



HAL
open science

Impact des modalités d'informations concernant la prématurité sur l'anxiété des patientes présentant un risque d'accouchement prématuré

Clémence Dekens

► **To cite this version:**

Clémence Dekens. Impact des modalités d'informations concernant la prématurité sur l'anxiété des patientes présentant un risque d'accouchement prématuré. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01254273

HAL Id: dumas-01254273

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254273>

Submitted on 12 Jan 2016

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 DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS
ANNEE 2015



THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)
Spécialité : Pédiatrie

DEKENS Clémence

Présentée et soutenue publiquement le 10 Avril 2015

**Impact des modalités d'informations concernant la
prématurité sur l'anxiété des patientes présentant un
risque d'accouchement prématuré.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL
Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX
Monsieur le Docteur Alain DE BROCA

Directeur de thèse : Madame le Docteur Cécile FONTAINE

A MON PRESIDENT DE JURY,

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de
l'adolescent"
Pôle "Femme - Couple - enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Vos connaissances, vos qualités humaines sont pour moi un modèle.

Vous m'avez transmis votre amour de la pédiatrie, et j'ai beaucoup appris en travaillant auprès de vous.

Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A MON JUGE,

Monsieur le Professeur Jean GONDRY,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Gynécologie et Obstétrique)
Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.

Très sensible à cet honneur, je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A MON JUGE,

Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Gynécologie-obstétrique, médecine de la reproduction)
Chef du Pôle "Femme – Couple - Enfant"

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.

Je suis heureuse d'avoir eu l'opportunité de vous rencontrer.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A MON JUGE,

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Tu me fais l'honneur de siéger parmi mes juges.

Ton esprit et ta rigueur sont un exemple.

Je te remercie de m'avoir fait confiance, de m'avoir aidé à progresser.

Tes remarques et tes conseils furent indispensables à la réalisation de ce travail et également au cours de mon cursus.

Tu trouveras ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A MON JUGE,

Monsieur le Docteur Alain DE BROCA,

Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous me faites l'honneur de siéger parmi mes juges.

Votre esprit et votre point de vue sont indispensables à l'évaluation de ce travail.

Je suis heureuse d'avoir eu l'opportunité de vous rencontrer.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A MON DIRECTEUR DE THESE,

Madame le Docteur Cécile FONTAINE,

Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Tu m'as fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.

J'ai eu le privilège de bénéficier de ton enseignement et c'est grâce à toi et à ta passion de cette spécialité que j'ai découvert ma vocation.

Tes nombreux conseils et ta rigueur furent indispensables à la réalisation de ce travail.

Ta gentillesse et ton soutien ont rendu ce travail très agréable, et je suis heureuse de l'avoir réalisé sous ta direction.

SINCERES REMERCIEMENTS

- **A ma fille Margot,**

Pour ton sourire, tes câlins, et surtout ton amour qui m'est indispensable.

Tu es mon soleil.

Je t'aime

- **A mes parents,**

Pour leur patience, leur nombreux conseils tout au long de ce cursus.

Pour leur présence, leur soutien et surtout leur amour qui m'a permis de me relever après des moments difficiles.

Je suis fier d'être votre fille.

Je vous aime.

- **A mes grands-parents,**

Merci pour votre soutien et vos sourires présents en toutes circonstances.

Merci pour l'amour que vous m'apportez.

- **A mes frère et sœurs,**

Antoine, Julie et Léa : merci pour votre soutien indéfectible.

Elise : sans toi ce travail n'aurait pas été le même. Merci de m'avoir autant aidé.

- **A Mimi et Guy,**

Merci pour votre confiance et votre soutien constant, pour tout l'amour que vous m'apportez.

Guytou, tu nous a quitté il y a très peu de temps et bien trop tôt. J'aurais aimé que tu sois là.

- **A Audrey,**

Merci pour ta grande amitié et ton soutien depuis le début de mes études.

- **A Lucile,**

Merci pour ton aide et ton amitié.

- **A mes co-internes,**

Merci pour tous les bons moments partagés lors de ce cursus, en particulier à Eléonore et Axelle pour l'aide que vous m'avez apporté lors de ce travail.

- **Aux services de médecine néonatale et de réanimation pédiatrique d'Amiens,**

Merci aux secrétaires, aux auxiliaires et aux infirmières pour leur gentillesse, leur générosité et leur dévouement... Vous contribuez pleinement au plaisir que je prends chaque jour à exercer la pédiatrie.

Merci à tous mes « chefs » pour tout ce qu'ils m'ont appris.

- **Au service de gynécologie-Obstétrique d'Amiens,**

Merci aux Sages-femmes pour leur aide et leur gentillesse lors de ce travail.

- **Aux Chefs des autres services de pédiatrie,**

Merci à tous les praticiens qui ont participé à ma formation.

Et...

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ma formation.

TABLE DES MATIERES

Résumé	p 11
Abstract	p 12
Introduction	p 14
Matériel et méthode	p 20
- conception de la recherche	p 20
- population	p 22
- critère d'évaluation : le questionnaire STAI-Y A et B	p 23
- autre critère d'évaluation	p 24
- conception du livret	p 24
- analyse statistique	P 25
Résultats	p 26
- population générale	p 26
- information orale	p 29
- information combinée	p 30
- comparaison des deux groupes	p 31
Discussion	p 33
Conclusion	p 37
Bibliographie	p 38
Annexe 1 : Livret d'information sur la prématurité	p 42
Annexe 2 : Questionnaire STAI-Y-A de Spielberger et al.	p 43
Annexe 3 : Questionnaire STAI-Y-B de Spielberger et al.	p 44

Résumé

Introduction : Les patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré nécessitent une information expliquant la prématurité. Nous nous sommes posés la question du meilleur type d'information: orale ou combinée (écrite puis orale).

Matériel et méthode : Etude prospective, monocentrique, observationnelle menée dans le service des grossesses d'un CHU (niveau III). L'étude s'est déroulée en 2 parties successives : « information orale seule » avec un entretien pédiatrique prénatal puis « information combinée » pendant laquelle, en plus, un livret était remis aux patientes à l'entrée. Cette étude a reçu un avis favorable de la sous-commission d'évaluation des recherches non interventionnelles. Le principal critère de jugement était l'anxiété-état après information, évaluée par le questionnaire STAI-Y-A (Spielberger et al.).

Résultats : Après l'entretien pédiatrique, l'anxiété diminuait de façon significative dans le groupe « combinée » (chute du STAI-Y-A : $- 7,5 \pm 8,4$) en comparaison avec le groupe « orale » ($-2,45 \pm 4,6$; $p = 0,04$). Le niveau d'anxiété avant information était comparable dans les 2 groupes (STAI-Y-A groupe « combinée »: $46,7 \pm 14$ vs groupe « orale »: $42,7 \pm 12,2$; $p = 0,46$).

Discussion et conclusion : L'information combinée représente dans cette étude le mode le plus adapté auprès des patientes pour réduire leur anxiété. Sachant que l'état psychologique de la mère influence l'évolution de la grossesse, il est nécessaire de fournir une information claire, complète et adaptée. La remise d'un livret explicatif semble d'après cette étude l'une des modalités à mettre en place. D'autres modalités comme la visualisation de photographies ou de film seraient à évaluer.

Mots clés : entretien pédiatrique prénatal, prématurité, anxiété, information patient.

Abstract

Introduction: Women hospitalized for a preterm labor require information about prematurity. The purpose of the study was to assess if a specific written support about prematurity combined with the oral explanation from a pediatrician would improve women stress compared to oral explanation alone.

Material and methods: This is a prospective, single-center observational study. Women were included in the high risk pregnancies department during two successive periods: "only oral" information for a prenatal clinical consultation with a senior pediatrician and "combined" information for a prenatal pediatrician consultation + a booklet about prematurity given to the women at the admission. This study was accepted by the local ethical committee. The primary endpoint was anxiety-state after information evaluated by the STAI-Y-A Questionnaire (Spielberger et al.).

Results: After a pediatrician consultation, the acute anxiety-state score decreased significantly in the "combined" group (decrease of STAI-Y-A: -7.5 ± 8.4) compared to the "only oral" group (-2.45 ± 4.6 ; $p = 0.04$). The anxiety score before information was not different between both groups (STAI-Y-A "combined" group: 46.7 ± 14 vs "only oral" group: 42.7 ± 12.2 ; $p = 0.46$).

Discussion and Conclusion: The use of a booklet about prematurity combined with oral information from a pediatrician was the most suitable mode to reduce patients anxiety. Knowing that the psychological state of the mother influences the evolution of pregnancy, it is necessary to provide clear, comprehensive and adapted information. Giving a booklet appears in this study as one of the modalities to improve information. Other modalities have to be studied.

Keywords: prenatal consultation, prematurity, anxiety, patient information.

« Nous vivons dans une société qui ne veut pas prendre le moindre risque, qui veut tout contrôler. Mais quand on a des enfants, on ne peut pas tout contrôler »

Anita Truttman

Introduction

La prématurité est une naissance avant le terme normal. Pour la définir, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge gestationnel est un critère nécessaire et suffisant : est prématurée, toute naissance avant le terme de 37 Semaines d'Aménorrhée (SA) révolues (avant 8 mois de grossesse).

En France, la limite pratique de viabilité est estimée à 24-25 SA et/ou un poids de naissance d'au moins 500g.

