HAL
open science

Recommandations concernant le streptocoque du groupe B : évaluation des connaissances des femmes

Sandra Mirambeau

▶ To cite this version:

Sandra Mirambeau. Recommandations concernant le streptocoque du groupe B : évaluation des connaissances des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00880230

HAL Id: dumas-00880230
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00880230

Submitted on 5 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2 ECOLE DE SAGES-FEMMES

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE STREPTOCOQUE DU GROUPE B : EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FEMMES

Mémoire de fin d'études présenté par Sandra MIRAMBEAU

Née le 28 septembre 1989 à Bordeaux (33)

Sous la direction de Madame le Docteur J. Vigier-Blanc

Première année du premier cycle des études médicales 2008-2009

Promotion Ecole de Sages-femmes 2009-2013

REMERCIEMENTS

A Madame le Dr VIGIER-BLANC Julie, chef de clinique, pour sa disponibilité, son aide, ses conseils et son investissement tout au long de la réalisation de ce travail.

A Madame LOUPIT Laurence, enseignante guidante, pour sa disponibilité, ses conseils, ses encouragements et son soutien lors de la réalisation de ce travail.

A Madame MORIN Christine, sage-femme enseignante, pour son aide et ses conseils concernant la réalisation du mémoire.

A ma mère, pour son soutien depuis le début de mes études, son réconfort dans les moments difficiles, son écoute, son investissement, les relectures effectuées, et les fous rires que nous avons eus ensemble.

A ma famille, pour son soutien psychologique et financier tout au long de mes études.

A Katia, pour le temps passé à relire mon mémoire, ses corrections, son aide.

A Dimitri, pour m’avoir supporté, encouragé, fait rire. Pour sa patience et son calme dans mes moments de panique.

A mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble. Je remercie particulièrement Floriane pour m’avoir soutenue, écouté, remonté le moral dans les moments difficiles.

A mes amies de promotions, pour leur soutien, leur aide, les bons moments passés ensemble.

Sommaire

1. INTRODUCTION 7

2. REVUE DE LA LITTERATURE – RAPPELS SUR LE STREPTOCOQUE DU GROUPE B 8

3. MATERIEL ET METHODE 11

3.1. TYPE D'ETUDE ET CRITERES DE SELECTION 11

3.1.1. L'étude 11

3.1.2. Critères de sélection 11

3.2. METHODE 12

3.2.1. Déroulement de l'étude 12

3.2.2. Objectif principal 14

3.2.3. Objectifs secondaires 14

3.3. PRECISIONS CONCERNANT LES DONNEES RECUEILLIES 16

3.3.1. Données cliniques 16

3.3.2. Données paracliniques 16

3.3.3. Données thérapeutiques 16

3.4. ANALYSE DES DONNEES 17

4. RESULTATS 18

4.1. EFFECTIFS DES POPULATIONS 18

4.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION 18

4.3. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FEMMES 20

4.4. COMPARAISON DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE 22

4.5. COMPARAISON ENTRE LES FEMMES ET LES PROFESSIONNELS 24

5. DISCUSSION 26

5.1. ANALYSE DES RESULTATS 26

5.1.1. Caractéristiques de la population 26

5.1.2. Connaissances des femmes 28

5.1.3. Comparaison des niveaux de connaissances des femmes .. 31

5.1.4. Comparaison entre les femmes et les professionnels 32

5.1.5. Acceptabilité d'une information écrite 34

5.2. INTERETS DE L'ETUDE 35

5.3. LIMITES DE L'ETUDE 37

5.3.1. Taille de l'échantillon 37

5.3.2. Biais de sélection 37

5.3.3. Biais de mémorisation 38

6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES 39

BIBLIOGRAPHIE 40

ANNEXES 43

Annexe I : Document remis aux patientes en suite de couches 43

Annexe II : Document remis aux professionnels de santé dans le service des consultations prénatales 46

Annexe III : Brochure d'information du CDC 2002 49

Annexe IV : Brochure d'information du CDC 2006 version anglaise 50

Annexe V : Brochure d'information du CDC 2006 version espagnole .. 52

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques générales des patientes p 17

Tableau 2: Répartition des réponses par items des femmes informées p 19

Tableau 3a: Comparaison des deux groupes de patientes p 20

Tableau 3b: Comparaison des deux groupes de patientes (suite) p 21

Tableau 4: Comparaison de l'information donnée et reçue p 22

Tableau 5: Evaluation de l'information et acceptabilité d'une information écrite de la part des femmes et des professionnels p 23

Tableau 6: Comparaison des caractéristiques avec l'enquête nationale périnatale p 25

Tableau 7: Comparaison des taux d'information avec d'autres études p 27

Liste des abréviations

SGB	Streptocoque du groupe B
SOGC	Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
HAS	Haute Autorité de Santé
CDC	Center for Disease Control and prevention
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
SA	Semaines d'Aménorrhée
CU	Contractions Utérines

1. INTRODUCTION

Le streptocoque du groupe B (SGB) ou *Streptococcus agalactiae* est une bactérie communément présente au niveau des tractus gastro-intestinal (1), urinaire et génital (2). Il a été identifié pour la première fois en 1887 par Lancefield (3) et isolé dès 1935 (4). C'est seulement en 1970 qu'il a été défini comme l'agent principal des infections maternofoetales (3) et néonatales (4, 5).

Le portage du streptocoque B est relativement fréquent, puisqu'il est retrouvé chez 5 à 30 % des femmes selon les auteurs (1, 3, 5-8). Il est le plus souvent asymptomatique et sans danger pour la femme (2, 9), cependant il peut causer des infections urinaires, amniotiques et des endométrites du postpartum (10). Chez le nouveau-né il peut être responsable d'infections graves telles que des pneumonies, des méningites ou des septicémies (5).

Une politique de prévention a été débutée dans les années 1980 après l'identification de facteurs de risque de développer une infection maternofoetale à streptocoque B par l'équipe de Boyer (3).

Une étude réalisée à la Nouvelle-Ecosse en 2005 a évalué la manière dont les recommandations relatives au dépistage du streptocoque B étaient respectées. Elle a montré que les femmes avaient une connaissance de la bactérie inférieure aux autres virus détectés pendant la grossesse (rubéole, hépatite B et VIH) (11). En effet cette étude retrouve un taux de bonnes réponses au sujet du streptocoque B de 50 % alors qu'elle retrouve un taux de 55 % pour la rubéole, 62 % pour l'hépatite B et plus de 85 % pour le VIH (11).

Une étude Irlandaise réalisée en 2007, comparant le dépistage par prélèvement vaginal réalisé par les professionnels de santé et par les femmes enceintes elles-mêmes, retrouve un taux de connaissance du streptocoque B de 25 % (12).

Ces résultats nous ont interpellés et nous avons décidé d'évaluer les connaissances des femmes enceintes au sujet du streptocoque B, son dépistage, et la prévention des infections maternofoetales dues à cette bactérie.

2. REVUE DE LA LITTERATURE – RAPPELS SUR LE STREPTOCOQUE DU GROUPE B

Le streptocoque B est une cause importante de morbidité et mortalité périnatale et néonatale (2, 8, 10, 13). Environ 30 à 40 % des nouveau-nés de mères porteuses seront colonisés par la bactérie et 1 % seront infectés (3). La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) retrouve 50 % de nouveau-nés colonisés et environ 2 % de ces nouveau-nés infectés (1).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a montré en 1997 qu'il existe une relation entre une forte colonisation vaginale et un accouchement prématuré. Celle-ci est d'autant plus évidente en cas de bactériurie à streptocoque B retrouvée pendant la grossesse (5). Il y a également un lien entre le portage du streptocoque B et le risque d'endométrite du postpartum après un accouchement par voie basse ou une césarienne (5). Le CNGOF retrouve un taux de mortalité associé au streptocoque B allant de 5 à 20 %. Le portage du streptocoque B peut être chronique, transitoire ou intermittent (5).

La transmission fœtale peut se faire par trois voies principales (3, 14) :

- La voie hématogène transplacentaire.
- La voie ascendante lorsque les membranes sont rompues.
- La contamination aérodigestive par inhalation de sécrétions vaginales ou de liquide amniotique colonisé lors de l'accouchement.

On distingue deux types d'infections néonatales :

- Les infections néonatales précoces, qui représentent 80 % des infections néonatales. Elles apparaissent dans les sept premiers jours de vie (1, 2, 7-10) et peuvent être prévenues par une antibioprophylaxie adaptée pendant le travail et l'accouchement.

- Les infections néonatales tardives (20 %) qui apparaissent après sept jours de vie et ne sont pas prévenues par l'antibioprophylaxie pendant le travail et l'accouchement (1, 2).

Les recommandations nationales de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) concernant le dépistage du streptocoque B et la prévention des infections maternofoetales ont permis de réduire l'incidence des infections néonatales précoces à streptocoque B de 80 % aux Etats Unis depuis les années 1990 (10).

En France, les recommandations du CNGOF (5) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) (6) reposent sur :

- Le dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée par un prélèvement bactériologique vaginal.

- Le dépistage est inutile en cas d'antécédent d'infection maternofoetale à streptocoque B, de portage vaginal connu, de bactériurie positive à streptocoque B pendant la grossesse. Dans ces cas là, une antibioprophylaxie sera mise en place systématiquement au moment de la rupture des membranes et/ou du travail et de l'accouchement.

- Une antibioprophylaxie sera également instaurée en cas d'absence de prélèvement vaginal et d'accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée, de rupture des membranes supérieure à 12 heures, d'hyperthermie maternelle supérieure à 38°c pendant le travail.

