pédiatrique Pr D. ORIOT, Dr MJ PEREZ)**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

(Age :)

Dossier n° =

Transfert ini-utéro (TIU) :

oui non

Terme (SA) :

1^{ère} info 2^{ème} 3^{ème}

Pathologie concernée

- Menace d'Accouchement Prématuro (MAP)**
- Rupture Prématuro des Membranes (RPM)**
- Prééclampsie (PE)**

Présence à l'entretien :

mari autres (qui :

.....)

CRITERES D'INFORMATION OBSTETRICALE :

☞ MAP

● **Prise en charge des 48 premières heures (pour transfert et aide à maturation pulmonaire in-utero)**

→ ce qui importe : rapprochement / Réa pédiatrique (prise en charge adaptée / NN)

→ tocolyse parentérale pour permettre : prise en charge spécifique + bilan étiologique (échographie morphologique, LA, placenta, bilan infectieux,.....)

→ prise en charge spécifique

corticoïdes / maturation pulmonaire

corticoïdes / autres bénéfiques (lesquels :

.....)

antibioprofylaxie

→ ce qui peut survenir : échec tocolyse, et accouchement.

→ questions posées par la patiente , ou le conjoint

(lesquelles ? :)

● **Après 24 – 48 H (tocolyse efficace)**

→ éléments pronostiques (succès tocolyse, état col, FNF, écho col)

→ état du col

→ modalités du traitement

cerclage

repos / modalités

→ modalités de surveillance (hospitalisation, délai) / selon situation clinique

→ si provenance Réseau périnatal, terme d'un éventuel retransfert

→ questions posées par la patiente , ou le conjoint

(lesquelles ? :)

● **Avenir**

→ **Annoncer la** nécessité d'un bilan étiologique à compléter en post-partum / ± consignes pour grossesses ultérieures

☞ RPM

● Poser le problème de fond

- balance ⇒ risque prématurité avec moindre risque infectieux
⇒ risque de moins grande prématurité avec ↗ risque infectieux

● Prise en charge des 48 premières heures :

→ ce qui importe : rapprochement / Réa pédiatrique (prise en charge adaptée / NN)

→ prise en charge spécifique

- corticoïdes / maturation pulmonaire
- corticoïdes / autres bénéfiques (lesquels :)
- antibioprofylaxie
- proposition protocole MiCADO

→ ce qui peut survenir : 1/3 évoluent vers Acc / ± infection

→ questions posées par la patiente , ou le conjoint
(lesquelles ?)

● Après 48 heures :

→ inclusion protocole MICADO oui non

→ évolution possible

⇒ stable

- surveillance LA – température – infection par marqueurs bactériologiques

arrêt à 34 SA

mode d'accouchement

⇒ évènements :

CU – pas de tocolyse – Acc / antibiothérapie, possibilité de décollement placentaire (HRP)

infection (biologie – température – saignement - suspicion de chorioamniotite) et ses risques :

- pour le fœtus +++

- pour sa mère

naissance en urgence à tout moment, imprévisible

→ questions posées par la patiente , ou le conjoint
(lesquelles ? :)

☞ **PE**

● **Expliquer la maladie**

→ maladie générale installée depuis le développement trophoblastique, d'évolution inéluctable (\pm développement selon questions de la patiente)

→ si ATCD de PE à une précédente grossesse

(que connaît-elle de la PE ? :)

● **Bilan de l'incidence maternelle et/ou fœtale de la maladie (diverses conséquences isolées ou associées, à l'arrivée ou ultérieurement)**

→ HTA

→ Atteinte rénale (protéinurie, oligurie avec rétention / oedèmes, syndrome néphrotique, insuffisance rénale...)

→ Hellp syndrome

→ RCIU

→ Eclampsie

→ Autres complications dans les cas graves compliquées (non détaillées, sauf situations particulières : OAP, insuffisance respiratoire aigüe, accident vasculaire cérébral, hématome sous capsulaire du foie...)

→ questions posées par la patiente , ou le conjoint

(lesquelles ? :)

● **Prise en charge**

→ Surveillance TA, poids / oedèmes, diurèse, protéinurie, réflexes ostéo-tendineux, signes fonctionnels d'HTA, et biologique régulières.

→ Corticothérapie / maturation pulmonaire fœtale

→ Traitement anti-hypertenseur (objectif : TA < 150/100 mais pas moins de 130/80 car risque d'hypertension fœtale)

→ Corticothérapie selon Magann si Hellp syndrome : corrige ou limite les modifications biologiques (ASAT – ALAT – plaquettes) et leurs conséquences sans minimiser les autres risques de la PE. Permet de gagner quelques jours (ou mieux de permettre une extraction fœtale après amélioration de la thrombopénie).