La prématurité se décrit selon le terme (Figure 1).

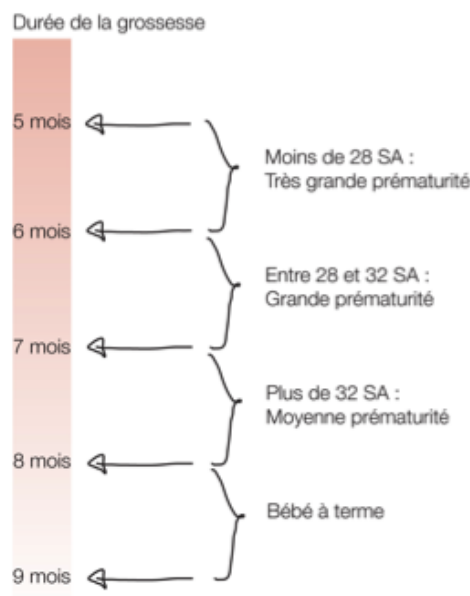


Figure 1: Les stades de prématurité

On distingue habituellement deux types de prématurité : la prématurité spontanée et la prématurité induite ou provoquée [1]. Cette dernière est décidée par l'équipe médicale du fait de risques fœtaux ou maternels, aboutissant en pratique à un déclenchement du travail ou à une naissance par césarienne.

La prématurité induite représente 45% des cas de grande prématurité en France [2]. Elle survient le plus souvent dans un contexte de pré-éclampsie, d'hématome rétro-placentaire, de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de souffrance fœtale aigüe, diabète maternel instable, maladie maternelle grave. L'âge maternel supérieur à 35 ans en est un facteur de risque, car il augmente de fait les pathologies hypertensives maternelles ainsi que les éclampsies, qui conduisent à des extractions fœtales avant terme. Les grossesses multiples constituent, quant à elles, un facteur de risque important de grande prématurité [3] ; en effet le risque d'accouchement avant 33 SA est 5 à 15 fois plus élevé en cas de grossesse multiple. Leur proportion est en constante augmentation du fait des progrès de la procréation médicalement assistée.

La prématurité spontanée survient après une rupture prématurée des membranes ou après une mise en travail spontanée [4,5]. La rupture prématurée des membranes peut elle même être favorisée par les infections, comme la chorioamniotite. D'autres facteurs favorisant la prématurité spontanée sont connus comme la béance cervico-isthmique, les malformations utérines, les conditions socio-économiques défavorables, le stress physique ou psychique, les antécédents d'accouchement prématuré, le diabète, l'hydramnios, les âges maternels extrêmes.

La prématurité moyenne (entre 33 et 36 SA) représente 80% des prématurés. Ces enfants ont en grande partie un pronostic favorable, puisque 95% survivront et seuls 5% auront des séquelles. Les grands prématurés (entre 28 et 32 SA) et les très grands prématurés (entre 24 et 28 SA) ont un pronostic moins favorable qui dépendra notamment de l'âge gestationnel, le pronostic étant d'autant plus péjoratif que l'âge gestationnel est bas (les séquelles peuvent atteindre 15 à 30% des survivants chez les très grands prématurés). Pour ces deux dernières catégories, les progrès dans la prise en charge périnatale ont été très importants dans les trente dernières années [6].

Le taux de mortalité chez les nouveau-nés prématurés dépend en grande partie de l'âge gestationnel ainsi que du poids de l'enfant à la naissance. La mortalité est inversement proportionnelle à ces deux variables. Plus l'âge gestationnel est bas, plus le taux de survivants sera faible. De même, plus le poids de naissance est faible et plus la mortalité sera élevée [7].

Le pronostic dépendra de l'âge gestationnel de l'enfant, de son poids de naissance et de la cause de sa prématurité. Ainsi un bébé né au-delà de 32 semaines présentera un risque de mortalité et de séquelles très faible (< à 5%), alors que dans le cas d'une naissance en dessous de 32 semaines et un poids inférieur à 1000g, il y aura une augmentation très nette de la

fréquence des complications, tant d'un point de vue de la mortalité (20-40%) que de l'apparition de séquelles neurologiques et psychomotrices (10-20%). De plus, dans les cas d'extrême prématurité (< 27 semaines), la mortalité peut atteindre 50% et le pronostic à long terme reste très incertain.

Un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé), paru en octobre 2011, montre que la prématurité est passée de 5,9% en 1995 à 7,4% en 2010 toutes prématurités confondues, soit une augmentation de 15% en 15 ans. En 2012, plus d'un bébé sur dix naît prématurément dans le monde, soit 13 millions de naissances dans le monde en 2010, et 60 000 en France.

L'étude EPIPAGE 2 (Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels) [4,6] est une étude nationale pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés au regard des évolutions survenues ces 15 dernières années. Elle est menée dans 25 régions de France. Entre le 28 mars 2011 et le 31 décembre 2011, près de 7000 enfants prématurés (mort-nés et naissances vivantes) ont été inclus dans EPIPAGE 2.

Les résultats d'EPIPAGE 2 ont montré que 0,44% des naissances se produisaient avant 27 semaines en France, 0,84% entre 27 et 31 semaines et 1,8% à 32-34 semaines.

Malgré les progrès obstétricaux et pédiatriques de ces vingt dernières années, la naissance prématurée reste un événement soudain, souvent imprévisible, menaçant la survie du nouveau-né et son pronostic développemental à long terme [8]. La mortalité a certes considérablement diminuée dans les pays industrialisés, mais la morbidité consécutive à ce type de naissance reste importante.

Pourtant, la prématurité ne peut se résumer à une prise en charge purement médicale. Elle englobe une vaste problématique d'ordre socio-culturel, psychologique et économique.

L'anxiété ressentie par les patientes hospitalisées et présentant un risque d'accouchement prématuré est importante, et plusieurs travaux ont montré que l'état psychologique de la mère influence l'évolution de la grossesse [9,10,11,12,13]. L'anxiété est un état émotionnel désagréable, d'intensité variable, survenant en réponse à une impression de danger imminent et indéterminé.

Une des difficultés rencontrées dans la définition de l'anxiété est de distinguer l'anxiété pathologique de l'anxiété normale, sans omettre l'influence de multiples facteurs comme l'origine ethnique et culturelle du sujet. L'anxiété n'est pas linéaire dans le temps : elle varie

d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre de la journée, en fonction de l'exposition d'un sujet à un événement ou à une situation anxiogène. L'anxiété est également souvent associée à d'autres pathologies comme le syndrome dépressif, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs.

On peut signaler l'existence d'une anxiété-trait (AT), se rapportant à la personnalité et au tempérament et d'une anxiété-état (AE) survenant au moment d'un entretien [14] par exemple.

Les concepts d'anxiété-trait et anxiété-état ont été introduits par Cattell puis approfondis par Spielberger [15,16,17]. L'anxiété-trait représente un sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité, et d'inquiétude que le sujet ressent habituellement. L'anxiété-état représente un état émotionnel lié à une situation particulière (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité, et d'inquiétude que le sujet ressent à un moment précis).

Le stress et l'anxiété sont fréquemment associés dans la littérature, pourtant il s'agit de concepts différents. Le stress désigne un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et l'adversité [18]. L'anxiété est généralement décrite comme une inquiétude anticipatoire associée à des signes cliniques tels que la transpiration, la tachycardie, la pâleur, le tremblement, alors que le stress serait plutôt associé à des réponses biologiques de l'axe hypothalamo-hypophysaire ou du système nerveux sympathique [19]. Cependant, les signes cliniques de l'anxiété sont également en lien avec une activation du système nerveux sympathique ; les deux axes du stress sont activés ensemble, ce qui complique la distinction entre l'anxiété et le stress. Dans cette perspective, Glover soulignait que l'anxiété renverrait à une inquiétude anticipatoire, alors que le stress décrirait plus un état actuel [19]. D'autres auteurs considèrent l'anxiété, et plus généralement les émotions, plutôt comme une partie de la réponse au stress [20]. L'anxiété est ainsi appréhendée comme un sous-ensemble de l'expérience stressante. L'anxiété ne serait qu'une expression du stress, consécutive à la présence du stressor [21].

La grossesse peut être considérée comme une période de vulnérabilité particulière. Selon Bydlowski, toute grossesse normale comporte une crise maturative, une part d'ambivalence, d'angoisse et d'incertitude [22]. Il s'agit d'un moment où la fragilité et la sensibilité de la femme sont accrues. Les principaux troubles qui lui sont rapportés sont l'anxiété et la dépression. Plus de la moitié des femmes présentent un état d'anxiété au cours d'une grossesse normale et plus d'un tiers un état dépressif [23,24,25,26,27].

Les symptômes de l'anxiété suivent un modèle en U pendant la grossesse. ils sont important au premier trimestre, diminuent au cours du deuxième trimestre, et augmentent de nouveau lors du troisième trimestre [28]. Les inquiétudes liées à la grossesse, l'accouchement et la santé de l'enfant sont assez fréquentes, souvent passagères et ne relèvent pas de la pathologie. L'impact psychologique pour la patiente est variable et dépend notamment de son profil psychologique, de ses antécédents personnels et du déroulement de la grossesse.