- L'antibioprophylaxie doit comporter au minimum deux injections intraveineuses de Pénicilline G (5 MUI puis 2,5 MUI à quatre heures d'intervalle) ou d'amoxicilline (2 grammes puis 1 gramme quatre heures après). L'efficacité est optimale à partir de la deuxième injection, l'antibioprophylaxie doit être débutée dès la rupture des membranes ou le début du travail. L'administration d'antibiotiques sera répétée toutes les quatre heures jusqu'à l'accouchement.

- En cas d'allergie à la pénicilline, l'érythromycine ou les céphalosporines seront utilisées.

- L'antibiothérapie pendant la grossesse n'est pas recommandée sauf en cas de bactériuries ou de vaginoses à streptocoque B.

Les Etats-Unis et le Canada appliquent des recommandations similaires à la France, cependant ils associent un prélèvement rectal au prélèvement vaginal (1, 10).

Le Royaume-Uni ne recommande pas le dépistage systématique en fin de grossesse mais applique une approche fondée sur les facteurs de risques de portage : une bactériurie ou une vaginose à streptocoque B documentée pendant la grossesse, un antécédent d'infection maternofoetale à streptocoque B, une hyperthermie maternelle pendant le travail, un accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée (7).

Afin de pouvoir appliquer de façon optimale ces recommandations, une information claire et précise doit être donnée aux femmes enceintes. La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations concernant l'information des femmes enceintes en 2004 et 2012 (15 ; 16). Celles-ci soulignent que tout au long de la grossesse les professionnels de santé doivent *« informer clairement la femme de son droit d'accepter ou de refuser un examen de dépistage, après lui avoir expliqué, avant sa réalisation, l'utilité, les bénéfices escomptés […] et conséquences de cet examen »* (15). De plus le code de santé publique précise que *« 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 »* (17).

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. TYPE D'ETUDE ET CRITERES DE SELECTION

3.1.1. L'étude

Nous avons réalisé une étude prospective unicentrique dans une maternité de niveau trois en Aquitaine entre le 15 juin 2012 et le 23 septembre 2012.

L'étude a été réalisée en deux temps dans les services de suites de couches et de consultations prénatales de la maternité. La maternité a réalisé 5051 accouchements en 2012.

3.1.2. Critères de sélection

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion concernant les femmes étaient :

- Un accouchement à 38 semaines d'aménorrhées ou plus,
- Une grossesse suivie de façon régulière,
- Il n'a pas été fait de distinction de grossesse physiologique ou pathologique pour la sélection,
- Les femmes ayant une compréhension suffisante du français et sachant lire et écrire.

Les sages-femmes et les médecins réalisant les consultations prénatales à la maternité ont également été interrogés.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion concernant les femmes étaient :

- Un accouchement avant 38 semaines d'aménorrhées,
- Une grossesse non ou mal suivie,
- Une compréhension insuffisante du français,
- Les patientes mineures,
- Les patientes dont le questionnaire était incomplètement rempli.

3.2. METHODE

3.2.1. Déroulement de l'étude

Deux questionnaires ont été distribués :

- Un premier (annexe 1) destiné aux accouchées dans les services de suites de couches. Les patientes ont été sélectionnées de façon aléatoire. Ce questionnaire comporte onze items. Les premières questions avaient pour but de savoir à quel moment et par qui les patientes avaient reçu l'information concernant le streptocoque B. Les huit questions suivantes concernaient le streptocoque B : ses conséquences sur le nouveau-né, son dépistage, la prévention des infections materno-fœtales dues à cette bactérie et le portage du streptocoque B. Les deux derniers items concernaient leur évaluation de la qualité de l'information reçue et leur avis concernant l'utilité ou non d'une information écrite sous forme de plaquette ou d'affiche.

- Un deuxième (annexe 2) était destiné aux sages-femmes et médecins réalisant les consultations prénatales à la maternité. Ce questionnaire comporte treize items. Les premiers items avaient pour but de déterminer à quel moment ils donnent l'information, s'ils effectuent le prélèvement vaginal eux-mêmes et si ce n'est pas le cas, s'ils récupèrent toujours les résultats. La deuxième partie du questionnaire avait pour but de savoir quelle information ils

donnent aux femmes enceintes en reprenant les mêmes items que le questionnaire destiné aux femmes. De la même façon que pour les femmes leur évaluation de la qualité de l'information donnée et leur avis concernant l'utilité d'un support écrit ont également été étudiés.

Ces questionnaires ont été réalisés d'après les brochures d'information du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) élaborées en 2002 (annexe 3) et en 2006 (annexe 4), celle de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (2), celle du Royal College of Obstetricians and Gynecologists (9), et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (6) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (5).

Un recueil de données a été effectué auprès des patientes afin d'étudier la population des femmes sondées. Il concerne l'âge, la nationalité, le niveau socio-économique, la parité, les antécédents de portage du streptocoque B et/ou d'infection néonatale à SGB.

Concernant la grossesse actuelle ont été étudiés : le déroulement global (la présence de pathologie(s) liée(s) à la grossesse ou l'absence), la présence d'infections urinaires et/ou vaginales, la préparation à la naissance et à la parentalité, le terme de l'accouchement ainsi que l'antibioprophylaxie effectuée pendant le travail.

Concernant le dépistage du streptocoque B, le terme, le lieu et le résultat du dépistage ont été étudiés. La source et le moment où les femmes ont reçu l'information ont également été décrits.

La distribution des questionnaires ainsi que le recueil des données ont été effectués par un seul et même investigateur auprès des patientes et sur dossier.

3.2.2. Objectif principal

L'étude a pour objectif principal l'évaluation du niveau de connaissance des femmes sur le streptocoque B et la prévention des infections materno-fœtales dues à cette bactérie.

Nous avons choisi de définir un bon niveau de connaissance par un taux de bonnes réponses au questionnaire supérieur ou égal à 75 %, soit au moins 6 bonnes réponses sur les 8 questions concernant le streptocoque B, parmi les femmes ayant reçu une information. Pour chaque question, une réponse fausse = 0 et une réponse exacte = 1.

Suite au total des bonnes réponses pour chaque femme, une nouvelle cotation a été mise en place : un bon niveau de connaissance = 1 et un mauvais niveau de connaissance = 0. Ainsi deux groupes ont été formés, le groupe 1 correspondant aux femmes ayant un bon niveau de connaissance du streptocoque B et le groupe 2 comportant les femmes n'ayant pas un bon niveau de connaissance.

3.2.3. Objectifs secondaires

- **Comparaison des niveaux de connaissance des femmes**

Une comparaison entre le Groupe 1 (bonne connaissance) et le Groupe 2 (mauvaise connaissance) a été effectuée en fonction des critères socio-démographiques et des critères médicaux liés à la grossesse :

- L'âge, l'origine géographique, le niveau d'étude,
- La parité, le portage du streptocoque B lors de la ou des grossesses précédentes et lors de la grossesse actuelle, le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse, la présence d'infections urinaires ou vaginales, la préparation à la naissance et à la parentalité, le terme de l'accouchement,

- Le dépistage du streptocoque B, le terme et le lieu où il a été fait,
- La source et le lieu de l'information donnée,
- L'antibioprophylaxie mise en place pendant le travail et le terme de l'accouchement.

Ces comparaisons avaient pour but de déterminer des facteurs pouvant influencer le niveau de connaissance des femmes.

La comparaison des deux groupes pour chaque catégorie a été effectuée avec le test du Chi 2 pour les fréquences et avec le test de Student pour les moyennes.

- **Etude de l'information reçue et de l'information donnée**

Il a semblé intéressant de faire une description en parallèle des connaissances des femmes et de l'information donnée par les professionnels pour chaque item concernant le streptocoque B. Une comparaison n'a pas pu être effectuée car les deux échantillons et leurs connaissances du streptocoque B sont différents.

- **Evaluation de la qualité de l'information et acceptabilité d'une information écrite**

Une évaluation de la qualité de l'information donnée a été faite par les femmes d'une part et par les professionnels d'autre part. L'acceptabilité, par les femmes et par les professionnels, d'une information sous forme écrite a également été étudiée.

3.3. PRECISIONS CONCERNANT LES DONNEES RECUEILLIES

3.3.1. Données cliniques

Les âges gestationnels ont été exprimés en semaines d'aménorrhées (SA) révolues d'après la date de début de grossesse indiquée dans le dossier obstétrical.

Le caractère pathologique de la grossesse a été défini par la présence d'une ou plusieurs pathologies obstétricales documentée(s) dans le dossier médical, sans distinction de gravité.

3.3.2. Données paracliniques

Le portage du streptocoque B lors de la grossesse actuelle reposait sur le résultat bactériologique du prélèvement vaginal effectué pendant la grossesse. Les antécédents de portage ont été déterminés par leur indication dans le dossier médical ou auprès des femmes elles-mêmes.

La présence d'infections urinaires et/ou vaginales pendant la grossesse comprenait les infections diagnostiquées de façon clinique et paraclinique, documentées pendant la grossesse.

3.3.3. Données thérapeutiques

L'antibioprophylaxie effectuée pendant le travail a été reportée à partir du dossier obstétrical. La durée et la dose d'antibiotique administrée pendant le travail n'ont pas été rapportées.

3.4. ANALYSE DES DONNEES

Les données de l'étude épidémiologique descriptive et de l'étude comparative ont été rassemblées et traitées avec le logiciel Microsoft Excel 2007.

Les variables qualitatives ont été décrites en terme d'effectifs et de fréquences. Les comparaisons ont été effectuées par le test du Chi 2.

Les variables quantitatives ont été étudiées en termes de moyennes et d'écart-types. Les comparaisons des moyennes ont été faites par le test de Student.

Les tests ont été effectués avec un risque α de première espèce = 5 %.

