



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON

**PRATIQUES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE D'ENTRETIEN
PRENATAL PRECOCE ET INFLUENCE DU DOMAINE D'EXERCICE**

Mémoire présenté par Madeline DESGRANGES

Née le 27 juin 1993

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2017

**PRATIQUES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE D'ENTRETIEN
PRENATAL PRECOCE ET INFLUENCE DU DOMAINE D'EXERCICE**

Mémoire présenté par Madeline DESGRANGES

Née le 27 juin 1993

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2017

Remerciements

Je tiens à remercier

Mme Bonnin, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire, pour le temps consacré à relire mon travail, ainsi que ses remarques pertinentes.

Mme Deville, sage-femme libérale et expert thématique, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et ses encouragements.

Toutes les sages-femmes qui ont participé à l'élaboration de mon mémoire et pris le temps de répondre à mon enquête.

Ma famille, mes sœurs, pour leur présence et leur réconfort.

Ma mère, pour sa patience et toutes les heures passées à m'aider.

Mes amies de promotion, pour leur soutien et tous les bons moments passés à leurs côtés.

Ma promotion et l'équipe des sages-femmes enseignantes, pour avoir contribué à ma formation.

GLOSSAIRE

AFREE : Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement

ARS : Agence Régionale de Santé

CNIL : Commission Nationale d'Informatique et des Libertés

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

EPP : Entretien prénatal précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

SF : Sage-femme

SFO : Sage-femme d'Orientation

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. CADRE DE L’EPP ET PROBLEMATIQUE.....	2
1.1 L’Entretien Périnatal Précoce	2
1.1.1 Définition.....	2
1.1.2 Etat des lieux en France	3
1.1.3 Les sages-femmes et l’EPP : rôle spécifique et formation	4
1.2 Plan périnatalité 2005-2007	4
1.2.1 Place de l’EPP dans la périnatalité	4
1.2.2 Objectifs de l’EPP définis par la HAS en 2005	5
1.3 Problématique.....	6
2. ETUDE.....	8
2.1 Méthodologie.....	8
2.1.1 Objectifs de l’étude	8
2.1.2 Hypothèses de recherche.....	8
2.1.3 Collectes des données.....	8
2.2 Résultats.....	9
2.2.1 Caractéristiques générales de la population.....	9
2.2.2 Cadre et conditions de l’entretien	12
2.2.4 Sujets abordés durant l’entretien	15
3. ANALYSE ET DISCUSSION.....	20
3.1 Forces et limites de l’étude	20
3.1.1 Forces de l’étude	20
3.1.2 Limites de l’étude.....	20
3.2 Synthèse des résultats principaux.....	21
3.2.1 Hypothèse n°1 : Il existe des différences de pratiques dans la conduite de l’entretien en fonction du domaine d’exercice de la sage-femme.....	21
3.2.2 Hypothèse n°2 : Les réalités d’exercice des sages-femmes influent sur les thèmes abordés durant l’EPP.....	27
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE.....	34

INTRODUCTION

La Haute Autorité de Santé a publié en 2005 des recommandations pour la conduite de l'entretien prénatal précoce et a défini ses objectifs (1), (Annexe III).

Cet entretien se veut personnalisé et adapté au contexte de chaque patiente.

Il s'agit d'un temps d'échange et d'écoute, durant lequel la femme ou le couple peut évoquer ses attentes par rapport à la grossesse, son projet de naissance, la parentalité. Il permet d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation quant à l'arrivée de l'enfant.

L'EPP peut être mené par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien. La durée imposée par les recommandations HAS est de 45 minutes minimum (1). Cet entretien représente la première des 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, et bénéficie donc d'une cotation particulière dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Assez peu d'études sur l'entretien prénatal précoce interrogent les sages-femmes. Certains professionnels de santé ne parlent de cet entretien qu'aux femmes en difficulté, et les objectifs de l'entretien ne sont pas toujours bien connus.

C'est pourquoi, j'ai voulu observer s'il existait des différences de pratiques dans la conduite de l'EPP en fonction du domaine d'exercice de la sage-femme : hospitalier, protection maternelle et infantile, libéral.

Tout d'abord, je me suis intéressée au cadre et aux conditions dans lesquels était mené l'entretien prénatal. Ensuite, je me suis attachée à connaître quels étaient les sujets abordés durant l'EPP. Enfin, je me suis appliquée à savoir si les sages-femmes se référaient aux recommandations de l'entretien prénatal précoce, définies par la HAS en 2005 (1).

1. CADRE DE L’EPP ET PROBLEMATIQUE

1.1 L’Entretien Périnatal Précoce

1.1.1 Définition

Lorsque les résultats de l’Enquête Nationale Périnatale de 2003 ont été publiés, les professionnels autour de la grossesse ont remarqué que l’accompagnement psycho-social et l’aspect relationnel de la grossesse étaient souvent négligés (2).

La notion d’entretien périnatal précoce est apparue en janvier 2004 dans un rapport publié par la pédopsychiatre Françoise Molénat (3). Ce rapport a servi de socle à l’établissement du Plan Périnatalité de 2005-2007 (4).

Dans sa publication, F. Molénat souligne l’importance d’assurer la sécurité émotionnelle des femmes enceintes : « *une meilleure prise en compte de l’environnement psychologique de la naissance* » (3). En facilitant la prise en compte des troubles physiques, émotionnels et sociaux de la période périnatale, l’EPP offre aux futurs parents une ouverture vers un accompagnement personnalisé.