L'idée que les états émotionnels de la femme enceinte ont des répercussions sur l'enfant à naître remonte à l'antiquité, mais ce n'est que depuis une quarantaine d'années que les études se sont intéressées aux conséquences du stress sur la grossesse et le développement de l'enfant. De nombreuses recherches ont étudié les effets du stress et de l'anxiété prénatale sur l'issue obstétricale et néonatale de la grossesse, en particulier sur la prématurité et le faible poids de naissance. Il a été démontré que l'état psychologique de la future mère influence l'évolution de la grossesse [29,30], notamment en augmentant le risque de complications obstétricales (petit poids de naissance, prématurité) et a un rôle sur le développement neuro-émotionnel de l'enfant à venir [29]. Les recherches explorent également l'impact du stress prénatal sur l'activité motrice, le rythme cardiaque et le périmètre crânien du fœtus [9,31,32]. La grossesse est à l'origine de nombreux changements pour les patientes et son impact psychologique peut être parfois majeur tant au cours d'un suivi de grossesse classique et à bas-risque qu'au cours d'une grossesse compliquée. De même, en cas d'hospitalisation ou de découverte de pathologies maternelle ou fœtale, il peut être utile d'évaluer l'impact psychologique de ces situations [33,34]. Il est donc essentiel de bien prendre en compte l'anxiété des patientes et d'adapter au mieux les informations transmises à ces femmes plus fragiles psychologiquement de par leur état de grossesse.

Par manque de temps, mais également par une méconnaissance des effets délétères de l'état émotionnel de la future mère sur sa grossesse et le développement de son enfant, les professionnels ne s'intéressent que peu à la manière dont ces femmes vivent le parcours médical de la grossesse avec ses doutes et ses peurs. Des événements tels qu'un risque d'accouchement prématuré peuvent se révéler très angoissants pour ces femmes. C'est dire l'importance et la nécessité de mieux prendre en compte le bien être psychologique des patientes [35].

Quel que soit le stade de la prématurité (Figure 1), toutes les patientes hospitalisées dans le service des grossesses du CHU d'Amiens (maternité de niveau III) bénéficient d'un entretien pédiatrique prénatal afin de définir ce qu'est la prématurité. Il s'agit d'un entretien avec un pédiatre de maternité qui est réalisé chez toutes les patientes hospitalisées présentant un risque d'accouchement prématuré. Cet entretien a pour objectif d'expliquer la prise en charge d'un enfant prématuré, les risques, les complications ainsi que le pronostic de l'enfant à naître [36,37]. Il permet également de répondre aux nombreuses questions que se pose la future mère.

Lors de cet entretien pédiatrique prénatal, plusieurs éléments sont abordés et expliqués :

- le rôle du pédiatre lors de l'accouchement,
- l'accueil de l'enfant en salle de naissance,
- la prématurité, ses conséquences, son pronostic en fonction du terme,
- le fonctionnement des différents services de néonatalogie,
- la prise en charge au long cours de l'enfant dans les services de néonatalogie : évolution, surveillance, risques,
- l'alimentation et l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré.

Cet entretien dure entre 15 et 45 mn selon les cas. C'est une part importante du travail du pédiatre de maternité et qui est peu connue.

Recevoir des informations sur la prématurité par le pédiatre peut aider les futures mères à comprendre et à se préparer psychologiquement à ce bouleversement. Mais cela peut également augmenter l'anxiété si cette information n'est pas adaptée. Dans notre service, cette information est uniquement orale. Ce mode d'information oral a l'avantage d'être adaptée au cas par cas en fonction des connaissances préalables des patientes.

Les brochures explicatives permettent de « standardiser » l'information donnée aux patientes [38]. Seules, elles apparaissent toutefois insuffisantes à prodiguer une information leur permettant d'aborder des situations difficiles de façon suffisamment sereine. Pour cela elles ne sauraient se substituer aux explications données oralement par le médecin mais ont l'avantage de constituer un préalable et/ou un prolongement à la consultation.

Visant l'amélioration de nos pratiques, nous nous sommes posés la question du type d'information à fournir, orale seule ou combinée (orale et écrite), de façon à mieux répondre aux patientes et à leur état d'angoisse.

Matériel et Méthode

Conception de la recherche

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, observationnelle menée dans le service des grossesses du CHU d'AMIENS (niveau III).

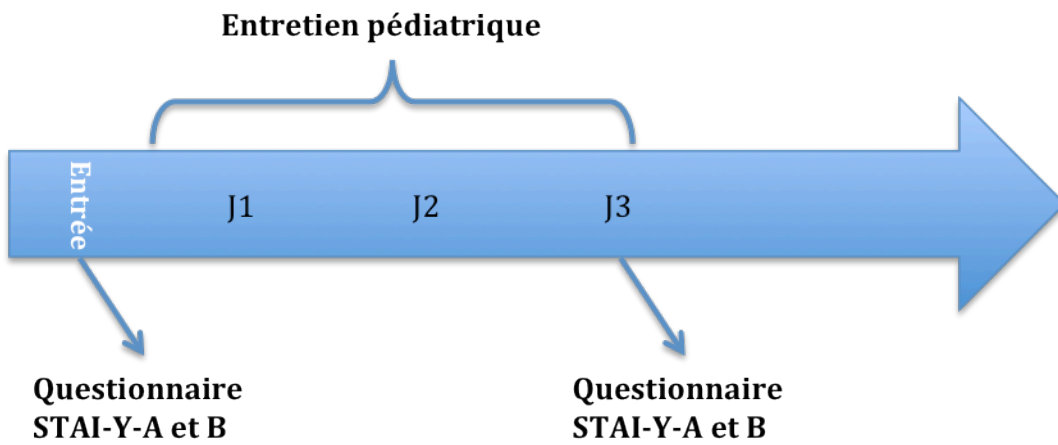
Cette étude a reçu un avis favorable de la sous-commission d'évaluation des recherches non interventionnelles du CHU d'Amiens en Décembre 2014

Cette étude, visant à évaluer l'impact des modalités d'informations délivrées sur la prématurité au cours de l'hospitalisation d'une patiente présentant un risque d'accouchement prématuré, était organisée en deux parties (Figure 2).

La première partie, que nous appellerons « information orale », comportait une période d'inclusion de 6 semaines du 1^{er} décembre 2014 au 12 janvier 2015. A chaque entrée pour menace d'accouchement prématuré, un questionnaire était remis aux patientes permettant l'évaluation de leur état d'angoisse (STAI-Y-A et B). Ensuite, un entretien pédiatrique avait lieu dans les 72h suivant l'entrée, et un questionnaire (STAI-Y-A) était de nouveau remis aux patientes permettant une évaluation de leur état d'angoisse après l'information.

La deuxième partie que nous appellerons « information combinée » comportait une période d'inclusion de 6 semaines du 13 janvier 2014 au 1^{er} mars 2015. Comme en première période, un questionnaire (STAI-Y-A et B) était remis aux patientes puis, après la réponse au questionnaire, complété par un livret d'information sur la prématurité format A5 (Annexe 1). L'entretien pédiatrique, réalisé dans les 72 heures suivant l'entrée, se faisait après s'être assuré que la patiente avait lu le document. Un questionnaire (STAI-Y-A) était de nouveau remis aux patientes évaluant ainsi l'impact de la remise d'un livret d'information à l'entrée.

Partie n°1 : Information orale



Partie n°2 : Information combinée

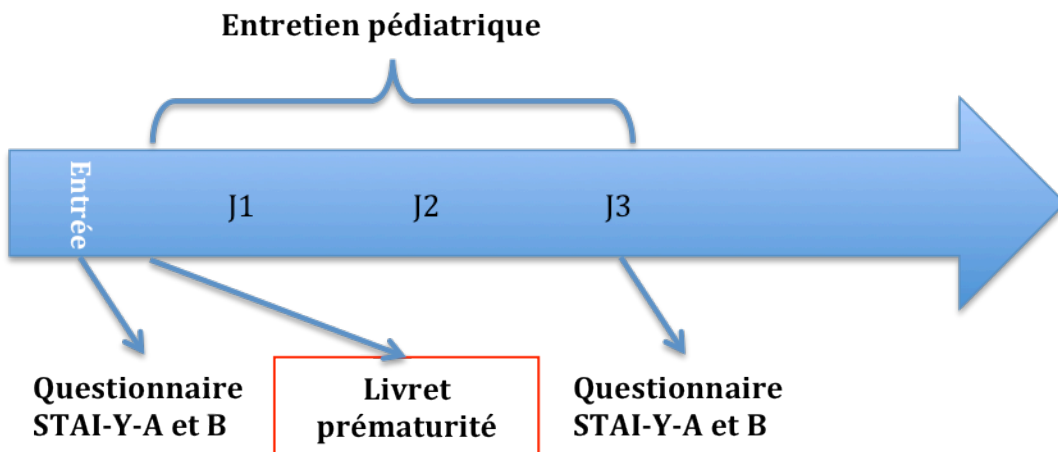


Figure 2 : Conception de l'étude

Population

Les critères d'inclusion étaient :

- une hospitalisation dans le service pour un risque d'accouchement prématuré : rupture prématuré des membranes, modifications cervicales, pré-éclampsie et troubles associés
- un âge gestationnel inférieur à 34 SA.