4. RESULTATS

4.1. EFFECTIFS DES POPULATIONS

Deux cent quatorze questionnaires ont été distribués aux femmes correspondant aux critères d'inclusion à la maternité entre le 15 juin 2012 et le 23 septembre 2012.

Deux cents questionnaires ont été retenus pour l'étude : 14 femmes ont été exclues suite à 3 questionnaires incomplets et 11 questionnaires qui n'ont pu être récupérés.

Pendant la même période, 24 professionnels effectuant les consultations prénatales à la maternité ont été interrogés. Il s'agissait de 11 sages-femmes, 9 obstétriciens (chefs de clinique et praticiens hospitaliers) et 4 internes en obstétrique.

4.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

Le tableau ci-dessous représente les caractéristiques générales de la population de femmes incluses dans l'étude (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patientes.

Caractéristiques	Total (N 200)
Age maternel (années) (moyenne +/- écart-type)	30,34 +/- 5,09
Origine géographique (%)	
- France	85,5 (171)
- Afrique du Nord	6,5 (13)
- Afrique Sub-saharienne	4,5 (9)
- Autres (Europe du nord, Amérique, Asie…)	3,5 (7)
Niveau d'étude (%)	
- études supérieures	50,5 (101)
- lycée	27,5 (55)
- collège	5 (10)
- non renseigné	17 (40)
Parité (moyenne +/- écart-type)	1,59 +/- 0,87
Portage vaginal du streptocoque B (%)	
- grossesse antérieure	
> positif	1 (2)
> négatif	38,5 (77)
> inconnu	3,5 (7)
-grossesse actuelle	
> positif	11,5 (23)
> négatif	82,5 (165)
> inconnu	1,5 (3)
Dépistage fait (%)	95,5 (191)
- terme du dépistage (SA) (moyenne +/- écart-type)	34,73 +/- 3,51
Terme de l'accouchement (SA) (moyenne +/- écart-type)	39,51 +/- 1,13
Grossesse actuelle (%)	
- pathologie gravidique	29,5 (59)
- infections urinaires ou vaginales	14,5 (29)
- préparation à la naissance et à la parentalité	61 (122)
- antibioprophylaxie pendant le travail	29,5 (59)

4.3. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FEMMES

L'étude montre un taux de femmes informées de 49 % (98 / 200).

La bonne connaissance des femmes a été définie par un taux de bonnes réponses supérieur ou égal à 75 % parmi les femmes informées, soit au moins 6 réponses justes sur 8 questions.

Ainsi sur l'échantillon de 98 patientes, on retrouve 61,22 % (N=60) de femmes ayant une bonne connaissance du streptocoque B et 38,78 % (N=38) de patientes ayant moins de 6 bonnes réponses.

La répartition des réponses des femmes a été décrite dans le tableau ci-dessous (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des réponses par items des femmes informées

	Répartition en % (N 98)
le streptocoque B est:	
- une bactérie sans danger	4,08 (4)
- une bactérie qui peut causer des infections graves pour la mère	3,06 (3)
- une bactérie qui peut causer des infections sans danger pour le bébé	4,08 (4)
- une bactérie qui peut causer des infections graves pour le bébé	88,77 (87)
le dépistage du streptocoque B est réalisé par:	
- une prise de sang	4,08 (4)
- un prélèvement vaginal	95,92 (94)
si la patiente est porteuse du streptocoque B elle doit:	
- venir à la maternité le plus tôt possible en cas de rupture des membranes avec des CU	27,55 (27)
- venir à la maternité le plus tôt possible en cas de rupture des membranes sans CU	65.3 (64)
- venir à la maternité seulement en cas de CU	7,15 (7)
la prévention des infections à streptocoque B se fait par:	
- la prise d'antibiotiques pendant la grossesse	20,41 (20)
- la prise d'antibiotiques pendant le travail et l'accouchement	79,59 (78)
en cas d'allergie à certains antibiotiques:	
- ce n'est pas important, les antibiotiques ne sont pas obligatoires	0
- il faut le signaler pour utiliser d'autres types d'antibiotiques	100 (98)
suite à une prise d'antibiotiques:	
- la patiente ne sera plus porteuse du streptocoque B	46,94 (46)
- la patiente sera toujours porteuse du streptocoque B	53,06 (52)
la colonisation par le streptocoque B :	
- la bactérie est naturellement présente dans l'organisme	87,76 (86)
- en cas de mauvaise hygiène corporelle	6,12 (6)
- maladie sexuellement transmissible	6,12 (6)
en cas de portage du streptocoque B:	
- le dépistage est inutile lors des grossesses ultérieures	41,83 (41)
- le dépistage sera réalisé à chaque grossesse	58,16 (57)

4.4. COMPARAISON DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE

Les tableaux ci-dessous comparent le Groupe 1 (= bonne connaissance) et le Groupe 2 (= mauvaise connaissance) en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des caractéristiques médicales concernant la grossesse parmi les femmes informées (tableaux 3a et 3b).

Tableau 3a : Comparaison des deux groupes de patientes

Caractéristiques	Groupe 1 (N 60)	Groupe 2 (N 38)	p	Total (N 98)
Age maternel (années) (moyenne +/- écart-type)	29,90 +/- 4,09	31,24 +/- 4,62	0,149	30,42 +/- 4,33
Origine géographique (%)				
- France	59,18 (58)	33,67 (33)	0,065	92,86 (91)
- Afrique du Nord	2,04 (2)	1,02 (1)	0,844	4,08 (4)
- Afrique Sub-saharienne	0	1,02 (1)	0,206	1,02 (1)
- Autres (Europe du nord, Amérique, Asie…)	0	3,06 (3)	**0,027**	3,06 (3)
Niveau d'étude (%)				
- études supérieures	39,39 (39)	15,31 (15)	**0,013**	55,10 (54)
- lycée	13,26 (13)	15,31 (15)	0,057	28,57 (28)
- collège	2,04 (2)	1,02 (1)	0,844	3,06 (3)
- non renseigné	6,12 (6)	7,14 (7)	0,231	13,26 (13)
Parité				
- moyenne +/- écart-type	1,33 +/- 0,51	1,84 +/- 1,08	**0,009**	1,53 +/- 0,81
- min / max	1 à 3	1 à 5		1 à 5
Portage vaginal du streptocoque B (%)				
- grossesse antérieure				
> positif	2,04 (2)	0	0,136	2,04 (2)
> négatif	15,31 (15)	18,37 (18)	0,336	33,67 (33)
> inconnu	2,04 (2)	2,04 (2)	0,956	4,08 (4)
-grossesse actuelle				
> positif	12,24 (12)	4,08 (4)	0,216	16,32 (16)
> négatif	47,96 (47)	32,65 (32)	0,473	80,61 (79)
> inconnu	1,02 (1)	2,04 (2)	0,313	3,06 (3)

Tableau 3b : Comparaison des deux groupes de patientes (suite)

Caractéristiques	Groupe 1 (N 60)	Groupe 2 (N 38)	p	Total (N 98)
Grossesse actuelle (%)				
- pathologie gravidique	16,32 (16)	11,22 (11)	0,805	27,55 (27)
- infections urinaires ou vaginales	7,14 (7)	7,14 (7)	0,351	14,28 (14)
- préparation à la naissance et à la parentalité	47,96 (47)	26,53 (26)	0,272	74,49 (73)
- antibioprophylaxie pendant le travail	26,53 (26)	12,24 (12)	0,244	38,77 (38)
Dépistage fait (%)	60,20 (59)	38,77 (38)	0,423	98,98 (97)
- terme (SA) (moyenne +/- écart-type)	34,56 +/- 2,77	35,18 +/- 1,62	0,164	34,80 +/- 2,39
- lieu: consultations prénatales	45,92 (45)	32,65 (32)	0,278	78,57 (77)
laboratoire	11,22 (11)	4,08 (4)	0,295	15,31 (15)
autre	3,06 (3)	2,04 (2)	0,953	5,10 (5)
Terme de l'accouchement (SA) (moyenne +/- écart-type)	39,72 +/- 1,06	39,60 +/- 1,01	0,601	39,67 +/- 1,03
Source de l'information (%)				
- sage-femme	24,49 (24)	14,28 (14)	0,754	38,77 (38)
- obstétricien	28,57 (28)	20,41 (20)	0,564	48,98 (48)
- autres (livres, internet, études…)	3,06 (3)	3,06 (3)	0,56	6,12 (6)
- non renseignée	5,10 (5)	1,02 (1)	0,251	6,12 (6)
Moment de l'information (%)				
- consultation prénatale	51,02 (50)	30,61 (30)	0,584	81,63 (80)
- préparation à la naissance et à la parentalité	6,12 (6)	1,02 (1)	0,167	7,14 (7)
- autres (livres, internet, études…)	4,08 (4)	7,14 (7)	0,072	11,22 (11)

4.5. COMPARAISON ENTRE LES FEMMES ET LES PROFESSIONNELS

➢ **Répartition des informations en fonction des femmes et des professionnels**

Le tableau suivant représente la répartition des informations retenues par les femmes et celle des informations données par les professionnels (tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison de l'information donnée et reçue

	information reçue par les femmes en % (N 98)	information donnée par les professionnels en % (N 24)
Le streptocoque B est une bactérie qui peut causer des infections graves pour le bébé	88,77	100
Le dépistage du streptocoque B est réalisé par un prélèvement vaginal	95,92	91,4
Si la patiente est porteuse du streptocoque B elle doit venir à la maternité le plus tôt possible en cas de rupture des membranes même sans contractions utérines	65,3	82,6
La prévention des infections à streptocoque B se fait par la prise d'antibiotiques pendant le travail et l'accouchement	79,6	95,7
En cas d'allergie à certains antibiotiques il faut le signaler pour utiliser d'autres types d'antibiotiques	100	60,8
Suite à une prise d'antibiotiques la patiente sera toujours porteuse du streptocoque B	53,06	69,6
Le streptocoque B est naturellement présent dans l'organisme	87,76	39,1
En cas de portage du streptocoque B le dépistage est inutile lors des grossesses ultérieures	41,83	87

- **Acceptabilité d'une information écrite sous forme de plaquette ou d'affiche**

Le tableau ci-dessous représente l'évaluation par les femmes de l'information reçue et celle donnée par les professionnels, ainsi que leur acceptabilité d'une information écrite (tableau 5).