L’entretien périnatal vise à prévenir les difficultés psychiques de la grossesse et à identifier les situations de vulnérabilité chez les futurs parents. Il peut ainsi permettre d’anticiper les troubles de l’instauration du lien parent/enfant et d’identifier les facteurs susceptibles de nuire à la santé et la sécurité de l’enfant.

Pour les professionnels du réseau périnatal, c’est un moyen d’assurer la continuité des soins et de coordonner les actions de prévention autour de la femme enceinte.

Cadre légal

Les articles L 2112- 2 et L-2122-1 du Code de la Santé Publique ont été modifiés par la loi du 14 mars 2016 relative à la Protection de l’Enfant. Dans l'article L. 2112-2, il est stipulé qu’il s’agit d’un entretien: « *périnatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse* ». L'article L. 2122-1 est complété par : « *Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme propose systématiquement à la femme enceinte un entretien périnatal précoce dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer avec elle ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse* » (5).

Spécificités de l'EPP

L'EPP est un des rares actes où une notion de durée d'au moins 45 minutes est imposée. Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et doit être proposé systématiquement dès la déclaration de grossesse (6).

L'entretien prénatal est un entretien semi directif, qui ne se substitue pas aux consultations médicales de suivi de grossesse. Il ne doit pas non plus être considéré comme un entretien psychosocial.

La spécificité de l'EPP se situe dans l'échange et l'écoute, pour permettre à la femme enceinte ou au couple d'exprimer ses attentes et ses besoins concernant la grossesse, la maternité et la parentalité. Il est aussi l'occasion de faire réfléchir le couple sur son projet de naissance et sur la manière dont les parents souhaitent accueillir leur futur bébé (7).

1.1.2 Etat des lieux en France

D'après les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, l'entretien prénatal précoce restait encore peu pratiqué, car seulement 21% des femmes déclaraient en avoir bénéficié. Parmi elles, nous comptons 30,7 % de primipares et 14,3 % de multipares. Ce taux de participation limité pouvait s'expliquer par des difficultés dans la mise en place et dans l'organisation de ce dispositif, ainsi qu'un faible nombre de professionnels formés (8).

Une étude du réseau périnatal Aurore publiée en 2008, montrait que l'âge gestationnel moyen de réalisation de l'entretien était de 27,6 semaines d'aménorrhée (9).

Dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (8), les sages-femmes représentaient 95,4% des professionnels réalisant des EPP. Parmi les sages-femmes, les hospitalières étaient celles qui menaient la majorité des entretiens, suivies par les libérales, et par les SF de PMI. Les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens n'effectuaient respectivement que 1% et 3,6% des entretiens.

Les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (8), ont également mis en évidence le fait que de plus en plus de pères souhaitaient s'investir et être acteurs de la grossesse de leur compagne. Aussi, les pères sont encouragés à participer à l'entretien prénatal précoce, afin de renforcer leur rôle dans la parentalité et dans l'accueil de l'enfant à naître.

1.1.3 Les sages-femmes et l'EPP : rôle spécifique et formation

Dans un article publié par l'INPES, F Molénat insiste sur la spécificité de la profession de sage-femme et met l'accent sur le point suivant : « *L'idée est que l'Entretien soit mené par un professionnel médical de la grossesse et non par un professionnel du psychosocial, psychologue ou assistante sociale* » (10).

A ce titre, la sage-femme est un interlocuteur privilégié pour la femme enceinte. De par sa formation, elle possède des connaissances précises sur la physiologie et la psychologie de la grossesse. Par ailleurs, la place qu'elle occupe auprès de la femme enceinte lui permet de créer une vraie relation de proximité. La sage-femme peut donc être considérée comme un des professionnels le mieux habilité pour établir des liens de confiance avec la parturiente.

Les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens sont aussi habilités à conduire un entretien prénatal précoce.

Cette conduite d'entretien requiert néanmoins des compétences différentes de celles des consultations médicales de suivi de grossesse, car il est essentiel de pouvoir être à l'écoute des attentes des femmes et des couples. Pour accéder au ressenti de la personne, il est nécessaire de développer des compétences en terme de communication, d'empathie, d'accueil de la parole, d'écoute active et objective.

L'intérêt de se former, afin de mener au mieux l'EPP est donc indéniable. D'après le référentiel de l'association AFREE (11), la formation à l'EPP offre la possibilité de renforcer ses qualités relationnelles et de s'inscrire dans un projet de collaboration interprofessionnelle.

Voici les principaux objectifs de la formation : tisser un réseau professionnel de proximité, apprendre à dépister les situations de vulnérabilité, savoir se faire soutenir par d'autres professionnels, aider le couple à construire son projet de naissance et connaître l'organisation du réseau périnatal régional.

1.2 Plan périnatalité 2005-2007

1.2.1 Place de l'EPP dans la périnatalité

L'entretien prénatal précoce était l'une des priorités principales du Plan Périnatalité 2005-2007 (4). Ce plan était défini par quatre axes principaux : « *Humanité, sécurité, proximité, qualité* ». Dans son axe « humanité », le plan périnatalité précisait que l'entretien

devenait : « être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux ». C'est pourquoi la mise en place de l'EPP a été un moyen de renforcer la sécurité émotionnelle des futures mères et des couples, en maintenant la dimension relationnelle encore négligée dans le suivi médical de la grossesse.

Depuis le Plan Périnatalité 2005-2007 (4), le développement des réseaux périnataux au niveau régional a facilité la coordination médico-psychosociale des différents acteurs durant toute la période périnatale: collaborations médico-psychologiques, formations interprofessionnelles, réseaux de professionnels pour entourer et soutenir les futurs parents pendant et après la grossesse.