Les critères d'exclusion étaient :

- la non compréhension du questionnaire (barrière intellectuelle ou barrière de langue)
- la présence d'un fœtus présentant une pathologie ou malformation engageant le pronostic vital,
- un risque d'accouchement imminent,
- une patiente hospitalisée sans risque d'accouchement prématuré (colique néphrétique, équilibre de diabète, pyélonéphrite, etc.).
- une patiente ayant déjà bénéficié d'un entretien pédiatrique (hospitalisation précédente, entretien dans le cadre du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal).

La participation à l'étude était libre, chaque questionnaire pouvait être anonymisé à la demande de la patiente.

Critère d'évaluation : le questionnaire STAI-Y-A et B

Le State Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y) de Spielberger, validé en français par Bruchon-Schweitzer et al [14,15,16,17,39] évalue l'anxiété maternelle. Il a été validé en obstétrique sur une population de patientes en consultation lors du deuxième ou troisième trimestre de grossesse par Newham et al [40]. Ce questionnaire est utilisé en période prénatale principalement au cours d'hospitalisation en grossesse pathologique pour évaluer l'anxiété [33].

Il y a 2 échelles distinctes : une pour évaluer l'anxiété-état (STAI forme Y-A) et une pour évaluer l'anxiété-trait (STAI forme Y-B).

L'échelle d'anxiété-état (AE, STAI-Y-A) comprend 20 items qui permettent de savoir ce que le sujet ressent « à l'instant, à un moment donné ». L'échelle d'anxiété-trait (AT, STAI-Y-B) comprend également 20 items permettant de saisir ce que le sujet ressent « généralement » (Annexes 2 et 3). L'échelle AT différencie les groupes pathologiques par rapport à la population normale. L'échelle AE montre des scores plus élevés en cas de situation de stress, et est surtout particulièrement sensible au changement [14,41].

Pour les 2 questionnaires, il s'agit d'une échelle d'intensité en 4 items évaluant ce que les sujets ressentent pour l'anxiété-état (*non, plutôt non, plutôt oui, oui*) et ce que les sujets ressentent pour l'anxiété-trait (*presque jamais, parfois, souvent, presque toujours*). Chaque réponse à un item du STAI est notée de 1 à 4, « 1 » indiquant le degré d'anxiété le plus faible et « 4 » le degré d'anxiété le plus fort. Pour obtenir le score anxiété-état, on fait la somme des notes obtenues aux 20 items correspondant (item 1 à 20), et de la même façon pour l'anxiété-trait, on fait la somme des notes obtenues aux items 21 à 40. Chaque score peut varier de 20 à 80.

Selon la version française, un score < 45 correspond à une anxiété faible, moyenne entre 46 et 55, forte entre 56 et 65 et très forte au delà de 65.

Dans notre étude, le questionnaire STAI-Y-A nous a permis d'évaluer l'anxiété des patientes avant et après l'information « orale » ou « combinée ».

Le questionnaire STAI-Y-B nous permet de savoir si nos deux groupes de patientes étaient comparables d'un point de vue de l'anxiété au quotidien (anxiété-trait).

Autres critères d'évaluation

Le niveau de stress des patientes a également été pris en compte.

Au moment où les patientes remplissaient les questionnaires STAI-Y-A et B, elles notaient également leur niveau de stress sur une échelle visuelle numérique allant de 1 à 10, sachant que « 1 » est le niveau de stress le plus bas et « 10 » le plus élevé.

L'utilisation d'une échelle type échelle visuelle analogique comme outil de mesure du stress est apparue en 1996 [42]. Le but de cette échelle est de mesurer un ressenti subjectif comme le stress. Cette échelle a été validée notamment dans le cadre de l'évaluation de la mesure du stress au travail [43,44,42].

D'autres critères ont été relevés à l'aide d'une fiche de renseignements remplie par la patiente, comme l'âge maternel et le terme actuel de la grossesse.

Conception du livret

Ce livret a été conçu par les investigateurs de l'étude, s'inspirant des connaissances sur le sujet, des documents remis aux parents par diverses associations (SOS Préma), des questions des parents lors des entretiens précédents.

Il a ensuite été relu et validé par des membres de l'équipe de Médecine Néonatale, extérieurs à l'étude.

La conception graphique a été faite par une personne extérieure à l'étude.

Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel R[®]. Les données qualitatives ont été comparées par test de Chi² et les données quantitatives par un test de rang de Wilcoxon dans l'hypothèse d'une distribution ne suivant pas une loi normale. Le seuil de significativité a été retenu pour une valeur de $p < 0,05$.

Résultats

Population générale

Cinquante-trois patientes ont accepté de participer à notre étude. Le questionnaire n'a pas été proposé à douze patientes qui répondaient aux critères d'exclusion : deux pour barrière linguistique, deux pour information reçue antérieurement, huit pour menace d'accouchement imminent.

La répartition des patientes entre les deux groupes est reprise dans la figure 3.

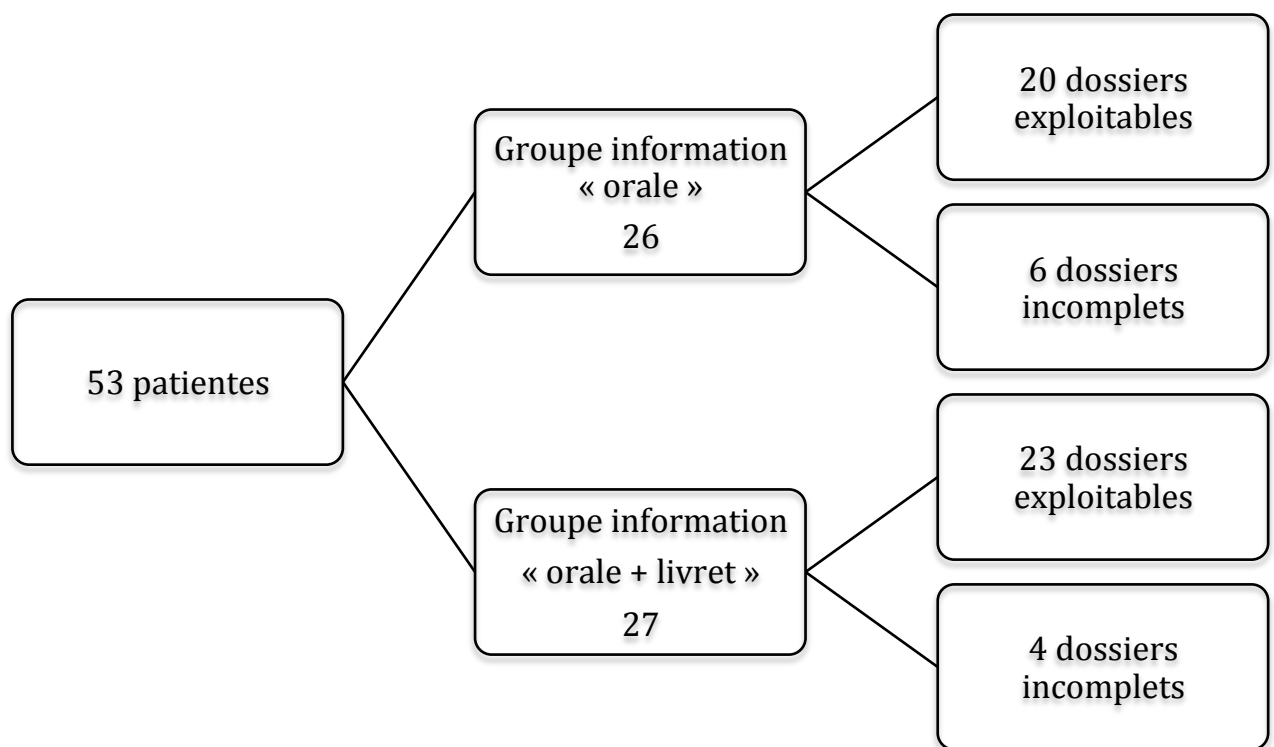


Figure 3 : Répartition de la population de l'étude.

L'âge moyen des patientes était de $27,8 \pm 4,8$ ans. Le terme moyen était de 27 SA et 4 jours (± 2 SA et 4 jours).

Les réponses concernant l'anxiété-trait (STAI-Y-B) donnaient une moyenne de 39 ± 10 . La figure 4 reprend la répartition en fonction des degrés d'anxiété. Le niveau 1 représente un degré d'anxiété légère, le niveau 2 représente une anxiété moyenne, le niveau 3 une anxiété forte et le niveau 4 une anxiété très forte.