Tableau 5 : Evaluation de l'information et acceptabilité d'une information écrite de la part des femmes et des professionnels

	(%)
Femmes	
- Assez d'informations reçues (N 98)	41,83 (41)
- Support écrit (N 200)	93 (186)
Professionnels (N 24)	
- Assez d'informations données	95,65 (22)
- Support écrit	52,17 (13)

5. DISCUSSION

5.1. ANALYSE DES RESULTATS

5.1.1. Caractéristiques de la population

Deux cents femmes ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen était de 30,34 ans. La majorité des femmes interrogées sont d'origine française (171 / 200). La moitié de l'échantillon a effectué des études supérieures (101 / 200). Cependant le niveau d'études de 40 femmes n'a pu être déterminé car il était uniquement renseigné qu'elles étaient « sans profession » dans le dossier obstétrical.

La parité moyenne de l'échantillon était de 1,59 enfant avec des extrêmes allant de un à six enfants. On retrouvait un taux de 57 % de femmes primipares (114 / 200). Parmi les 86 multipares, 2 présentaient un antécédent de portage du streptocoque B, pour 77 femmes le prélèvement s'était avéré négatif et pour les 7 femmes restantes le résultat était inconnu. Nous n'avons pas pu savoir si ces femmes avaient bénéficié du dépistage lors de la ou des grossesses précédentes.

95,5 % des femmes (191 / 200) ont été dépistées lors de la grossesse actuelle, le terme moyen du dépistage était de 34,73 semaines d'aménorrhée. Les neuf patientes n'ayant pas eu de prélèvement vaginal à la recherche du streptocoque B étaient toutes multipares. Six d'entre-elles avaient un antécédent de dépistage négatif et les trois autres faisaient partie des patientes pour lesquelles le résultat était inconnu. Le dépistage lors de la grossesse actuelle s'est révélé positif pour 11,5 % des patientes (23 / 200), négatif pour 82,5 % (165 / 200) et 3 résultats étaient inconnus au moment de l'étude.

Aucun antécédent d'infection néonatale à streptocoque B n'a été retrouvé parmi les femmes interrogées.

Le terme moyen d'accouchement était de 39,51 semaines d'aménorrhée. Lors de la grossesse actuelle, 59 femmes ont présenté une ou plusieurs pathologies gravidiques (29,5 %), la même proportion de femmes a bénéficié d'une administration d'une antibioprophylaxie pendant le travail. La nature des pathologies n'a pas été étudiée mais il serait intéressant d'évaluer si la nature de la pathologie a une influence sur le niveau de connaissance. Vingt neuf patientes (14,5 %) ont eu au moins une infection, urinaire ou vaginale, pendant la grossesse. Cent vingt deux femmes (61 %) ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Nous avons comparé les caractéristiques de notre population avec l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 (18) (tableau 6). Celles-ci semblent relativement similaires. Une différence apparaît au niveau des proportions de primipares et de multipares. Notre étude comporte une majorité de primipares tandis que l'enquête périnatale retrouve un taux plus élevé de multipares.

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques avec l'enquête nationale périnatale

Caractéristiques	Notre étude	Enquête nationale	Sud-Ouest
Age (années) (moyenne +/- écart-type)	30,34 +/- 5,09	29,7 +/- 5,3	NC
Origine (%)			
- Françaises	85,5	86,9	NC
- Etrangères	14,5	13,4	NC
Etudes supérieures (%)	50,5	51,8	50,6
Parité (%)			
- primipares	57	43,4	NC
- multipares	43	56,6	NC
Préparation à la naissance (%)			
- primipares	80,7	72,9	79
- multipares	34,9	28,4	NC

5.1.2. Connaissances des femmes

- **Taux d'information parmi les femmes**

On retrouve un taux d'information parmi les femmes de 49 % (98 / 200). Cet échantillon comporte 60,20 % de primipares (59 / 98) et 39,80 % de multipares (39 / 98). Le dépistage a été réalisé pour 97 de ces femmes et montre 16 prélèvements positifs, 79 négatifs et 2 résultats inconnus au moment de l'étude. Le prélèvement vaginal non fait concernait une multipare pour laquelle le résultat lors de la grossesse antérieure n'était pas connu.

Les femmes non informées représentaient 51 % de la population (102 / 200). Il y avait 53,92 % de primipares (55 / 102) et 46,07 % de multipares (47 / 102). Quatre vingt quatorze prélèvements vaginaux ont été réalisés : 7 se sont révélés positifs, 86 étaient négatifs et un résultat était inconnu au moment de l'étude. Les 8 dépistages non faits concernaient des multipares parmi lesquelles 6 avaient un antécédent de prélèvement vaginal négatif et 2 étaient inconnus. Les causes des dépistages non faits n'ont pas pu être déterminées (non prescrits, non réalisés…).

Arya et al ont réalisé en 2007 une comparaison entre le prélèvement vaginal fait par un professionnel de santé et l'auto-prélèvement par la femme enceinte dans le cadre du dépistage du streptocoque B (12). Les connaissances des femmes ont également été étudiées et l'étude retrouve un quart de patientes informées avant le prélèvement (12). Cependant plus d'un tiers des femmes recrutées dans cette étude étaient des nullipares, ce qui peut expliquer le faible taux d'information avant la réalisation du dépistage.

C. Louis Dit Trieau a étudié l'acceptabilité et la fiabilité du dépistage du streptocoque du groupe B par auto-écouvillonnage vaginal (19). Elle retrouve un taux d'information de 34,1 %, cependant la population étudiée comportait 46,61 % de nullipares (19).

Le tableau ci-dessous montre les taux de femmes ayant des connaissances sur le dépistage et la prévention des infections à streptocoque du groupe B (tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison des taux d'information avec d'autres études

	Notre étude	Arya et al	C Louis Dit Trieau
Femmes informées (%)	49	25	34,10

- **Réponses aux questionnaires**

Parmi les femmes informées, 8,16 % (8 / 98) pensent que le streptocoque B est une bactérie sans danger pour elles ou leur(s) bébé(s), 3,06 % (3 / 98) pensent qu'il peut causer des infections graves pour elles et 88,77 % des femmes (87 / 98) ont conscience du risque que les infections à streptocoque B peuvent avoir sur leur(s) bébé(s).

Quatre femmes ne savent pas que le dépistage se fait par un prélèvement vaginal. Ces femmes ont pourtant bénéficié du dépistage entre 34 et 38 SA et ont eu une information concernant le streptocoque B au moment du prélèvement à la maternité. Parmi elles on retrouve deux multipares qui avaient également été dépistées lors de leur grossesse précédente. Ces femmes ont peut-être confondu le dépistage du streptocoque B avec un autre test effectué pendant la grossesse (toxoplasmose, rubéole, hépatite B, VIH…). Une étude réalisée par Youden et al en 2005 (11) a montré que les femmes avaient plus de connaissances au sujet des conséquences des infections dues à la rubéole, à l'hépatite B et au VIH, pour la grossesse et le nouveau-né, qu'au sujet des infections dues au streptocoque B. Les taux de réponses correctes aux questionnaires pour chaque infection étaient : 55 % pour la rubéole, 62 % pour l'hépatite B, plus de 85 % pour le VIH et 50 % pour le streptocoque B (11).

Concernant la conduite à tenir en cas de portage de la bactérie les femmes sont 64,30 % (64 / 98) à savoir qu'elles doivent se présenter rapidement à la maternité en cas de rupture de la poche des eaux même si elles n'ont pas de contractions utérines. En revanche, elles sont 27,55 % (27 / 98) à penser qu'elles doivent venir si elles ont des contractions utérines en plus de la rupture de la

poche des eaux et 7,15 % (7 / 98) pensent que seules les contractions utérines doivent les mener à la maternité.

79,59 % des femmes savent que la prévention des infections materno-fœtales à streptocoque B se fait par la prise d'antibiotiques pendant le travail et l'accouchement. Le fait de devoir utiliser d'autres catégories d'antibiotiques en cas d'allergie à la pénicilline semble être bien compris par les femmes. Il est cependant possible que la formulation de la question ait pu indiquer la réponse aux femmes.

La présence naturelle du streptocoque B dans l'organisme est comprise chez 87,76 % des femmes (86 / 98). Six patientes pensent que la colonisation est due à une mauvaise hygiène (6,12 %) et six autres pensent qu'il s'agit d'une infection sexuellement transmissible (6,12 %).

Seulement 53,06 % des accouchées (52 / 98) savent que les antibiotiques administrés pendant le travail n'éliminent pas définitivement la bactérie. C'est pour cela qu'une femme ayant présenté une bactériurie à streptocoque B pendant la grossesse ou un prélèvement vaginal positif seront considérées comme porteuses de la bactérie lors des grossesses ultérieures. De ce fait le dépistage ne sera pas nécessaire. Seul 41,83 % des femmes (41 / 98) ont conscience de cela. Ceci peut être dû au fait que le résultat du dépistage n'est pas toujours communiqué aux femmes enceintes. De plus, il n'est généralement pas demandé aux multipares si elles avaient été dépistées lors de la ou des grossesses précédentes. Donner aux femmes le résultat du dépistage et leur expliquer que si elles sont porteuses du streptocoque B il ne sera pas nécessaire de refaire de prélèvement vaginal lors des grossesses suivantes, pourraient permettre d'éviter de faire des prélèvements inutiles chez des patientes déjà porteuses. Cela serait également un moyen de responsabiliser les femmes enceintes et de leur permettre d'être plus actives dans le suivi et le déroulement de la grossesse.