1.2.2 Objectifs de l'EPP définis par la HAS en 2005

Afin d'inscrire la femme enceinte et le couple dans un processus de prévention, la Haute Autorité de Santé a énoncé en 2005 des recommandations pour les professionnels de santé réalisant l'EPP. En voici les quatre objectifs:

- « • *Établir une relation de confiance avec la femme/le couple afin d'accéder au ressenti de la femme et/ou du couple, favoriser ainsi la consolidation des liens*
- *Informer des contenus des séances de préparation à la naissance*
- *Repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide*
- *Adapter le suivi et orienter en fonction des besoins et des difficultés rencontrés » (1).*

Plusieurs thèmes précisés par la HAS pourront être discutés durant l'EPP selon les attentes de la patiente ou du couple (1), (Annexe III) :

1. « *L'appréciation des aspects somatique, psychologique et social de la grossesse* ».
2. « *Donner des informations sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte* ».
3. « *Donner des informations sur les facteurs de risques et comportements à risque* ».
4. « *Identifier les besoins d'informations, les compétences parentales à développer et à soutenir* ».
5. « *Repérer les facteurs de vulnérabilité susceptibles de perturber l'instauration du lien parents/enfant, la santé et la sécurité de l'enfant* ».
6. « *Travailler avec les professionnels du réseau de santé* ».

La HAS recommande également aux professionnels de rédiger une synthèse à la fin de l'EPP. Avec l'accord de la patiente ou du couple, celle-ci peut être confiée anonymement au réseau périnatal, mais aussi au professionnel de santé qui propose les séances de PNP et à celui qui assure le suivi de grossesse. Si une situation de vulnérabilité ou des facteurs de risque sont identifiés, il sera proposé à la patiente une orientation vers un professionnel ou un service spécifique (service de PMI, service addictologie, psychologue...).

1.3 Problématique

Au cours de mes stages en milieux hospitalier et libéral, j'ai observé qu'il existait différentes manières de mener l'EPP selon les sages-femmes. Ainsi, l'approche de certains sujets pouvait être différente d'une professionnelle à l'autre. Les sages-femmes s'attachent à porter une attention précise à la situation de la patiente aux travers des sujets déclinés.

Cependant, l'enquête menée par le réseau périnatal Aurore en 2008 (9) laissait apparaître des discordances entre les attentes des patientes et les réponses des professionnels. Seulement 43,9% des patientes ont confirmé la prise en considération de leurs attentes particulières.

En 2011, une étude proposée dans la métropole lilloise (12), montrait que 54,8 % des femmes connaissaient l'existence de l'entretien prénatal précoce. Pourtant dans les faits, le taux de réalisation effectif de cet entretien n'était que de 29,4%. Dans 87% des cas, les personnes non bénéficiaires de l'EPP, n'avaient pas reçu de proposition. L'étude permettait de conclure que certains professionnels ne proposaient pas systématiquement l'EPP, car ils n'étaient pas eux-mêmes « convaincus de cette mesure ».

L'évaluation du Plan Périnatalité de 2007 précisait déjà que certaines femmes rencontraient des difficultés pour identifier l'EPP, même si elles en avaient déjà bénéficié. Cette confusion chez les patientes semblait « étroitement liée à l'absence de communication globale réalisée sur le sujet ». Celle-ci pouvait s'expliquer par le fait que certains professionnels présentaient parfois l'EPP comme une consultation d'ouverture de dossier de grossesse ou comme une première séance de PNP. Or, parmi les professionnels identifiés, les sages-femmes étaient concernées (13).

Une évaluation de l'ARS sur l'EPP en région Centre (14), mettait à jour que la manière de pratiquer de l'EPP était imputée au domaine d'exercice de la sage-femme qui le menait. En

exemple, il était noté que pour plusieurs SF libérales de cette région, l'entretien prénatal précoce était assimilé à la première séance de préparation à la naissance.

Par ailleurs, certaines SF de PMI faisaient le constat que l'EPP n'avait pas amélioré leur connaissance des patientes, car de par leurs missions, elles proposaient déjà des entretiens médico-sociaux approfondis. Cependant, pour certaines patientes suivies par des SF de PMI, « *l'entretien prénatal précoce s'était révélé insuffisant* », car il n'était pas suffisamment « *intégré à un accompagnement de la grossesse plus construit et plus personnalisé* ». Dans l'enquête de l'ORS Poitou en 2012 (15), la totalité des sages-femmes interrogées faisaient la distinction EPP et entretien médico-social. Cependant, 75% d'entre elles proposaient un EPP sur critère de vulnérabilité : mineure, 1ère grossesse, femme seule, bénéficiaire de la CMU, inactivité, sans emploi ou déclaration tardive.

Pour les SF de consultation hospitalière, l'entretien était apprécié comme une consultation détachable du suivi de grossesse. En revanche, il pouvait aussi être associé à l'ouverture du dossier obstétrical, donc coté comme une première consultation de suivi de grossesse. Selon certaines sages-femmes des maternités de la région Centre (14), cette pratique pouvait nuire à la bonne conduite de l'entretien. Selon elles, le temps consacré n'était pas suffisant, et l'entretien devait être distinct d'une consultation médicale de suivi de grossesse.

En ce sens, les recommandations de la HAS (1) et l'existence de formation à l'EPP visent à homogénéiser les pratiques de cet entretien par les différents professionnels de la grossesse. La finalité poursuivie pour celui-ci, est qu'il soit conduit dans de bonnes conditions et qu'il puisse répondre précocement aux attentes des femmes enceintes.