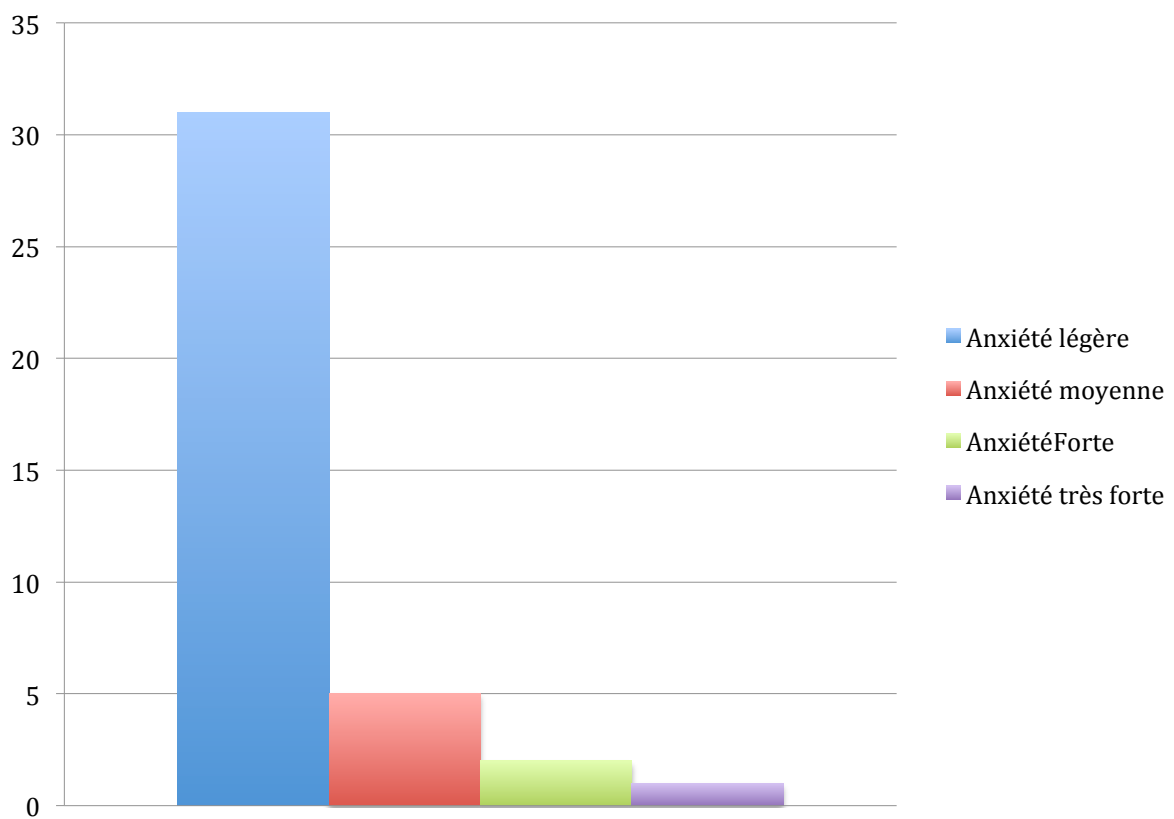


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du degré d'anxiété-trait (STAI-Y-B)

La moyenne des réponses concernant l'anxiété-état (STAI-Y-A) était de 46 ± 13 avec un minimum à 20 et un maximum à 73.

L'information, quelle que soit sa forme, permettait de baisser la moyenne à 40 ± 12 changeant ainsi l'anxiété de moyenne à légère ($p=0,0003$) avec un minimum à 20 et un maximum à 68.

Sur les 43 dossiers exploités, on retrouvait une baisse du niveau d'angoisse dans 76% des cas ($n= 33$).

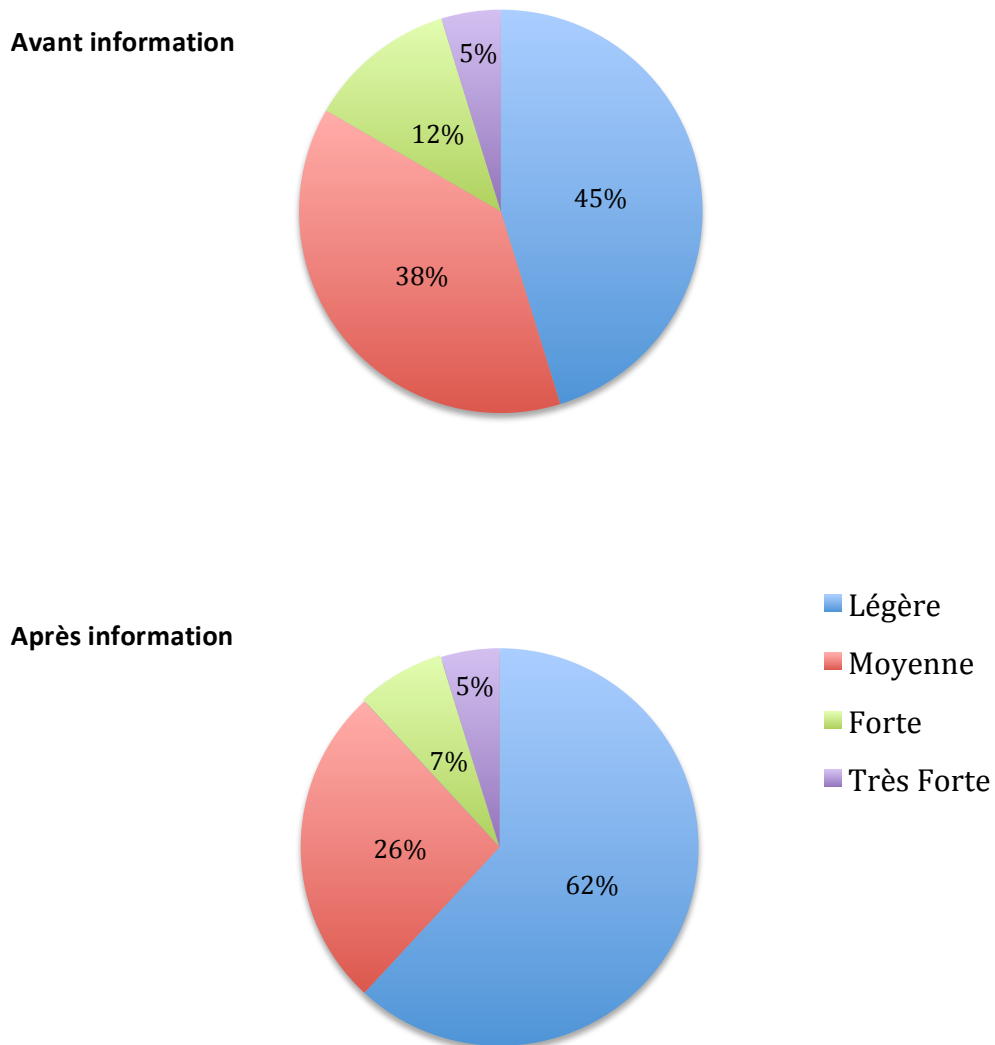


Figure 5 : Répartition des patientes selon le niveau d'anxiété-état (STAI-Y-A) avant et après information

Information orale

Lors de la première partie de l'étude, 26 patientes ont bénéficié d'un entretien pédiatrique prénatal. Parmi ces patientes, 6 avaient un dossier incomplet et n'ont pas pu être incluses.

Les réponses concernant l'anxiété-trait (STAI-Y-B) donnaient une moyenne de $40,1 \pm 10,1$; avec un minimum à 26 et un maximum à 67.

La moyenne des réponses concernant l'anxiété-état (STAI-Y-A) avant information orale était de $42,7 \pm 12,2$; avec un minimum à 20 et un maximum à 62.

En ce qui concerne les résultats après information orale, la moyenne était de $40,2 \pm 11,8$, avec un minimum de 20 et un maximum de 67. C'est résultats étaient à la limite de la significativité ($p = 0,057$).

En ce qui concerne l'échelle numérique de stress elle ne différait pas avant et après l'information, puisque la moyenne avant l'information orale était de $6 \pm 1,6$; et après de $5,8 \pm 1,9$ ($p = 0,48$).

Pour le groupe « information orale », on retrouve donc une tendance à la baisse du niveau d'anxiété-état, par contre le niveau de stress reste identique.

Information combinée

Lors de cette deuxième partie de l'étude, 27 patientes ont bénéficié d'un entretien pédiatrique prénatal associé à la remise d'un livret explicatif sur la prématurité (Annexe 1). Parmi ces patientes, 4 dossiers étaient incomplets et n'ont pas été pris en compte.

Les réponses concernant l'anxiété-trait (STAI-Y-B) donnaient une moyenne de $38,2 \pm 10$ avec un minimum à 26 et un maximum à 67.

La moyenne des réponses concernant l'anxiété-état (STAI-Y-A) avant information combinée était de $46,7 \pm 14$, avec un minimum à 21 et un maximum à 73.

En ce qui concerne les résultats après informations, la moyenne était de 40 ± 14 , avec un minimum de 25 et un maximum de 68.

Ces résultats montrent une chute significative de l'anxiété-état ($p = 0,002$).

Pour l'échelle numérique de stress, la moyenne avant l'information combinée était de $5,5 \pm 2$; après de $4,6 \pm 1,7$. La chute du niveau de stress est elle aussi significative ($p = 0,02$).

L'information combinée permet de diminuer de façon très significative le niveau d'anxiété-état, changeant ainsi l'anxiété de moyenne à légère. Le niveau de stress a également baissé de façon significative.

Comparaison des deux groupes

La première partie des résultats, résumée dans la figure 6, permet de conclure à une chute de l'anxiété après l'information. Cette baisse est significative en cas d'information combinée.