5.1.3. Comparaison des niveaux de connaissances des femmes

Les femmes ayant reçu une information au sujet du streptocoque B pendant la grossesse (98 / 200) ont été réparties en deux groupes. Le premier correspond aux femmes ayant un bon niveau de connaissance, autrement dit les femmes ayant un taux de bonnes réponses supérieur ou égal à 75 %. Le deuxième groupe est celui des femmes n'ayant pas un bon niveau de connaissance, soit moins de 75 % de bonnes réponses au questionnaire.

Le groupe « bon niveau de connaissance » comportait 61,22 % des femmes (60 / 98). Il était composé de 41 primipares et 19 multipares. Seule une patiente de ce groupe n'a pas bénéficié du dépistage du streptocoque B. il s'agissait d'une multipare dont le résultat du dépistage lors de la grossesse antérieure était inconnu. Parmi les femmes dépistées on retrouve 47 prélèvements négatifs, 12 prélèvements positifs et 1 inconnu.

Le groupe « mauvais niveau de connaissance » comportait 38,78 % des femmes (38 / 98). Il comportait 18 primipares et 20 multipares. Toutes les femmes ont bénéficié du dépistage du streptocoque B pendant la grossesse. Parmi les prélèvements réalisés 32 étaient négatifs, 4 étaient positifs et 2 n'étaient pas connus au moment de l'étude.

Quelques différences significatives ont été retrouvées entre les deux groupes. Il semble que les femmes originaires d'Europe du nord, d'Amérique ou d'Asie soient moins bien informées que les femmes d'origine française ou africaine ($p= 0,027$). Seules trois femmes font partie de ce groupe ce qui rend difficile l'analyse et remet en cause la pertinence des résultats.

Les femmes ayant fait des études supérieures semblent avoir un meilleur niveau de connaissance au sujet du streptocoque B ($p= 0,013$). Une étude sur l'information des femmes enceintes du dépistage de la trisomie 21 réalisée en 2011 en Irlande montre des résultats similaires, les femmes ayant un haut niveau d'études ont de meilleures connaissances que celles ayant un bas niveau d'études ($p< 0,01$) (20).

La parité apparaît également comme ayant un impact sur le niveau de connaissance, les primipares ont un meilleur niveau de connaissance que les multipares (p= 0,009). Une étude réalisée en 2008 à Montélimar évaluant les connaissances des accouchées concernant les recommandations « zéro alcool pendant la grossesse » retrouve des résultats similaires (21). Les primipares avaient plus reçu d'informations pendant leur grossesse que les multipares (p< 0,05) (21).

L'âge, le résultat du dépistage lors de la grossesse actuelle et de la ou des grossesses précédentes, le déroulement de la grossesse, la présence d'infections, la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, le lieu et le terme du dépistage, le terme de l'accouchement, la source et le moment de l'information n'apparaissent pas comme influençant le niveau de connaissance des femmes.

5.1.4. Comparaison entre les femmes et les professionnels

- **Informations retenues par les femmes**

Les informations les mieux retenues par les femmes sont :

- En cas d'allergie à certains antibiotiques il faut le signaler pour utiliser d'autres types d'antibiotiques (100 %),
- Le dépistage du streptocoque B est réalisé par un prélèvement vaginal (95,92 %),
- Le streptocoque B est une bactérie qui peut causer des infections graves pour le bébé (88,77 %),
- Le streptocoque B est naturellement présent dans l'organisme (87,76 %).

Les informations les moins bien retenues par les femmes sont :

- En cas de portage du streptocoque B le dépistage est inutile lors des grossesses ultérieures (41,83 %),
- Suite à une prise d'antibiotique la patiente sera toujours porteuse du streptocoque B (53,06 %).

➢ **Informations données par les professionnels**

Les informations les plus données par les professionnels sont :

- Le streptocoque B est une bactérie qui peut causer des infections graves pour le bébé (100%),
- La prévention des infections à streptocoque B se fait par la prise d'antibiotiques pendant le travail et l'accouchement (95,70 %),
- Le dépistage du streptocoque B se fait par un prélèvement vaginal (91,40 %),
- En cas de portage du streptocoque B la patiente doit venir à la maternité le plus tôt possible en cas de rupture des membranes même sans contractions utérines (82,60 %).

L'information la moins donnée par les professionnels est : le streptocoque B est naturellement présent dans l'organisme (39,10 %).

Une comparaison entre les informations retenues par les femmes et les informations données par les professionnels n'a pas pu être réalisée car les deux échantillons ne sont pas issus de la même population. De plus leurs connaissances ne peuvent pas être comparées puisque l'apprentissage de ces connaissances ne se fait pas de la même façon.

On peut se demander si l'information délivrée est bien comprise par les femmes. Les professionnels ont-ils et prennent-ils le temps nécessaire pour donner les informations nécessaires aux femmes?

5.1.5. Acceptabilité d'une information écrite

➢ **Evaluation de la qualité de l'information par les femmes et les professionnels**

Les femmes se disent suffisamment informées dans 41,83 % (41 / 98). Ce taux semble insuffisant, en effet toutes les femmes devraient avoir reçu une information claire, précise et complète au sujet du streptocoque B et de la prévention des infections materno-fœtales dû à celui-ci. De plus les femmes sont demandeuses d'informations, elles veulent connaître les risques et savoir comment prévenir les risques possibles pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Une cinquième pare a commenté le questionnaire en disant *« je n'ai jamais entendu parler de ça ».* Une troisième pare a noté *« je ne connais pas du tout cette bactérie et les conséquences qu'elle a durant la grossesse »*.

Les professionnels estiment à 95,65 % (22 / 24) donner suffisamment d'informations aux femmes enceintes. Certains professionnels disent ne pas vouloir donner trop d'informations afin de ne pas « faire peur » aux patientes en exposant notamment les risques pour le nouveau-né. D'autres ne délivrent pas toutes les informations de façon systématique mais au cas par cas, par exemple en cas d'allergie à la pénicilline ou en fonction du résultat du prélèvement vaginal.

➢ **Acceptabilité d'une information écrite**

Les femmes sont favorables à une information écrite sous forme de plaquette ou d'affiche dans 93 % des cas (186 / 200). Une primipare a commenté la question : *« une plaquette serait utile afin de pouvoir bien comprendre et intégrer les effets de la bactérie ainsi que pour savoir ce que l'on peut faire »*. La moitié des professionnels interrogés est favorable à une information écrite (13 / 24).

La tendance actuelle est l'information sous forme de plaquette. Les femmes reçoivent beaucoup d'informations tout au long de la grossesse. Donner

aux femmes enceintes des plaquettes pour toutes les informations n'est pas une solution. Cependant cibler les thèmes d'information et les femmes qui auraient besoin ou seraient demandeuses de support écrit pourrait être une alternative.

Le CDC a édité en 2002 et en 2006 des plaquettes d'information au sujet du streptocoque B (annexes 3 et 4). Une version en espagnol de la brochure faite en 2006 a également été réalisée (annexe 5). Internet a permis d'augmenter l'accès à l'information. Les femmes ont la possibilité de trouver toutes sortes d'informations par le biais d'internet, cependant les informations ne sont pas toujours exactes.

La politique de prévention des infections materno-fœtales et néonatales à streptocoque B par l'information est peu développée en France. La Haute Autorité de Santé et le CNGOF ne proposent pas de brochures d'information pour les femmes enceintes au sujet du streptocoque B contrairement aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et au Canada qui développent l'accès à une information de qualité aux femmes enceintes. La SOGC (22), le RCOG (9), l'ACOG (2) et le CDC (23) proposent sur leurs sites internet des guides d'information destinés aux femmes au sujet du streptocoque B, son dépistage, ses risques pour le nouveau-né et sa prise en charge. Cela permet d'obtenir des informations utiles et de qualité, les femmes ont aussi la possibilité de poser des questions.

5.2. INTERETS DE L'ETUDE

Une meilleure information pourrait permettre de diminuer le nombre de dépistages inutiles (lors de bactériurie à streptocoque B pendant la grossesse ou antécédent de dépistage positif). Les femmes ayant connaissance de leur statut de portage de la bactérie seraient en mesure d'en informer les professionnels. L'information permettrait d'avoir une meilleure prise en charge des femmes porteuses du streptocoque B au moment de la rupture de la poche des eaux, du travail et de l'accouchement. Celles-ci sauraient à quel moment venir à la maternité, elles pourraient bénéficier d'une antibioprophylaxie plus complète, il

faut en effet au minimum deux injections à 4h d'intervalle pour que celle-ci soit considérée comme efficace.

Peu d'études évaluent l'information donnée aux femmes enceintes et leurs connaissances (11 ; 12 ; 17 ; 19 ; 20), mais la plupart décrivent que les femmes enceintes ne sont pas suffisamment informées. Une meilleure information permettrait de donner aux femmes les moyens d'être plus responsables et plus actives dans les choix liés aux dépistages, aux traitements et prises en charge mis en place au cours de la grossesse (11).

La Haute Autorité de Santé indique que *« l'information a pour objectif de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé »* (15).

De plus la Haute Autorité de Santé a publié en 2005 des recommandations professionnelles concernant les bonnes pratiques en matière d'information des femmes enceintes (15). Celles-ci soulignent que pour bien informer les femmes il faut consacrer du temps à l'information, être à l'écoute des patientes, délivrer une information fondée sur les données scientifiques actuelles, utiliser un langage adapté et un support adapté, et fournir des informations écrites.