Pourtant, nous avons mis en évidence précédemment que la présentation de l'EPP à la patiente pouvait différer selon les conditions d'exercices de la sage-femme. Nous avons également retenu que les attentes des patientes n'étaient pas toujours totalement prises en compte.

Au regard de ces constatations, il me semblait intéressant de connaître les pratiques des sages-femmes concernant l'entretien prénatal précoce.

J'ai donc souhaité approfondir la question suivante :

Le domaine d'exercice de la sage-femme a-t-il une influence sur sa manière de mener l'EPP ?

2. ETUDE

2.1 Méthodologie

2.1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de mon étude était de comparer les différentes pratiques professionnelles des sages-femmes dans la conduite de l'entretien prénatal précoce.

Mon objectif secondaire était d'évaluer si les sages-femmes se référaient aux recommandations de la HAS de 2005 concernant l'EPP (1).

2.1.2 Hypothèses de recherche

- *Il existe des différences de pratiques dans la conduite de l'entretien en fonction du domaine d'exercice de la sage-femme.*
- *Les réalités d'exercice des sages-femmes influent sur les thèmes abordés durant l'EPP.*

2.1.3 Collectes des données

Ma recherche repose sur une étude descriptive transversale des pratiques professionnelles des sages-femmes (Annexe I).

L'étude a été menée du 23 mai au 25 août 2016. Au total, elle concernait 87 sages-femmes du réseau Aurore : départements de l'Ain, Rhône, Ardèche, Drôme, Isère.

Dans ma population, j'ai identifié trois groupes correspondant au milieu professionnel de la sage-femme: le domaine hospitalier (secteurs privé et public confondus), le domaine libéral et la protection maternelle et infantile.

Mon questionnaire a été élaboré en ligne grâce à l'outil Google Forms (Annexe II). Seules les sages-femmes proposant des entretiens prénataux précoces étaient invitées à remplir ce questionnaire, et leurs réponses sont restées strictement anonymes. Ce questionnaire a ensuite été adressé aux sages-femmes par e-mail.

J'ai effectué un premier envoi par mail le 22 mai 2016, à la suite duquel j'ai obtenu une trentaine de réponses. Trois semaines plus tard, j'ai relancé les sages-femmes. A la fin du mois de juin 2016, constatant que je n'avais réceptionné que très peu de réponses de la part des SF hospitalières du Rhône, j'ai élargi ma zone d'étude au réseau Aurore. J'ai donc contacté les

cadres de consultation hospitalière des autres départements du réseau, afin qu'ils transmettent mon questionnaire aux professionnelles concernées.

Afin d'obtenir les adresses e-mail des sages-femmes du réseau Aurore, j'ai effectué une déclaration auprès de la CNIL : n°1903649V0.

J'ai construit mon questionnaire en deux parties :

- la première partie traitait des informations générales concernant les sages-femmes.
- la seconde partie s'attachait plus particulièrement aux thèmes abordés durant l'entretien prénatal. Pour cette partie, mes questions ont été élaborées en considération des items définis dans les recommandations de la HAS relatives à l'EPP (1).

2.2 Résultats

2.2.1 Caractéristiques générales de la population

87 sages-femmes ont répondu au questionnaire, 25 travaillaient en établissement hospitalier dont 22 en secteur public et 3 en secteur privé, 39 exerçaient en libéral et 23 en PMI.

Lieu d'exercice :

56,3% des sages-femmes de notre population exerçaient dans la Métropole lyonnaise, 22 dans le département du Rhône hors métropole. Concernant les autres départements, nous comptons huit sages-femmes dans la Drôme, six dans l'Ain, une en Isère et une en Ardèche.

Caractéristiques des sages-femmes :

D'après le tableau suivant, nous pouvons observer que près des deux tiers des sages-femmes interrogées ont été formées à l'EPP. Les SF de PMI sont celles qui étaient le plus formées à l'EPP, soit 82,6% d'entre elles. Les SF libérales avaient reçu une formation à l'EPP dans 43,5% des cas.

Sur l'ensemble des sages-femmes, 78 rédigeaient une synthèse à la fin de l'entretien. Il apparaissait dans notre étude que les SF hospitalières rédigeaient le plus souvent cette synthèse.

Concernant le nombre d'EPP mensuels, plus des deux tiers des sages-femmes réalisaient moins de 10 entretiens.

Lorsque nous comparons les trois domaines d'exercice, nous constatons que les SF de PMI étaient les professionnelles qui réalisaient le plus d'EPP par mois, car 44,5% d'entre elles considéraient en mener plus de 10.

Tableau I Caractéristiques générales des sages-femmes en fonction du domaine d'exercice

<i>Domaine d'exercice</i>	SF Hôp* N=25	SF Lib** N=39	SF PMI*** N=23	Tous domaines N=87
<i>Caractéristiques des sages-femmes, n (%)</i>				
Formation à l'entretien prénatal précoce	19 (76%)	17 (43,5%)	19 (82,6%)	55 (63%)
Rédaction d'une synthèse de l'entretien	24 (96%)	31 (79,5)	20 (87%)	78 (89,6%)
Nombre d'EPP réalisés par mois				
<10	18 (72%)	28 (71,8%)	13 (56,5%)	59 (68%)
10 à 20	5 (20%)	10 (25,6%)	9 (39,1%)	24 (27,5%)
>20	2 (8%)	1 (2,6%)	1 (4,4%)	4 (4,5%)

*SF Hôp : Sages-femmes de consultation hospitalière

** SF Lib : Sages-femmes libérales

***SF PMI : Sages-femmes de PMI

Proportion de couples reçus à l'EPP :

D'après nos résultats, ce sont les SF libérales qui estimaient recevoir le plus de couples par mois, car 23 d'entre elles comptabilisaient plus de 50% de couples accueillis à l'EPP.