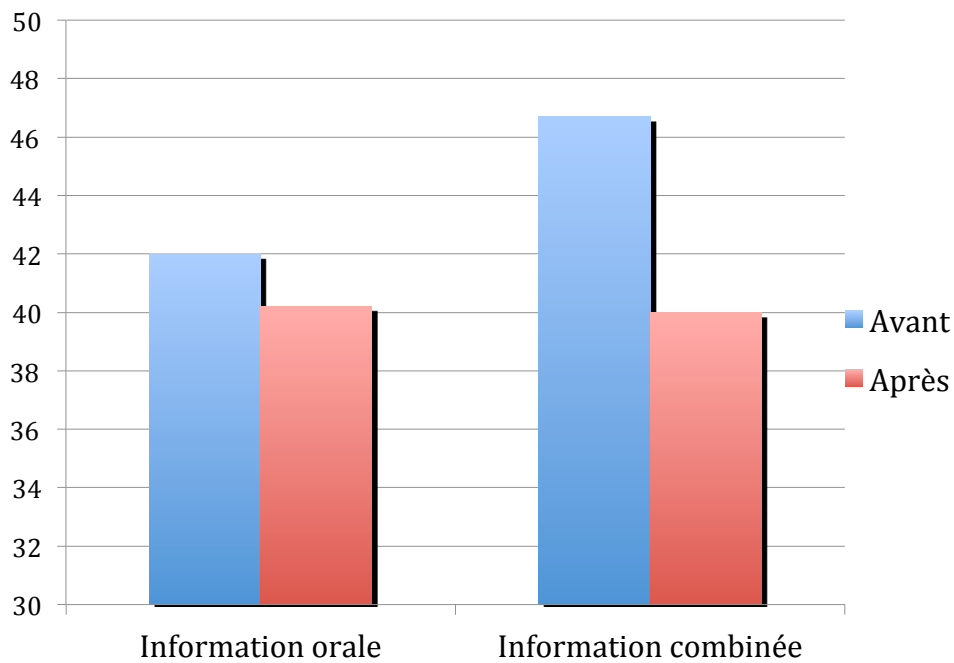


Figure 6 : Comparaison des résultats concernant le niveau d'anxiété-état avant et après information

Les moyennes de STAI-Y-A avant information étant comparables ($p = 0,46$), il semble que l'information combinée soit plus efficace.

Afin de vérifier cette hypothèse, la chute du STAI-Y-A avant et après l'information, a été calculée dans chaque groupe par la formule :

$$(\text{STAI-Y-A avant} - \text{STAI-Y-A après}) = \text{chute.}$$

Les deux groupes ont au préalable été comparés pour s'assurer de leur équivalence au niveau anxiété-trait (STAI-Y-B) et terme (considérant qu'un terme extrême pouvait être un facteur de stress supplémentaire). Les deux groupes « information orale » et « information combinée » étaient strictement comparables comme en témoigne le tableau 1.

	« Information orale »	« Information combinée »	<i>p</i>
Terme	29 SA + 3j (± 2 SA+ 4j)	30 SA (± 2 SA+ 4j)	0,45
STAI-Y-B	40,1 \pm 10,1	38,2 \pm 10	0,5

Tableau 1 : Comparaison des deux groupes concernant le terme des patientes et le niveau d'anxiété-trait.

La moyenne de chute du STAI-Y-A était significativement plus importante dans le groupe « information combinée » comme en témoigne le tableau 2. De la même façon, l'information combinée a permis de faire chuter le niveau de stress de façon plus importante que l'information orale seule.

	« Information orale »	« Information combinée »	<i>p</i>
Chute de STAI-Y-A	2,45 \pm 4,6	7,5 \pm 8,4	0,04
Niveau de stress après information	5,8 \pm 1,9	4,6 \pm 1,7	0,03

Tableau 2 : Comparaison des deux groupes concernant la chute du STAI-Y-A et le niveau de stress

Discussion

Notre étude a montré que l'entretien pédiatrique prénatal associé au livret d'information sur la prématurité baissait de manière plus importante et de façon très significative le niveau d'angoisse et également le niveau de stress en comparaison à l'information orale seule. L'information écrite de type livret explicatif permet de « standardiser » l'information donnée aux patientes et a l'avantage de constituer un préalable à la consultation. Plusieurs études ont démontré que les femmes présentant un risque de prématurité voulaient une description détaillée de la prise en charge de leur enfant et souhaitaient un maximum d'informations [45,46,47,48]. Ceci se confirme dans notre étude puisque c'est dans la partie « information combinée » que se retrouvent les résultats les plus significatifs.

Cependant, l'information, quelle que soit sa forme, permettait de baisser l'anxiété, changeant ainsi l'anxiété de moyenne à légère de façon très significative. De façon générale, on retrouvait une baisse du niveau d'angoisse dans 76% des cas. Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres études [49], comme celle réalisée par Yee et Sauve, et qui retrouvait une diminution de l'anxiété chez 78% de leurs patientes après la consultation prénatale seule [50]. Le néonatalogiste est une source d'information précieuse pour la femme enceinte. L'entretien pédiatrique prénatal a déjà montré ses multiples avantages et son importance dans plusieurs publications [36,51,52]. L'information fournie lors de cet entretien représente la base de l'information sur la prématurité. Les pédiatres ont un devoir d'information auprès des futures mères et d'autant plus si ces patientes présentent un risque d'accouchement prématuré. Il est essentiel que ces futures mères soient au courant des différents types de prise en charge de leur enfant et également du pronostic. Plusieurs études [50,53] ont suggéré que les patients avaient besoin d'une discussion franche, ouverte et que même dans les situations d'incertitude, ils étaient plus satisfaits de la communication médecin-patient si les médecins étaient en mesure de partager des informations sur l'incertitude de la situation mais également sur les possibles séquelles. L'information la plus utile pour les parents est celle qui leur permet de retrouver un certain contrôle. Impliquer les parents dans la prise en charge future de leur enfant contribue à augmenter le sentiment de contrôle mais également à diminuer les sentiments de stress [54,46,55,56]. Thornton et al [49] ont comparé les effets bénéfiques sur l'anxiété des patientes d'une information sur les procédures de dépistage prénatal dont la présentation était faite de façon variable. Soit les informations sur le dépistage étaient données individuellement lors d'une consultation obstétricale générale (groupe 1), soit l'information

était donnée collectivement au cours d'une session spéciale (groupe2), ou bien elle était donnée individuellement mais de façon plus détaillée que dans le premier groupe, au cours d'une session spéciale (groupe 3). Il se dégageait de cette étude que les femmes des groupes 2 et 3 étaient plus satisfaites de l'information offerte et leur compréhension des procédures de dépistage était supérieure. De plus, dans la suite de la grossesse, les patientes du groupe 3, ayant bénéficié d'une information individualisée, montraient un niveau moyen d'anxiété inférieur à celui des deux autres groupes. Un surplus de transparence dans l'information semble donc bénéfique et non anxiogène à long terme.

Il ne faut cependant pas sous-estimer l'impact que peuvent avoir ces informations sur ces patientes et éventuellement sur le déroulement de leur grossesse. La première cause d'anxiété face à une situation nouvelle est précisément sa nouveauté, son caractère étrange. Cette anxiété se majore encore en cas de difficultés ou d'impossibilité à pouvoir échanger avec d'autres personnes ayant été confrontées à la même expérience.

Le contact avec le pédiatre est alors essentiel pour ces patientes, qui sont généralement dans une grande angoisse et ont besoin de soutien. Dans une étude évaluant l'impact de l'entretien pédiatrique parue en 2011 [55], les patientes estimaient que les équipes médicales pouvaient, grâce à cet entretien, identifier les besoins de chaque femmes, répondre à leurs questions et offrir un soutien adéquat, les aidant ainsi à développer des stratégies les préparant au mieux à la naissance prématuré de leur enfant. L'entretien pédiatrique prénatal, qui permet de fournir une information claire, objective et adaptée sur la prématurité est considéré comme un moment bénéfique et réconfortant [57]. Dans notre étude, la baisse du STAI-Y-A de 46 à 40 atteste de ce côté réconfortant. L'entretien pédiatrique aide à diminuer le stress des parents en fournissant des renseignements adaptés, du soutien, les aidant à mobiliser leurs ressources face à leur peur et l'incertitude. Dans une autre étude réalisée par Paul et al [45], 71% des mères avait déclaré être « réconforté par la consultation ». Cet entretien avec le pédiatre peut également être considéré comme une forme de soutien pour les patientes (soutien psychologique, social, émotionnel). Wortman [58] lors d'une étude sur le soutien social et le cancer, avait suggéré que le contact et la discussion lors des consultations avec les médecins servaient de moyen de soutien émotionnel et social. Comme le terme stress, le mot soutien social recouvre dans la littérature une grande diversité de définition. Ainsi il peut être défini comme une transaction interpersonnelle qui inclut : le soutien émotionnel, l'aide

instrumentale, l'information De nombreux travaux portent sur une intervention de soutien psychosocial dans la prévention de la survenue de complications de la grossesse [30,59,60]. On comprend dans ce contexte toute l'importance à accorder à cette partie du travail du pédiatre en maternité.

Par manque de temps, mais également par une méconnaissance des effets délétères de l'état émotionnel de la future mère sur sa grossesse et le développement de son enfant, les professionnels ne s'intéressent que peu à la manière dont ces femmes vivent ce parcours médical avec ses doutes et ses peurs. Or, de très nombreux travaux portent sur une intervention de soutien psychosociale dans la prévention de la survenue de complications de la grossesse, de la dépression du post-partum, ou des perturbations dans la relation mère-enfant [57,27,60]. En 2013, Lederman R.P [61] a évalué l'expérience et le ressenti des femmes hospitalisées pour un risque d'accouchement prématuré. Cet auteur avait conclu qu'une équipe médicale spécialisée prête à écouter les patientes et les informer pouvait jouer un rôle crucial dans la façon dont les parents s'adaptent à cette grossesse à haut risque. Le temps passé avec le pédiatre peut donc servir à dépister à temps les patientes les plus à risque de troubles anxieux majeurs de façon à leur apporter un soutien psychologique adapté. Dans notre étude 2 patientes présentait une anxiété forte et 1 une anxiété très forte. Même si ce nombre est peu élevé, il est important d'en tenir compte. Dans l'idéal, il serait utile de réaliser des entretiens conjoints avec des psychologues et également de disposer de plages horaires suffisantes pour optimiser le temps de communication avec les patientes.