Le but d'une meilleure information est également d'améliorer la prévention des infections materno-fœtales dues à cette bactérie et de réduire la contamination des nouveau-nés lors de l'accouchement, de plus cela entraînerait probablement une diminution des examens complémentaires (prélèvement de liquide gastrique…) faits aux nouveau-nés à la naissance quand l'antibioprophylaxie est absente ou incomplète.

Il serait nécessaire de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles afin de savoir comment améliorer les connaissances des femmes au sujet des recommandations concernant le streptocoque du groupe B.

5.3. LIMITES DE L'ETUDE

5.3.1. Taille de l'échantillon

Deux cents femmes ont été incluses dans l'étude. Le faible effectif rend difficile l'analyse des résultats. On retrouve une différence significative entre les groupes « bon niveau de connaissance » et « mauvais niveau de connaissance » pour l'origine géographique. Trois femmes sont originaires d'Europe du nord, d'Amérique et d'Asie. Il ressort que ces femmes sont moins bien informées que les femmes d'autres origines (p= 0,027). Cependant on peut remettre en cause la pertinence du résultat puisqu'il concerne seulement trois femmes. Un échantillon plus important aurait pu permettre d'avoir des résultats plus significatifs.

Vingt quatre professionnels ont été interrogés (11 sages-femmes, 9 obstétriciens, 4 internes). Cet échantillon est faible, en effet la maternité compte près de 12 obstétriciens, 12 sages-femmes, 18 internes réalisant les consultations prénatales. La disponibilité des professionnels réalisant les consultations à la maternité ainsi que la durée de l'étude n'a pas permis d'obtenir un échantillon de plus grande taille.

5.3.2. Biais de sélection

Il était nécessaire pour l'étude que les femmes sachent lire et écrire en français. Ce critère entraîne donc un biais dans la sélection des patientes. En effet la maternité accueille une population de femmes migrantes, notamment d'Europe de l'est, qui n'a pas pu être incluse dans l'étude car ces femmes n'avaient pas toutes une compréhension suffisante du français.

5.3.3. Biais de mémorisation

Les femmes ont été interrogées durant leur séjour dans les services de suites de couche, donc à distance du dépistage. Il existe certainement un biais de mémorisation. Certaines femmes ont pu oublier qu'elles avaient reçu une information sur le streptocoque B pendant la grossesse. Certaines femmes ont également pu confondre le dépistage du streptocoque B avec un autre dépistage réalisé pendant la grossesse (toxoplasmose, rubéole, hépatite B…).

6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le dépistage universel du streptocoque du groupe B par prélèvement vaginal est aujourd'hui un dépistage de routine. Il doit être réalisé chez toutes les femmes enceintes entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée. Le dépistage doit être accompagné d'une information claire, précise et complète sur le dépistage, les risques et la prévention des infections à streptocoque B.

49 % des femmes ont reçu des informations sur le dépistage et la prévention des infections materno-fœtales et néonatales à streptocoque B pendant la grossesse. Ce résultat est cohérent avec d'autres études qui montrent également que peu de femmes ont des connaissances sur le streptocoque B (11 ; 12 ; 19).

Notre enquête révèle une meilleure connaissance chez les femmes ayant fait des études supérieures (p= 0,013). Les primipares semblent également avoir de meilleures connaissances que les multipares (p= 0,009). L'origine géographique pourrait influencer le niveau de connaissance des femmes, seulement le faible effectif rend difficile l'analyse des résultats. Une étude sur une plus longue période, incluant plus de patientes donnerait certainement des résultats plus significatifs.

Les femmes sont demandeuses d'informations. Elles veulent être plus actives dans le suivi de leur grossesse et dans les décisions prises pendant celle-ci. L'alternative d'une information sous forme écrite pourrait permettre aux femmes d'approfondir et de prendre le temps d'assimiler les connaissances acquises auprès des professionnels.

Nous pouvons nous demander si une meilleure information auprès des femmes pourrait avoir un impact sur la prévention des infections néonatales à streptocoque B et pourrait contribuer à diminuer ce taux.

Une évaluation des pratiques professionnelles serait intéressante afin de déterminer les causes du faible taux d'information des femmes au sujet du streptocoque B.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Money DM, Dobson S. Prévention de l'infection néonatale à streptocoque du groupe B à début précoce. *J Obstet Gynaecol Can*, 2004 ; 149 : 833-840.

(2) The American College of Obstetricians and Gynecologists. Group B Streptococcus and Pregnancy. *Frequently asked questions* n°105.

(3) De Guerke L, Trichot C. Maladies infectieuses et grossesse : streptocoque du groupe B. *Traité d'obstétrique*. Elsevier Masson SAS ; 2010. P.247-249.

(4) Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; CD007467.

(5) Blanc B, Blond M-H, Chaix C, Goffinet F, Guillaume S, Judlin P, Lenclen R et al. Recommandations pour la pratique clinique : infections cervico-vaginales et grossesse. *CNGOF* 1997. Disponible sur l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_02.HTM>

(6) Abdelmoumene N, Dosquet P, Dunia N, Haslin N, Bazi R. Recommandations pour la pratique clinique : prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. *ANAES / Service des recommandations et références professionnelles* 2001 ; p.7-8.

(7) Hughes RG, Brocklehurst P, Heath P, Stenson B. Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease. *RCOG guideline*, 2003, No 36: 1-10.

(8) Thomas R, Frieden MD, Harold W, Jaffe MD et al. Prevention of perinatal group B streptococcal disease*. CDC, Recommendations and Reports*, 2010; 59: 14-22.

(9) Preventing group B streptococcus (GBS) infection in newborn babies: information for you. *RCOG*, 2006. Disponible à l'URL: http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/preventing-group-b-streptococcus-gbs-infection-newborn-babies

(10) Committee Opinion. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. *ACOG*, 2011; 485: 1-9.

(11) Youden L, Downing M, Halperin B, Scott H, Smith B, Halperin SA. Group B streptococcal testing during pregnancy: survey of postpartum women and audit of current prenatal screening practices. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27 (12): 1006.

(12) Arya A, Cryan B, O'Sullivan K, Greene RA, Higgins JR. Self-collected versus health professional-collected genital swabs to identify the prevalence of group B streptococcus: a comparison of patient preference and efficacy. Eur Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2007; 139 (12): 43-45.

(13) Allen VM, Halifax NS, Mark H, Yudin MD. Management of group B streptococcal bacteriuria in pregnancy. SOGC clinical practice guideline 276, *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34(5): 482-486.

(14) Chaplain C. Colonisation et infection par le streptocoque du groupe B chez la femme enceinte conséquences et recommandation. *Journées des Techniques Avancées, Gynépro* 2002, 12 pages. Disponible à l'URL : http://pro.gyneweb.fr/portail/Sources/congres/jta/02/chaplain.htm

(15) Pauchet-Traversat AF, Dosquet P. Comment mieux informer les femmes enceintes ? *Recommandations pour les professionnels de santé. HAS*, 2005 ; 23 pages.

(16) Thouvenin D, Dosquet P, Paindavoine C. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. *Méthode recommandations pour la pratique clinique. HAS*, 2012 ; 1-18.

(17) Code de Santé Publique. Article L1111-2 modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art.37 relative aux droits des patients, Légifrance. Disponible à l'URL : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=865C168987926E62431C6B988E7996AB.tpdjo04v_1?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130327

(18) Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale 2010, mai 2011 ; 132 pages.

(19) Louis Dit Trieau C. Acceptabilité et fiabilité du dépistage du portage des streptocoques du groupe B par auto-écouvillonnage vaginal. Mémoire de Sage-Femme : Université Victor Segalen Bordeaux 2 ; 2008; 62 pages.

(20) Schoonen M, Wildschut H, Essink-Bot ML, Peters I, Steegers E, De Koning H. The provision of information and informed decision-making on prenatal screening for Down syndrome: a questionnaire- and register-based survery in a non-selected population. *Patient education and counseling* 2012; 87: 351-359.

(21) Vabre M. « Zéro alcool pendant la grossesse » : évaluation des connaissances des accouchées concernant ces recommandations. *La revue sage-femme* 2010 ; 9 : 221-226.

(22) SOGC. Infection à streptocoques du groupe B pendant la grossesse. *Renseignements sur la santé des femmes*. 2011.

(23) Center for Disease Control and Prevention. Prevention in newborns. 2012. Disponible à l'URL : http://www.cdc.gov/groupbstrep/about/prevention.html

ANNEXES

Annexe I : Document remis aux patientes en suite de couches

Etude sur l'information concernant le streptocoque B

Etiquette patiente

PRESENTATION DE L'ETUDE :

Actuellement étudiante sage-femme en 4ème année, j'effectue un mémoire de fin d'étude dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état. Pour cela j'ai décidé de mener une étude afin d'évaluer la qualité de l'information donnée pendant la grossesse concernant le streptocoque B. Pour cela il vous est proposé de répondre à un questionnaire qui sera combiné à un recueil de données.

Afin de pouvoir collecter les informations dans votre dossier médical il est nécessaire de joindre au questionnaire une étiquette vous identifiant. Cependant LES DONNEES RESTERONT ANONYMES.

En remplissant le questionnaire vous donnez votre accord pour le traitement anonyme des données vous concernant.

QUESTIONNAIRE : (Il n'y a qu'une réponse par question, cochez la case correspondant à votre réponse)

1.Avez-vous eu des informations concernant le streptocoque B ?

- □ oui
- □ non

Si oui, à quel moment de la grossesse et par qui ?

……

……

2.Qu’est-ce que le streptocoque B ?