Les SF de PMI étaient celles qui rencontraient le moins de couples, car 95,7% affirmaient en recevoir moins de 30% par mois. Quant aux hospitalières, 15 d'entre elles répondaient recevoir entre 30 et 75% de couples à l'entretien.

Tableau II Proportion estimée de couples reçus à l'EPP sur un mois

<i>Domaine d'exercice</i>	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=23	Tous domaines N=87
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Proportion de couples reçus</i>				
Moins de 30%	8 (32%)	8 (20,5%)	22 (95,7%)	38 (43,7%)
Entre 30 et <50%	6 (24%)	8 (20,5%)	1 (4,3%)	15 (17,2%)
50 et <75%	9 (36%)	15 (38,5%)	0	24 (27,6%)
75 à 100%	2 (8%)	8 (20,5%)	0	10 (11,5%)

Transmission de la synthèse de l'entretien :

Les sages-femmes pouvaient répondre librement à la question : « *A qui transmettez-vous cette synthèse ?* »

Nous avons vu précédemment que près de 90% des sages-femmes interrogées rédigeaient une synthèse à la fin de l'entretien prénatal précoce.

La transmission de la synthèse s'était effectuée « *en fonction de la situation et avec l'accord de la patiente* ».

Parfois, ce document était écrit uniquement sur demande de la patiente : « *synthèse écrite uniquement si la patiente le demande, en général les futures mères préfèrent directement en parler à l'équipe de maternité* ».

En ce qui concerne le réseau Aurore, cette transmission était réalisée à l'aide de la fiche de liaison du réseau périnatal (Annexe VII) et de manière anonyme : « *1 exemplaire pour la patiente, 1 pour moi, 1 anonyme pour le réseau* ».

Pour les SF hospitalières, la synthèse était le plus souvent ajoutée au dossier obstétrical de la patiente.

Concernant les SF libérales, dans un cas sur trois, la synthèse n'était pas transmise à un autre professionnel.

Enfin, les SF de PMI confiaient majoritairement cette synthèse à la patiente : « *Je remets la synthèse à la patiente, ce document lui appartient, parfois je lui conseille de le faire lire à la personne qui la suit, si besoin est* ».

Tableau III Transmission de la synthèse aux intervenants autour de la grossesse

<i>Domaine d'exercice</i>	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=23	Tous domaines N=87
<i>A qui transmettez-vous cette synthèse ? n (%)</i>				
Assistante sociale	0	0	1 (4,3%)	1 (1,1%)
Infirmière puéricultrice	0	0	2 (8,7%)	2 (2,3%)
Psychologue	1 (4%)	0	1 (4,3%)	2 (2,3%)
Autre professionnel du suivi de grossesse	6 (24%)	3 (7,7%)	3 (13%)	12 (13,8%)
Maternité	NC	5 (12,8%)	2 (8,7%)	7 (8%)
Réseau Aurore	7 (28%)	2 (5,1%)	6 (26,1%)	15 (17,2%)
Dossier de la patiente	17 (68%)	6 (15,4%)	3 (13%)	20 (23%)
Patiente/Couple	9 (36%)	7 (18%)	16 (69,6%)	32 (36,8%)
Pas transmise	0	13 (33,3%)	1 (4,3%)	14 (16,1%)
Non répondu	1 (4%)	8 (20,5%)	3 (13%)	12 (13,8%)

2.2.2 Cadre et conditions de l'entretien

Mode d'orientation des femmes vers l'entretien prénatal précoce :

J'ai proposé aux sages-femmes d'effectuer un classement de 1 à 10 concernant les professionnels pouvant potentiellement orienter les patientes vers l'EPP. La sage-femme notait 1 pour le professionnel lui adressant le plus de femmes à l'entretien et 9 pour celui qui lui en adressait le moins. En l'absence de réponse de la part de la sage-femme, j'ai arbitrairement classé le professionnel en 10^{ème} position.

Avec ce classement, j'ai établi un score sur 10 points. Plus le score était proche de 1, plus il était représentatif du professionnel adressant les femmes à l'EPP.

D'après les SF hospitalières, celles qui étaient en charge d'assurer le suivi de grossesse et la SFO étaient à l'origine du plus grand nombre d'orientations vers l'EPP. Nous retrouvions ensuite les secrétaires des maternités, les gynécologues-obstétriciens, un courrier

d'information de l'hôpital, information par internet, les médecins généralistes et l'entourage, comme autres moyens de diriger les femmes vers l'EPP.

Les SF libérales ont répondu que le plus grand nombre d'orientations vers l'EPP étaient effectuées par l'intermédiaire du gynécologue-obstétricien. Selon ces mêmes SF, l'entourage représentait aussi un vecteur non négligeable dans l'orientation des femmes vers l'EPP. Cependant, il y a eu beaucoup de non-réponses à cette question, ce qui a pu fausser les résultats.

Concernant les SF territoriales, le plus grand nombre d'orientations à l'EPP étaient réalisées au travers du courrier de la PMI adressé à la patiente durant sa grossesse. Puis les modes d'orientation se déclinaient comme suit: internet, l'entourage de la patiente, la sage-femme du suivi de grossesse, les secrétaires médicales, les gynécologues-obstétriciens, et enfin le médecin généraliste.