La petite taille de notre échantillon limite la puissance de notre étude. Certains résultats pourraient devenir significatifs avec un effectif plus grand et permettre de conclure à une utilité de l'entretien pédiatrique seul, comme en témoignent d'autres études de la littérature [51,45,36]. Pour limiter les biais liés aux changements de pratique et de recrutement, le choix d'une inclusion sur deux fois six semaines a été fait. Cela explique le faible effectif. Il serait intéressant de poursuivre cette étude en augmentant l'effectif mais nos résultats montrent de façon formelle l'importance pour ces patientes de bénéficier de ces renseignements et de ce temps privilégié avec le pédiatre.

Le nombre de médecins impliqués dans la réalisation des entretiens pédiatriques est de cinq. Certaines études ont montré que suivant la qualité des renseignements fournis lors d'une consultation prénatale, et surtout si les informations sont imprécises, inexacts ou

discordantes, l'impact sur l'anxiété de la patiente peut être important [38]. Ces pédiatres avaient tous reçus la même formation initiale : on peut considérer que l'impact sur les résultats est donc faible. Des entretiens pédiatriques réalisés par un seul pédiatre, afin d'avoir le même type d'information pour chaque patiente, semble difficile à mettre en place en pratique. Par contre, il pourrait être utile d'adapter le contenu des entretiens, en proposant par exemple aux équipes médicales une formation adéquate. Un entraînement spécialisé des professionnels de santé améliorerait le contenu et la forme de l'information, ainsi que de sa bonne compréhension par la patiente. De plus, la gestion de l'anxiété de ces patientes, aussi difficile soit-elle, n'est pratiquement jamais abordée lors des formations initiales. Cela entraîne pour les praticiens des difficultés qu'ils auront à surmonter seuls dans la plupart des cas. Il a ainsi été montré par Marteau et al [62] dans le cadre de consultation de diagnostic prénatal, que la formation des praticiens à partir de discussions autour d'enregistrements vidéo de consultations types, d'évaluation des différents modes de présentation des tests de dépistage prénatals, permettaient d'améliorer la compétence de communication du praticien lors de consultations prénatales [62,38]. Marteau [62] a également élaboré d'autres pratiques afin de réduire encore d'avantage l'anxiété des patientes liée au diagnostic prénatal. Il a établi des grilles de questions-réponses utilisées pour cibler l'information qui sera délivrée aux patientes dans le domaine du diagnostic prénatal. Ces grilles avaient été établies en colligeant les questions les plus fréquemment posées aux médecins dans ce domaine. Les grilles étaient remises aux patientes lors de leur attente avant la consultation. Ce type d'orientation avait ainsi permis à l'équipe de Marteau d'optimiser le transfert d'informations réduisant par là même l'anxiété des patientes avant un prélèvement fœtal. On peut donc envisager qu'un questionnaire remis préalablement à l'entretien, et évaluant les connaissances des patientes permettrait de concentrer l'information sur les points les moins bien compris par la consultante [63]. Cette information orale aurait alors l'avantage de pouvoir être adaptée au cas par cas en fonction des connaissances préalables des patientes, de leur terme [62].

Conclusion

Le mode d'information le plus adapté aux patientes hospitalisées pour un risque d'accouchement prématuré est donc celui qui combine l'entretien pédiatrique prénatal et le livret explicatif sur la prématurité. On peut donc envisager une généralisation du livret d'information sur la prématurité avec une remise systématique à toutes les patientes hospitalisées.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude avec une évaluation d'autres types d'informations comme la visualisation par les patientes de photographies ou de film retraçant le parcours d'un enfant prématuré ou l'apport de matériel au lit de la patiente tel que des sondes d'intubations, des sondes naso-gastriques.

Cependant malgré toutes ces formes de renseignement sur la prématurité, rien ne peut remplacer l'entretien pédiatrique et la relation médecins-patientes...

Bibliographie

1. Lacroze, V. Prématurité : définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins. *J. Pédiatrie Puériculture* **28**, 47–55 (2015).
2. (Inserm), I. national de la santé et de la recherche médicale. *Grande prématurité : Dépistage et prévention du risque*. (Les éditions Inserm, 1997). at <<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/204>>
3. Rozé, J.-C., Muller, J.-B., Baraton, L. & Cailleaux, G. Point sur la grande prématurité en 2007. *Réanimation* **16**, 408–412 (2007).
4. Ancel, P.-Y., Goffinet, F. & EPIPAGE 2 Writing Group. EPIPAGE 2: a preterm birth cohort in France in 2011. *BMC Pediatr.* **14**, 97 (2014).
5. Challis, J. R. *et al.* Understanding preterm labor. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **943**, 225–234 (2001).
6. Ancel, P.-Y. *et al.* Survival and Morbidity of Preterm Children Born at 22 Through 34 Weeks' Gestation in France in 2011: Results of the EPIPAGE-2 Cohort Study. *JAMA Pediatr.* (2015). doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3351
7. Ancel, P.-Y. La grande prématurité en 2008 : questions et perspectives de recherche. *Arch. Pédiatrie* **15**, 598–601 (2008).
8. Saigal, S., Pinelli, J., Streiner, D. L., Boyle, M. & Stoskopf, B. Impact of extreme prematurity on family functioning and maternal health 20 years later. *Pediatrics* **126**, e81–88 (2010).
9. Gallois, T., Wendland, J. & Tordjman, S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature. *L'Évolution Psychiatr.* **77**, 291–301 (2012).
10. Gunter, L. M. Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. A comparative study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **86**, 333–340 (1963).
11. Legendre, G. *et al.* [Psychology and pregnancy loss.]. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)* **43**, 908–917 (2014).
12. Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R. & Visser, G. H. A. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiol. Aging* **24**, Supplement 1, S53–S60 (2003).
13. Mamelle, N. Interaction entre facteurs psychologiques chez la femme enceinte et accouchement prématuré. *J. Pédiatrie Puériculture* **3**, 431–435 (1990).
14. Poirot, I. Méthodes d'évaluation des troubles anxieux (2e partie). *Médecine Sommeil* **2**, 37–40 (2005).
15. Spielberger, C. D., Bruchon-Schweitzer, M. & Paulhan, I. *Inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y): [manuel]*. (Ed. du Centre de psychologie appliquée, 1993).
16. Gauthier, J. & Bouchard, S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. [A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory.]. *Can. J. Behav. Sci. Can. Sci. Comport.*

25, 559–578 (1993).

17. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. (1970). at <<http://ubir.buffalo.edu/xmlui/handle/10477/2895>>

18. Servant, D. in *Gestion du Stress et De L'anxiété (3e édition)* (ed. Servant, D.) 51–72 (Elsevier Masson, 2012). at <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713125000041>>

19. Glover, V. Maternal stress or anxiety during pregnancy and the development of the baby. *Pract. Midwife* **2**, 20–22 (1999).

20. Lazarus, R. S. Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. *Int. J. Psychiatry Med.* **5**, 321–333 (1974).

21. Graignic-Philippe, R. & Tordjman, S. Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Arch. Pédiatrie* **16**, 1355–1363 (2009).

22. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité - Monique Bydlowski.* at <<http://www.decitre.fr/livres/la-dette-de-vie-9782130570448.html>>

23. Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S. & Delfosse, S. Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. *Devenir* **20**, 151–171 (2008).

24. Lee, A. M. *et al.* Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet. Gynecol.* **110**, 1102–1112 (2007).

25. Dayan, J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* **36**, 549–561 (2007).

26. Sutter, A.-L., Lacaze, I., Loustau, N., Paulais, J.-Y. & Glatigny-Dallay, E. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* **163**, 524–528 (2005).

27. Gaugue-Finot, J., Devouche, E., Wendland, J. & Varescon, I. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **58**, 441–447 (2010).

28. Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. & Costa, R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J. Affect. Disord.* **119**, 142–148 (2009).

29. Graignic-Philippe, R. *et al.* Le stress prénatal : état de la question et perspectives. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **53**, 54–61 (2005).

30. Vendittelli, F. & Lachcar, P. Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* **30**, 503–513 (2002).

31. Mulder, E. J. H. *et al.* Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum. Dev.* **70**, 3–14 (2002).

32. Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R. & Visser, G. H. A. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiol. Aging* **24**, Supplement 1, S53–S60 (2003).