- □ Une bactérie sans danger
- □ Une bactérie qui peut causer des infections graves pour moi
- □ Une bactérie qui peut causer des infections sans danger pour le bébé
- □ Une bactérie qui peut causer des infections graves pour le bébé

3.Comment savoir si j’ai le streptocoque B ?

- □ Par une prise de sang pendant la grossesse
- □ Par un prélèvement vaginal pendant la grossesse

4.Que dois-je faire si je suis porteuse du streptocoque B ?

- □ Venir à la maternité le plus tôt possible si je perds du liquide et que j’ai des contractions utérines
- □ Venir à la maternité le plus tôt possible si je perds du liquide mais sans contractions utérines
- □ Venir à la maternité seulement si j’ai des contractions utérines

5.Comment prévenir les infections à streptocoque B ?

- □ Par la prise d’antibiotiques pendant la grossesse
- □ Par la prise d’antibiotiques pendant le travail et l’accouchement

6.Que faire si je suis allergique à certains antibiotiques ?

- □ Ce n’est pas important, on peut se passer des antibiotiques
- □ Je dois le signaler pour que l’on me donne un autre type d’antibiotique

7.Suite à une prise d’antibiotiques serai-je toujours porteuse du streptocoque B ?

- □ oui
- □ non

8.Comment attrape-t-on le streptocoque B ?

- □ C’est une bactérie naturellement présente dans l’organisme
- □ En cas de mauvaise hygiène corporelle
- □ Lors de rapports non protégés (maladie sexuellement transmissible)

9.Si je suis porteuse du streptocoque B :

- □ Je ne referai pas de recherche du streptocoque B pour mes prochaines grossesses
- □ Je referai une recherche du streptocoque B à chaque grossesse

10.Estimez-vous avoir été suffisamment informée sur le streptocoque B ?

- □ oui
- □ non

11.Pensez-vous qu’une information écrite, sous forme de plaquette, pourrait être utile ?

- □ oui
- □ non

Commentaires et suggestions :

……
……
……
……
……
……

Nous vous remercions de votre participation

Annexe II : Document remis aux professionnels de santé dans le service des consultations prénatales

Etude sur l'information concernant le streptocoque B

PRESENTATION DE L'ETUDE :

Actuellement étudiante sage-femme en 4ème année, j'effectue un mémoire de fin d'étude dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état. Pour cela j'ai décidé de mener une étude afin d'évaluer la qualité de l'information donnée pendant la grossesse concernant le streptocoque B. Pour cela il vous est proposé de répondre à un questionnaire.

QUESTIONNAIRE : (cochez la case correspondant à votre réponse)

1. A quel moment donnez-vous l'information ?
   - □ au moment de la prescription ou de la réalisation du prélèvement vaginal
   - □ lors d'une consultation précédente
   - □ autre (préparation à la naissance, entretien prénatal précoce…)

2. Effectuez-vous le prélèvement vous-même ?
   - □ oui
   - □ non

3. Si non, avez-vous les résultats à chaque fois ?
   - □ oui
   - □ non

CONCERNANT L'INFORMATION QUE VOUS DONNEZ AUX FEMMES ENCEINTES :
(cochez oui lorsque vous donnez l'information, non si vous ne la donnez pas)

4. Le streptocoque B est une bactérie sans danger pour la femme mais qui peut causer des infections graves chez le nouveau-né
   - □ oui
   - □ non

5. La recherche de cette bactérie se fait par un prélèvement vaginal entre 34 et 38 semaines d'aménorrhées

- □ oui
- □ non

6. La patiente doit venir à la maternité le plus tôt possible si elle perd du liquide même sans contractions utérines

- □ oui
- □ non

7. Les infections néonatales sont prévenues par la prise d'antibiotiques pendant le travail et l'accouchement

- □ oui
- □ non

8. En cas d'allergie aux pénicillines il existe d'autres types d'antibiotiques possibles

- □ oui
- □ non

9. Si la patiente est porteuse du streptocoque B on considère qu'elle sera toujours porteuse

- □ oui
- □ non

10. Le streptocoque B est une bactérie présente dans le tube digestif, sa présence n'est pas due à un manque d'hygiène

- □ oui
- □ non

11. La recherche du streptocoque B est inutile si je suis déjà porteuse de la bactérie

- □ oui
- □ non

12. Pensez-vous donner suffisamment d'informations aux femmes enceintes concernant le streptocoque B

- □ oui
- □ non

13. Pensez-vous qu'une information écrite, sous forme de plaquette, pourrait être utile ?

- □ oui
- □ non

Commentaires et suggestions :

……
……
……
……
……
……
.....

Nous vous remercions de votre participation

GROUP B STREP *WHAT YOU NEED TO KNOW*

1. *What is group B strep?*
   Group B strep (streptococcus) is a type of bacteria that can cause serious illness and death in newborns. Until recent prevention efforts, hundreds of babies died from group B strep every year. This type of bacteria can also cause illness in adults, especially the elderly, but it is most common in newborns.

2. *Why do I need to get tested for group B strep during each pregnancy?*
   Group B strep bacteria can be passed from a mom who is a carrier for the bacteria (tests positive) to her baby during labor. Since the bacteria can come and go in your body, you need to be tested for group B strep *every* time you are pregnant, whether you tested negative or positive during the last pregnancy.

   Toward the end of pregnancy (35-37 weeks), the doctor will swab your vagina and rectum. This is sent to a lab, where they test for group B strep bacteria. The bacteria take a few days to grow, and the results are sent to your doctor.

3. *What happens to babies born with the group B strep bacteria?*
   Group B strep is the most common cause of sepsis (blood infection) and meningitis (infection of the fluid and lining around the brain) in newborns. Most newborn disease happens within the first week of life, called "early onset" disease. In the year 2001, there were 1,700 early-onset cases in the U.S.

4. *How can group B strep disease in babies be prevented?*
   Most early onset group B strep disease in newborns can be prevented by giving antibiotics (medicine) through the vein (IV) during labor to women who tested positive during their pregnancy. Because the bacteria can grow quickly, giving antibiotics before labor has started does not prevent the problem. Any woman who has a positive test for group B strep during this pregnancy should get antibiotics. Also, any pregnant woman who has had a baby in the past with group B strep disease, or who now has a bladder (urinary tract) infection caused by group B strep should get antibiotics during labor.

5. *What if I'm allergic to some antibiotics?*
   Women who are allergic to some antibiotics, such as penicillin, can still get other types of antibiotics. If you think you are allergic to penicillin, talk with your doctor.

6. *How does someone get group B strep?*
   Anyone can be a "carrier" for group B strep. The bacteria are found in the gastrointestinal tract (guts) and may move into the vagina and/or rectum. It is not a sexually transmitted disease (STD). About 1 in 4 women carry these bacteria. Most women would never have symptoms or know that they had these bacteria without a test during pregnancy.

7. *If I know that I'm a group B strep carrier, why can't I just take some antibiotics now?*
   For women who are group B strep carriers, antibiotics before labor are not a good way to get rid of group B strep. Because they naturally live in the gastrointestinal tract (guts), the bacteria often come back after antibiotic treatment. Antibiotics during labor are effective at protecting your baby because they greatly reduce the amount of bacteria the baby is exposed to during labor. Even if you had IV antibiotics for your last baby, you may not need them for this pregnancy if you are not a carrier now. That's why it's important to get tested during *every* pregnancy.

8. *What do I need to do during pregnancy or labor if I'm group B strep positive?*
   Talk with your doctor and create a labor plan that includes getting antibiotics for group B strep prevention in your newborn. When your water breaks, or when you go into labor, make sure to get to the hospital at least four hours before delivery to make sure there is enough time for the antibiotics to work. When you get to the hospital, remind the staff that you are group B strep positive.

For more information, go to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) website at <www.cdc.gov/groupbstrep>, or ask your doctor.

Annexe IV : Brochure d'information du CDC 2006 version anglaise

Ask your doctor for a GBS test when you are 35 to 37 weeks pregnant (in your 9th month).

The test is an easy swab of the vagina and rectum that should not hurt.

Finding the GBS bacteria *does not* mean that you are not clean, and it does *not* mean that you have a sexually transmitted disease. The bacteria are not spread from food, sex, water, or anything that you might have come into contact with. They can come and go naturally in the body.

The medicine to stop GBS from spreading to your baby is an antibiotic given during labor. The antibiotic (usually penicillin) is given to *you* through an IV (in the vein) *during childbirth.*

It does *not* work to take antibiotics for GBS before labor. The bacteria can grow back so fast that taking the medicine before you begin labor does not prevent the bacteria from spreading to your baby during childbirth.

"My doctor explained that I should not take antibiotics now. To protect my baby, I have to wait until my labor starts."

"I talked with my doctor and made a plan for labor. It helps put my mind at ease to be prepared."

Talk to your doctor or nurse if you have any questions. You can also get information from the CDC website: www.cdc.gov/groupbstrep

more info

CDC

Protect your baby from group B strep!

Are you Pregnant?

Protect your baby from group B strep!

If you are pregnant, you need to know about group B strep. This type of bacteria is very common to all types of women and can be passed on to your baby during childbirth. **Your baby can get very sick and even die if you are not tested and treated.**

Group B strep (sometimes called GBS) is a type of bacteria that is often found in the vagina and rectum of healthy women. In the United States, about 1 in 4 women carry this type of bacteria. Women of any race or ethnicity can carry these bacteria.

Being a *carrier* for these bacteria does not mean you have an infection. It only means that you have group B strep bacteria in your body, usually living in the rectum or vagina. You would not feel the bacteria or have symptoms like a yeast infection. These bacteria are usually not harmful to you — only to your baby during labor.

> "I never heard of GBS before, but my doctor told me anyone could carry these bacteria."