Lieu de l'entretien :

A la question « où menez-vous vos entretiens ? » plusieurs réponses étaient possibles.

D'après nos résultats, nous notons que le bureau de consultation restait le principal lieu de réception des patientes pour l'EPP, car 82 sages-femmes l'utilisaient. Peu de sages-femmes accueillait les patientes dans une autre pièce, mise à part quelques SF libérales (6 sur 39). En ce qui concerne les EPP réalisés à domicile, ceux-ci étaient assurés principalement par des SF de PMI soit 78,3% d'entre elles (Annexe IV).

Horaire de l'entretien :

La majorité du temps consacré à l'EPP était de 45 minutes à une heure, pour une grande partie des sages-femmes issues de tous domaines d'exercice. Seules 4 SF hospitalières comptaient moins de 30 minutes pour réaliser cet entretien.

D'après le tableau suivant, nous soulignons que peu de sages-femmes effectuaient leurs EPP en fonction d'une prise en compte du moment de la journée. Près de 70 % d'entre elles ont répondu « Peu importe ».

Tableau IV Durée et horaires propices à l'entretien en fonction du domaine d'exercice

<i>Domaine d'exercice</i>	SF Hôp N=25	SF Lib N= 39	SF PMI N=23	Tous domaines N=87
<i>Durée de l'entretien, n (%)</i>				
<45 min	4 (16%)	0	0	4 (4,6%)
[45-60] min	17 (68%)	30 (76,9%)	17 (73,1%)	64 (73,6%)
>1heure	1 (4%)	2 (5,1%)	5 (21,7%)	8 (9,2%)
Adaptée à la patiente	3 (12%)	7 (18%)	1 (4,3%)	11 (12,6%)
<i>Horaires propices à l'entretien, n (%)</i>				
Matin	4 (16%)	2 (5,1%)	4 (17,4%)	10 (11,5%)
Après-midi	1 (4%)	1 (2,6%)	1 (4,3%)	3 (3,4%)
Après 17h	1 (4%)	5 (12,8%)	0	6 (6,9%)
Planning imposé	10 (40%)	2 (5,1%)	3 (13%)	15 (17,2%)
Peu importe	14 (56%)	30 (76,9%)	17 (73,1%)	61 (70,1%)

Supports et outils utilisés pour mener l'entretien :

Plusieurs réponses étaient possibles pour cet item.

Sur l'ensemble des sages-femmes, nous notons que plus d'un tiers se servaient de la trame du réseau Aurore, essentiellement les SF hospitalières et les SF de PMI.

Ce tableau nous renseigne sur le résultat suivant : plus de la moitié des sages-femmes interrogées utilisaient leur propre trame de questions pour mener à bien l'entretien. Ce constat s'attache plus particulièrement aux SF libérales.

Tableau V Supports et outils utilisés par les sages-femmes pour mener l'entretien

<i>Domaine d'exercice</i>	SF Hôp N=25	SF Lib N= 39	SF PMI N=23	Tous domaines N=87
<i>Supports utilisés, n (%)</i>				
Plusieurs supports	4 (16%)	12 (30,8%)	8 (34,8%)	24 (27,6%)
Dossier obstétrical	6 (24%)	2 (5,1%)	5 (21,7%)	13 (14,9%)
Guide HAS	3 (12%)	8 (20,5%)	5 (21,7%)	16 (18,4%)
Trame élaborée en équipe	0	1 (2,6%)	0	1 (1,1%)
Trame personnelle	6 (24%)	29 (74,4%)	9 (39,1%)	44 (50,6%)
Trame du réseau Aurore	14 (56%)	7 (18%)	11 (47,8%)	32 (36,8%)
Pas de support	1 (4%)	4 (10,3%)	3 (13%)	8 (9,2%)

2.2.4 Sujets abordés durant l'entretien

Dans cette deuxième partie du questionnaire, il s'agissait d'évaluer de quelle manière les sages-femmes traitaient les sujets concernant les thèmes définis par la HAS durant l'EPP (1), (Annexe III). Afin d'identifier la fréquence des sujets abordés, elles devaient cocher les cases : «*Toujours, Souvent, Parfois, Rarement, Jamais*».

Un score sur quatre a été établi pour chaque point du thème abordé. En ajoutant ces scores, nous avons ensuite calculé la moyenne obtenue pour chacun des trois groupes de sages-femmes. La plus-value (p), a été calculée grâce à l'utilisation du logiciel Statview.

1. Appréciation de la santé globale de la femme enceinte :

Parmi tous les sujets abordés, l'ensemble des sages-femmes tous domaines d'exercice confondus, s'intéressaient à la santé globale de la patiente, particulièrement au vécu de la grossesse actuelle et à celui des grossesses précédentes.

Tableau VI Santé globale: score obtenu par les sages-femmes en fonction de leur domaine d'exercice

<i>Domaine d'exercice</i>	Tous domaines N=87	SF Hôp N= 25	SF Lib N=39	SF PMI N=23	P
<i>Moyenne obtenue sur 25 Sujets abordés (score sur 4)</i>	22,6	22,3	22,7	22,7	0,724
<i>« Vous vous intéressez aux... » :</i>					
<i>Ressources personnelles (profession, situations socio-économique et familiale)</i>	3,72	3,68	3,79	3,83	0,522
<i>Antécédents généraux</i>	3,68	3,64	3,62	3,74	0,738
<i>Vécu grossesse actuelle</i>	3,97	3,96	3,97	3,96	0,991
<i>Vécu grossesses précédentes</i>	3,92	3,88	3,97	3,87	0,728
<i>Conditions d'accueil de l'enfant</i>	3,62	3,52	3,69	3,61	0,605
<i>Projet de naissance</i>	3,67	3,60	3,69	3,70	0,852

2. Information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte :

A la question « *Vous sentez-vous concerné par le suivi médical de la patiente ?* », 83 sages-femmes sur les 87 participantes de notre étude ont répondu favorablement, soit : 24 SF hospitalières, 37 libérales, et 22 PMI.