→ Traitement anti-convulsivant (si ROT vifs)

→ Possible séjour en Réanimation, traitement anticoagulant (selon gravité)

→ Mode d'accouchement selon degré d'urgence / conditions cervicales (maturation – déclenchement, accouchement voie basse, césarienne)

→ Autres (lesquels :)

→ questions posées par la patiente , ou le conjoint

(lesquelles ? :)

CRITERES D'INFORMATION PEDIATRIQUE :

- Prise en charge en salle de travail
 - intubation
 - réanimation, gestes
 - parfois traitements (Surfactant exogène,)
 - questions
 - Hospitalisation en réanimation néonatale
 - Résumé parcours hospitalier
 - problèmes respiratoires
 - cardio-vasculaires
 - infectieux
 - nutritionnels
 - surveillance neurologique
 - infections nosocomiales
 - Durée totale d'hospitalisation (Réa / NN) jusqu'à terme +/-
 - Place des parents (présence, accès à l'information et participation)
 - de la fratrie
 - des accompagnants
 - Soutien médical et paramédical (psychiatre, psychologue) lors de l'hospitalisation
 - Contraintes possibles
 - transfusions
 - utilisation de lait maternel (lactarium ou lait de la mère)
 - prothèses (et leurs risques infectieux)
 - Risques
 - mortalité
 - morbidité neurologique (séquelles dues à des lésions détectables dans
la 1^{ère} semaine de vie)
 - Attitude éthique en cas de lésions cérébrales graves
- Balance ⇨ « provoquer délibérément la mort »
⇨ « acharnement thérapeutique »
(information et accompagnement des parents)
- Rapprochement de l'hôpital d'origine
 - dès stabilité de l'enfant
 - en accord avec équipe pédiatrique / et parents

ANNEXE n° 2 : MORTALITE PERINATALE ET A DISTANCE, PREVALENCE DES SEQUELLES NEUROLOGIQUE (non exhaustif, cité à titre d'exemple)

• 2 a : Mortalité périnatale et à distance.

Année de naissance, pays, Auteurs	1997, France Larroque 2004 (22)	1991-4, Angleterre Tin 1997 (23)
Nombre de naissances vivantes	2899	560
Pourcentage de survie	...pendant l'hospitalisation initiale	...à 1 an
Age gestationnel		
22 SA	0	0
23 SA	0	2
24 SA	31	17
25 SA	50	35
26 SA	56	53
27 SA	71	70
28 SA	78	/
29 SA	89	/
30 SA	92	/
31 SA	95	/
32 SA	97	/

• 2 b : Prévalence des séquelles neurologiques chez les très grands prématurés.

Année de naissance, pays, Auteurs	1992, Canada Perrott 2003 (24)	1985-6, Allemagne Wolke 1999 (25)
Nombre de naissances vivantes	164	560
Pourcentage de survie, Age d'évaluation	56 % 1 an	71 % 6 ans
Taux de suivi parmi les survivants	96 %	67 %
Age gestationnel	22-27 SA	23-32 SA
Nature des déficiences :		
Paralysie cérébrale	/	12.5 %
Cécité bilatérale	/	1 %
Surdité appareillée	/	0 %
Retard mental	/	34 %
Gravité de la déficience :		
Sévère	14 %	/
Modérée	/	/
Absente	48 %	/

ANNEXE n° 3 : PREMIER INTERROGATOIRE (72h après l'information obstétrico-pédiatrique)

1- Quelles sources d'information antérieures avez-vous eues entre l'annonce du risque de prématurité actuel et l'information obstétrico-pédiatrique conjointe ?

.....

2- Quelles informations avaient été abordées ?

.....

3- Avez-vous pris connaissance de renseignements supplémentaires lors de l'information obstétrico-pédiatrique ?

Oui non

4- Quels points vous paraissent-ils importants ?

.....

5- Etes-vous satisfaite de cette information obstétricale et pédiatrique ?

.....

6- Est-ce pour vous une information claire, compréhensible ?

.....

7- Comment l'avez-vous vécue ?

.....

8- Il vous a été injecté par voie intra-musculaire des corticoïdes. Savez-vous pourquoi ?

.....

9- Pensez-vous importante la présence de votre conjoint lors de cette information obstétricale et pédiatrique?

Oui Non

Pourquoi ? :

Si non, qui auriez-vous souhaité ? :

Etiez-vous seule ? : Oui Non

10- Remarques :

Suggestions :

11- Accepteriez-vous de répondre à un autre interrogatoire de ma part après votre accouchement ?

Oui Non

ANNEXE N°4 : DEUXIEME INTERROGATOIRE

- 1- Quel a été votre mode d'accouchement ?
Césarienne Voie basse
- 2- Avez-vous eu le choix du mode d'accouchement ?
Oui Non
Pourquoi ? :
- 3- Quel allaitement avez-vous choisi ?
Maternel Artificiel
- 4- Avez-vous eu le choix de votre allaitement ?
Oui Non
- 5- Quelle mémorisation de l'information obstétrico-pédiatrique que vous avez reçue conservez-vous ?
.....
- 6- Quels points vous paraissent-ils importants ?
.....
- 7- Comment la vivez-vous actuellement avec le recul , et a-t-elle correspondu à vos attentes ?
.....
- 8- Remarques :
- Suggestions :