The antibiotic is only given during labor — you do *not* need to worry about getting it for yourself before labor. Other people in the house, including kids, are *not* at risk of getting sick from GBS.

Your baby's doctor will check on the baby once he or she is born. There is no need for the baby to get extra antibiotics or other medicine after he or she is born, unless the doctor tells you that they are needed.

> "I found out that my girlfriend had to have IV antibiotics when she had her son. He's a healthy toddler now, which makes me feel better about all this GBS stuff."

If you are allergic to penicillin, there are still other choices to help treat you during labor. Talk with your doctor and nurses about it.

Each time you are pregnant, you need to be tested for GBS. It doesn't matter if you did or did not have this type of bacteria before — *each pregnancy is different.*

If you think you might have a C-section or go into labor early (premature), talk with your doctor or nurse about your personal GBS plan.

What you can do *before* you go into labor:

- Ask your doctor for a GBS test when you are 35 to 37 weeks pregnant (9th month).
- If you are allergic to penicillin or other antibiotics, make sure to tell your doctor or nurse about any reactions you have had.
- If your test shows that you carry the bacteria, talk with your doctor about a plan for labor.
- Continue your regular check-ups, and always call your doctor or nurse if you have any problems.

When your water breaks or when you go into labor:

If you have *not* had your GBS test when labor starts, remind the staff that you do not know your GBS status.

If you *are* a GBS carrier:

- Go to the hospital. The antibiotics work best if you get them at least 4 hours before you deliver.
- Tell the labor and delivery staff at the hospital that you are a group B strep carrier.
- **Speak up** if you are allergic to penicillin.
- Expect to get IV antibiotics (medicine through the vein) during labor.
- It is fine to breastfeed after your baby is born.

more info

Talk to your doctor or nurse if you have any questions. You can also get information from the CDC website: www.cdc.gov/groupbstrep

Annexe V : Brochure d'information du CDC 2006 version espagnole

¿Estás embarazada?

Pídele a tu médico que te haga una prueba de GBS a las 35 – 37 semanas de embarazo (9º mes). La prueba es fácil y no duele. Consiste en tomar una muestra de la vagina y del recto con un hisopo.

La presencia de la bacteria estreptococo del grupo B (o GBS) ***no*** significa que no seas una persona limpia, ni ***TAMPOCO*** que tengas una enfermedad de transmisión sexual. La bacteria GBS no se transmite a través de los alimentos, las relaciones sexuales, el agua ni de ninguna otra cosa con la que hayas estado en contacto, sino que puede entrar y salir del cuerpo de manera natural.

La medicina que evita la transmisión de la bacteria GBS al bebé es un antibiótico que se administra durante el trabajo de parto. El antibiótico (por lo general, penicilina) es administrado a la ***mamá*** por vía intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) ***antes de que nazca el bebé.***

De *nada* sirve tomar el antibiótico contra esta bacteria antes de que comience el trabajo de parto. La misma se reproduce nuevamente con tanta velocidad que tomar la medicina antes de comenzar el trabajo de parto no evita que sea transmitida al bebé durante el parto.

Mi médico me explicó que no tengo que tomar antibióticos todavía y que, para proteger a mi bebé, tengo que esperar hasta que comience el trabajo de parto.

Hablé con mi médico y preparamos un plan para el momento del parto. Estar preparada me hizo sentir más tranquila.

Habla con tu médico o enfermera si tienes alguna pregunta. También puedes conseguir información en el sitio web de los CDC: **www.cdc.gov/groupbstrep**

CDC
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

para más información

Protege a tu bebé

Protege a tu bebé contra la bacteria GBS

GBS es la forma abreviada de referirse en inglés a la bacteria estreptococo del grupo B (*Group B Strep*).

Si estás embarazada, es necesario que sepas de la existencia de esta bacteria y las consecuencias que puede tener en tu bebé.

La bacteria GBS es muy común en todos los tipos de mujeres, y las madres pueden transmitirla a sus bebés en el momento de su nacimiento. **El bebé puede ponerse muy mal y hasta morir si tú no te haces las pruebas necesarias y no recibes tratamiento.**

La bacteria GBS se encuentra a menudo en la vagina y el recto de mujeres sanas. En los Estados Unidos, cerca de 1 de cada 4 mujeres es portadora de este tipo de bacteria. La bacteria puede vivir en cualquier tipo de mujer, no importa su raza o grupo étnico.

Ser *portadora* de la bacteria GBS no significa que estés infectada. Solamente significa que la tienes en el cuerpo, usualmente en el recto o en la vagina. Más aún, no sentirás su presencia ni tendrás síntomas como los de la infección por levadura (*yeast infection*, en inglés). Por lo general, esta bacteria no te causará ningún daño a ti, pero sí podría afectar a tu bebé durante el parto.

> **Nunca había oído hablar de la GBS en el pasado, pero mi médico me dijo que es una bacteria que cualquiera puede tener.**

El antibiótico es administrado solamente durante el trabajo de parto, por lo que ***no*** tienes que preocuparte por recibir el medicamento antes del trabajo de parto. Las otras personas que viven contigo, entre ellas los niños, ***no*** corren ningún riesgo de enfermarse con la bacteria GBS.

El médico del bebé le hará un chequeo general una vez que haya nacido. ***No es necesario administrarle al bebé ningún otro antibiótico ni medicina después de que nazca,*** a menos que el doctor indique que sí lo necesita.

Si eres alérgica a la penicilina, existen otras opciones de tratamiento que se te pueden aplicar durante el trabajo de parto. Habla con tu médico y enfermera sobre este tema.

Es necesario que te hagas la prueba de GBS siempre que estés embarazada. No importa si has tenido o no esta bacteria en el pasado porque ***cada embarazo es diferente.***

Si crees que vas a tener tu bebé por cesárea o que se te adelante el parto (prematuro), habla con tu médico o enfermera acerca de tu plan personal para controlar la bacteria GBS.

> **Te cuento que a una amiga tuvieron que ponerle antibióticos por la vena cuando nació su hijo. Y el niño está de lo más sano. Eso me tranquiliza porque tenía muchas dudas acerca de esa fulana bacteria GBS.**

Qué hacer antes de que comience el trabajo de parto

- Pídele al médico que te haga la prueba de GBS a las 35 – 37 semanas de embarazo (9° mes).
- Si eres alérgica a la penicilina u otros antibióticos, no dejes de informarle al médico o a la enfermera acerca de las reacciones que has tenido en el pasado.
- Si la prueba indica que eres portadora de la bacteria GBS, habla con tu doctor para que preparen un plan para el trabajo de parto.
- Sigue con tu control habitual y no dejes de llamar al médico o a la enfermera si tienes algún problema.

Cuando rompas fuente o cuando comience el trabajo de parto

Si todavía *no* te han hecho la prueba de GBS para cuando comience el trabajo de parto, recuérdale al personal médico que no sabes si tienes la bacteria GBS.

Si *eres* portadora de la bacteria GBS,

- Ve para el hospital. Los antibióticos son más eficaces si se toman por lo menos 4 horas antes del parto.
- Infórmale al doctor o a la enfermera que te asista en el hospital durante el trabajo de parto que eres portadora de la bacteria GBS.
- Si eres alérgica a la penicilina, asegúrate de informar al médico.
- No te sorprendas cuando te administren los antibióticos por vía intravenosa durante el trabajo de parto.
- Puedes amamantar a tu bebé sin problema.

para más información

Habla con tu médico o enfermera si tienes alguna pregunta. También puedes conseguir información en el sitio web de los CDC: www.cdc.gov/groupbstrep

TITRE DU MEMOIRE : Recommandations concernant le streptocoque du groupe B : évaluation des connaissances des femmes.

MIRAMBEAU Sandra

RESUME : L'objectif de notre étude a été d'évaluer le niveau de connaissance des femmes à propos des recommandations concernant le streptocoque du groupe B et la prévention des infections materno-fœtales.

L'étude s'est déroulée entre le 15 juin 2012 et le 23 septembre 2012. Deux cents femmes et 24 professionnels ont participé à l'étude.

On retrouve un taux de connaissance de 49 % et un taux de dépistage faits de 95,5 %. 61,22 % des femmes informées ont un bon niveau de connaissance des recommandations sur le streptocoque B. Les femmes ayant fait des études supérieures et les primipares ont significativement de meilleures connaissances (respectivement p= 0,013 et p= 0.009). Seul 58,17 % des femmes interrogées disent ne pas être suffisamment informées. 93 % des femmes et 52,17 % des professionnels sont favorables à un complément d'information sous forme écrite.

Il apparaît important de mieux informer les femmes enceintes. De plus celles-ci sont demandeuses d'informations et veulent être plus actives dans les décisions concernant leur grossesse. Un support écrit permettrait peut-être d'améliorer l'accès et la compréhension des nombreuses informations délivrées pendant la grossesse.

MOTS CLES : grossesse, streptocoque B, dépistage, connaissances

SUMMARY: The aim of our study was to assess the level of women's knowledge about the recommendations for group B streptococcus and the prevention of materno-fetal infections.

The study was conducted between 15 June 2012 and 23 September 2012. Two hundred women and 24 professionals participated in the study.

We found a rate of 49 % knowledge and a rate of 95,5 % screening made. 61, 22 % of informed women have a good knowledge about the recommendations for group B streptococcus. Women with higher school education and the primiparous have significantly better knowledge (respectively p= 0,013 and p= 0,009). 58,17 % of respondents say they are not sufficiently informed. 93 % of women and 52,17 % of the professionals are in favor of further information in written form.

It appears important to better inform pregnant women. Of more they want information and want to be more active in decisions made during their pregnancy. A written information may improve access and understanding of the many information provided during pregnancy.

KEYWORDS: pregnancy, group B streptococcus, screening, knowledge