D'après le tableau ci-dessous, nous notons que les différences entre les trois domaines d'exercice étaient statistiquement significatives concernant l'information sur les « *Missions et le fonctionnement du réseau* » ($p < 0,04$), ainsi que sur les « *Ressources matérielles et services de proximité* » ($p < 0,043$).

Tableau VII Informations données à la femme enceinte : score obtenu par les sages-femmes en fonction de leur domaine d'exercice.

<i>Domaine d'exercice</i>	Tous domaines N=87	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=23	p
<i>Moyenne obtenue sur 20</i>	15,85	16,86	14,79	16,43	0,018
<i>Sujets abordés (score sur 4)</i>					
<i>« De manière générale vous parlez des... » :</i>					
Différents acteurs de la grossesse	3,49	3,68	3,31	3,61	0,156
Déroulement suivi de grossesse	3,40	3,68	3,18	3,35	0,150
Missions, fonctionnement du réseau	2,77	3,15	2,40	3,00	0,040
Droits, offres de soin liés à la maternité	3,01	3,36	2,87	2,90	0,133
Ressources matérielles et services de proximité	3,17	3,16	2,95	3,57	0,043

3. Prévention des facteurs de risque et comportements à risque :

Nous pouvons relever dans le tableau ci-dessous que l'ensemble des sages-femmes de notre étude évoquaient assez peu les risques liés à l'automédication lors de l'EPP.

Nous constatons que les SF libérales sont les professionnelles qui s'intéressaient le plus fréquemment au thème « *Prévention des facteurs de risque et comportement à risque* ».

Tableau VIII Prévention et repérage des comportements à risque : score obtenu par les sages-femmes en fonction de leur domaine d'exercice.

<i>Domaine d'exercice</i>	Tous domaines N=87	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=23	P
<i>Moyenne obtenue sur 20</i>	15,33	15,12	15,74	14,87	0,434
<i>Sujets abordés (score sur 4)</i>					
<i>« De manière générale vous abordez » :</i>					
Risques liés au mode de vie (<i>transport, travail, environnement...</i>)	3,14	3,04	3,31	2,96	0,189
Conseils hygiéno-diététiques	3,29	3,28	3,44	3,04	0,152
Risques infectieux alimentaires	3,08	3,28	3,18	2,87	0,372
Automédication	2,40	2,16	2,51	2,48	0,519
Addictions	3,43	3,44	3,39	3,52	0,980

4. Identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer :

D'après le tableau ci-dessous, nous pouvons noter que les différences observées entre les trois domaines d'exercice concernant « *L'identification des besoins et des compétences parentales à développer* » étaient statistiquement significatives ($p < 0,0001$).

De même, les différences repérées étaient statistiquement significatives entre les trois groupes de sages-femmes à propos des sujets « *Information sur le contenu des séances de PNP* » ($p < 0,02$) et « *Proposition d'un accompagnement à la parentalité* » ($p < 0,0001$).

De manière générale, l'accompagnement proposé par les SF hospitalières au niveau des compétences parentales était moindre que celui de leurs collègues issues des autres secteurs d'exercice.

S'agissant des SF libérales, elles se révélaient être les professionnelles qui présentaient le plus régulièrement le contenu des séances de PNP aux futurs parents.

Tableau IX Identification des compétences parentales : score obtenu par les sages-femmes en fonction de leur domaine d'exercice.

<i>Domaine d'exercice</i>	Tous domaines N=87	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=25	p
<i>Moyenne obtenue sur 12</i>	10,55	9,44	11,44	10,26	<0,0001
<i>Sujets abordés (score sur 4)</i>					
<i>« De manière générale vous » :</i>					
Informez du contenu des séances de préparation à la naissance et à la parentalité	3,75	3,64	3,95	3,52	0,020
Encouragez à la préparation à la naissance	3,76	3,72	3,82	3,60	0,663
Proposez un accompagnement aux compétences parentales	3,05	2,08	3,67	3,04	<0,0001

5. Orientation, coordination des actions et travail en réseau autour de la femme enceinte :

D'après les résultats suivants, nous constatons que les sages-femmes, tous domaines d'exercice confondus, orientaient très souvent la patiente auprès d'un autre professionnel spécialisé pour un suivi complémentaire, dans les situations de vulnérabilité ou de problème de santé repérés.

Nous pouvons relever dans le tableau ci-dessous, que les SF hospitalières retrouvaient peu les patientes en situation de vulnérabilité au cours du post-partum. Ceci nous permet d'affirmer que les différences observées entre les trois domaines professionnels étaient statistiquement significatives ($p < 0,0001$).

Tableau X Orientation et coordination des actions autour de la grossesse: score obtenu par les sages-femmes en fonction de leur domaine d'exercice.