33. Bocquet, C. & Deruelle, P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* **43**, 587–592 (2014).
34. Gamba Szijarto, S. *et al.* État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **57**, 385–391 (2009).
35. Morisod-Harari, M., Borghini, A., Hohlfeld, P., Forcada-Guex, M. & Muller-Nix, C. Influence d'une hospitalisation prénatale sur les facteurs de stress parentaux lors d'une naissance prématurée. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* **42**, 64–70 (2013).
36. Halamek, L. P. The advantages of prenatal consultation by a neonatologist. *J. Perinatol. Off. J. Calif. Perinat. Assoc.* **21**, 116–120 (2001).
37. Friedman, S., Flidel-Rimon, O., Lavie, E. & Shinwell, E. S. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr. Oslo Nor.* **1992** **93**, 775–778 (2004).
38. Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., de Poncheville, L., Lansac, J. & Body, G. Anxiété maternelle induite par les techniques de diagnostic prénatal : reconnaissance et prise en charge. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* **29**, 440–446 (2001).
39. Vagg, P. R., Spielberger, C. D. & O'Hearn Jr, T. P. Is the state-trait anxiety inventory multidimensional? *Personal. Individ. Differ.* **1**, 207–214 (1980).
40. Newham, J. J., Westwood, M., Aplin, J. D. & Wittkowski, A. State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies. *J. Affect. Disord.* **142**, 22–30 (2012).
41. Paulhan, I., Bruchon-Schweitzer, M. & Bourgeois, M. Les méthodes d'évaluation de l'anxiété. *Confront. Psychiatr.* 261–272 (1995).
42. Lesage, F.-X. & Chamoux, A. Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail : limites et perspectives. *Revue de la littérature. Arch. Mal. Prof. Environ.* **69**, 667–671 (2008).
43. Lesage, F.-X., Chamoux, A. & Berjot, S. Stabilité de l'échelle visuelle analogique dans l'évaluation du stress. *Arch. Mal. Prof. Environ.* **70**, 619–622 (2009).
44. Lesage, F.-X., Legrand, F., Deschamps, F. & Berjot, S. Validation des mesures par EVA : considérations méthodologiques. *Arch. Mal. Prof. Environ.* **72**, 246–251 (2011).
45. Paul, D. A., Epps, S., Leef, K. H. & Stefano, J. L. Prenatal consultation with a neonatologist prior to preterm delivery. *J. Perinatol. Off. J. Calif. Perinat. Assoc.* **21**, 431–437 (2001).
46. Keenan, H. T., Doron, M. W. & Seyda, B. A. Comparison of mothers' and counselors' perceptions of predelivery counseling for extremely premature infants. *Pediatrics* **116**, 104–111 (2005).
47. Perlman, N. B. *et al.* Informational needs of parents of sick neonates. *Pediatrics* **88**, 512–518 (1991).
48. Haward, M. F., John, L. K., Lorenz, J. M. & Fischhoff, B. Effects of description of options on parental perinatal decision-making. *Pediatrics* **129**, 891–902 (2012).

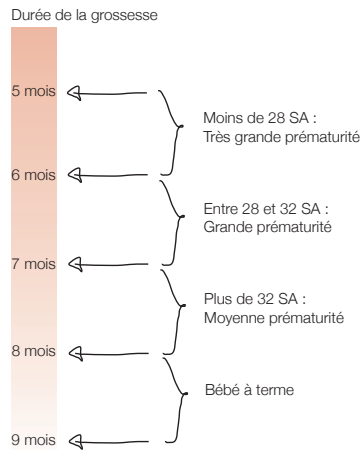
49. Thornton, J. G., Hewison, J., Lilford, R. J. & Vail, A. A randomised trial of three methods of giving information about prenatal testing. *BMJ* **311**, 1127–1130 (1995).
50. Yee, W. H. & Sauve, R. What information do parents want from the antenatal consultation? *Paediatr. Child Health* **12**, 191–196 (2007).
51. Friedman, S., Flidel-Rimon, O., Lavie, E. & Shinwell, E. S. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr. Oslo Nor. 1992* **93**, 775–778 (2004).
52. Gold, F., Blond, M.-H., Lionnet, C. & De Montgolfier, I. in *Pédiatrie en maternité (3e édition)* (ed. Montgolfier, F. G.-H. B. L. D.) 335–348 (Elsevier Masson, 2009). at <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294084768500105>>
53. Gordon, G. H., Joos, S. K. & Byrne, J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ. Couns.* **40**, 59–65 (2000).
54. Shellabarger, S. G. & Thompson, T. L. The critical times: meeting parental communication needs throughout the NICU experience. *Neonatal Netw. NN* **12**, 39–45 (1993).
55. Gaucher, N. & Payot, A. From powerlessness to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatr. Child Health* **16**, 638–642 (2011).
56. Brazy, J. E., Anderson, B. M., Becker, P. T. & Becker, M. How parents of premature infants gather information and obtain support. *Neonatal Netw. NN* **20**, 41–48 (2001).
57. Capponi, I., Bacro, F. & Boudoukha, A. H. Effets différentiels des types de soutien social sur l’anxiété maternelle périnatale. *Bull. Psychol.* **525**, 209–224 (2013).
58. Wortman, C. B. Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. *Cancer* **53**, 2339–2362 (1984).
59. Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V. & Holzappel, S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* **25**, 247–255 (2004).
60. Mamelle, N., Segueilla, M., Munoz, F. & Berland, M. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor—The benefits of psychologic support. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **177**, 947–952 (1997).
61. Lederman, R. P. *et al.* Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sex. Reprod. Healthc.* **4**, 133–138 (2013).
62. Marteau, T. M. Towards informed decisions about prenatal testing: a review. *Prenat. Diagn.* **15**, 1215–1226 (1995).
63. Marteau, T. M., Johnston, M., Plenicar, M., Shaw, R. W. & Slack, J. Development of a self-administered questionnaire to measure women’s knowledge of prenatal screening and diagnostic tests. *J. Psychosom. Res.* **32**, 403–408 (1988).

ANNEXE 1 : Livret d'information format A5, recto verso.

La Prématurité, qu'est-ce que c'est ?

On parle de prématurité lorsque bébé naît avant 37 SA.

Il existe plusieurs stades dans la prématurité :



Tous les organes vitaux des prématurés sont présents mais immatures. Bébé est fragile.

Réalisé par C & E Dekens, ainsi que le Service de Médecine Néonatale du CHU d'Amiens.

La Prématurité

Repères essentiels pour mieux comprendre



CHU
AMIENS
PICARDIE



Les Poumons

Ils sont immatures.

Les corticoïdes aident à la maturation.
Bébé peut avoir besoin de surfactant pour aider les poumons à s'ouvrir.

Il existe plusieurs possibilités en fonction du terme de bébé et de son état général :

L'intubation, sonde qui passe par le nez et va jusqu'aux poumons.
Le MIST : petite sonde souple introduite jusqu'aux poumons et retirée après l'administration du surfactant.

L'infant-Flow, masque placé sur le nez de bébé et amenant de l'air ou de l'oxygène.

Les lunettes nasales à oxygène.

La respiration sera surveillée par la mesure de la saturation. Il s'agit du taux d'oxygène dans le sang.



Le Cœur

Le cœur peut parfois nécessiter de l'aide pour battre : médicaments, massage cardiaque, etc...

Le cœur sera surveillé par le scope : 3 patches qui enregistrent la fréquence cardiaque.



La Température

Bébé ne peut pas réguler sa température seul, il est trop petit.

En salle de naissance, il sera placé dans une poche transparente afin qu'il n'ait pas froid.

Dans le service, bébé sera dans une couveuse qui lui apportera de la chaleur et de l'humidité.



L'alimentation

Avant 34 SA, bébé ne sait pas boire tout seul, il lui faut de l'aide.

On le nourrit via un tuyau appelé sonde naso-gastrique, de la taille d'un spaghetti. Cette sonde apporte le lait jusqu'à son estomac.

Le seul lait toléré par les enfants prématurés est le lait humain. Cela pourra être le vôtre si vous le souhaitez ou du lait provenant de dons.



L'allaitement

C'est possible mais différent.

Au départ, les mamans utilisent le tire-lait.

Certaines mamans peuvent allaiter leur bébé né prématurément une fois rentré à la maison.

Le retour à la maison pourra être envisagé à partir du moment où bébé a atteint la date du terme.

ANNEXE 2 : Questionnaire STAI-Y-A

N°

Madame,

Afin de nous aider à améliorer l'entretien pédiatrique lors de votre hospitalisation en grossesses à risques, nous vous sollicitons pour recueillir votre ressenti avant cet entretien.

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 colonnes de droite, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
3. Je suis tendu(e), crispé(e)				
4. Je me sens surmené(e)				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8. Je me sens content(e)				
9. Je me sens effrayé(e)				
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)				
11. Je sens que j'ai confiance en moi				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
14. Je me sens indécis(e)				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)				
16. Je suis satisfait(e)				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				

Questionnaire d'Auto-Évaluation STAI-Y-A de C.D. Spielberger et Al.

ANNEXE 3 : Questionnaire STAI-Y-B

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 colonnes de droite, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **HABITUELS**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable				
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)				
23. Je me sens content(e) de moi				
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres				
25. J'ai un sentiment d'échec				
26. Je me sens reposé(e)				
27. J'ai tout mon sang-froid				
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
30. Je me sens heureux (heureuse)				
31. J'ai des pensées qui me perturbent				
32. Je manque de confiance en moi				
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
34. Je prends facilement des décisions				
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
36. Je suis satisfait(e)				
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
39. Je suis une personne posé(e), solide, stable				
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

Questionnaire d'Auto-Evaluation STAI-Y-B de C.D. Spielberger et Al.