<i>Domaine d'exercice</i>	Tous domaines N=87	SF Hôp N=25	SF Lib N= 39	SF PMI N=23	p
<i>Moyenne obtenue sur 16</i>	12,07	11,60	12,15	12,43	0,355
<i>Sujets abordés (score sur 4)</i>					

« Lorsqu'une situation de vulnérabilité ou un problème de santé se présente, vous ... » :

Orientez vers un autre professionnel	3,60	3,76	3,54	3,52	0,495
Reparlez des difficultés en consultation obstétricale	2,99	3,04	2,90	3,04	0,910
Demander le soutien d'un psychologue	2,81	3,24	2,59	2,74	0,228
Revoyez la patiente en post-partum	2,68	1,64	3,13	3,03	<0,0001

6. Repérage des facteurs de vulnérabilité:

Concernant les différentes techniques de communication utilisées par les sages-femmes pour repérer les situations de vulnérabilité, nous remarquons que les professionnels issus de tous secteurs d'exercice utilisaient majoritairement des questions ouvertes. Il existait une différence notable entre les trois groupes sur la « Proposition d'une nouvelle rencontre », pour évoquer plus précisément les difficultés de la patiente ($p < 0,0001$).

En effet, la proportion de SF de PMI qui proposaient cette nouvelle rencontre était fortement élevée par rapport aux SF hospitalières et libérales. Il existait aussi une différence significative entre les trois groupes par rapport à l'utilisation de différentes techniques de communication ($p < 0,016$), étant donné que plus de 90% des SF de PMI se servaient de plusieurs techniques d'entretien.

Tableau XI Techniques de communication utilisées pour repérer les situations de vulnérabilité

Domaine d'exercice	Tous domaines N=87	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=25	P
<i>Techniques utilisées pour dépister les situations de vulnérabilité : n (%)</i>					
Questions ouvertes	81 (93,1%)	21 (84%)	37 (95%)	23 (100%)	0,771
Questions fermées	7 (8%)	1 (2%)	1 (2,6%)	5 (21,7%)	0,417
Liste de questions	16 (18,4%)	6 (24%)	8 (20,5%)	2 (8,7%)	0,630
Proposer une nouvelle rencontre	33 (37,9%)	8 (32%)	7 (17,9%)	18 (78,3%)	<0,0001
Autres	5 (5,7%)	1 (4%)	2 (5,1%)	2 (8,7%)	0,958
Plusieurs outils	47 (54%)	10 (40%)	16 (41%)	21 (91,3%)	0,0016

3. ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 Forces et limites de l'étude

3.1.1 Forces de l'étude

La constitution de groupes conséquents

Sur les 339 contacts (PMI, cadres de consultation, SF libérales), nous avons obtenu 87 réponses, ce qui nous a permis de constituer trois groupes comparables d'au moins 20 sages-femmes.

La diversité

Nous avons pu interroger des sages-femmes issues de différents domaines d'exercice et de différents secteurs géographiques : Métropole de Lyon, Rhône, Ardèche, Ain, Drôme, Isère.

3.1.2 Limites de l'étude

Facteurs de confusion

Les questions de notre étude étant en majorité basées sur des fréquences de pratique, les sages-femmes ont pu être influencées par mon questionnaire et répondre différemment par rapport à leurs pratiques réelles.

Inégalités

Les sages-femmes libérales représentaient près de 45% la population de notre étude, ce qui a pu influencer certains résultats dans le sens de leurs pratiques.

3.2 Synthèse des résultats principaux

3.2.1 Hypothèse n°1 : Il existe des différences de pratiques dans la conduite de l'entretien en fonction du domaine d'exercice de la sage-femme.

Durée de l'entretien

Notre étude a montré que 73,6% des sages-femmes interrogées consacraient 45 minutes à une heure pour réaliser l'entretien prénatal. Les recommandations de la HAS concernant la durée de l'EPP (1) sont donc bien respectées par toutes les sages-femmes de tous domaines confondus. Nos résultats sont concordants avec ceux de l'étude de l'ORS Poitou-Charentes sur les réseaux de santé périnataux (15), dans laquelle 84% des entretiens duraient entre 45 minutes et une heure.

Chez les SF libérales et de PMI de notre étude, le bon respect du temps recommandé peut venir du fait que celles-ci doivent se soumettre aux règlementations de l'Assurance Maladie concernant la CCAM (16), qui impose une durée d'au moins 45 minutes et une cotation NGAP spécifique pour l'entretien prénatal : SF 15.

Il ressort par contre que pour quatre SF hospitalières, seulement 30 minutes étaient consacrées à l'EPP. On peut supposer que celles-ci étaient peut-être confrontées à un manque de temps, du fait du planning de consultation imposé par l'établissement hospitalier. De même, les contraintes organisationnelles de l'hôpital peuvent amener les sages-femmes à réduire le temps consacré à l'EPP au profit de l'ouverture du dossier obstétrical.

Temps de l'entretien

De nos résultats, il ressort que la majorité des SF de consultation hospitalière ont considéré qu'il n'y avait pas de moments propices pour mener l'EPP. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à l'hôpital, les sages-femmes ne fixent pas leurs propres rendez-vous, ils sont le plus souvent planifiés à l'avance avec la patiente par le secrétariat médical.

De même, pour la majorité des SF libérales et de PMI, aucun temps spécifique ne se prêtait à la réalisation de l'EPP. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la plupart des rendez-vous sont fixés en fonction des disponibilités de la patiente. Quelques sages-femmes, en particulier des libérales, ont exprimé qu'il était judicieux de mener l'entretien après 17h. Cette proposition

d'horaire permettrait aux sages-femmes de libérer du temps, si l'entretien devait se dérouler sur plus de 45 minutes. Cette proposition au-delà de 17 heures, donnerait également la possibilité aux femmes de venir accompagnées de leur conjoint après la journée de travail, comme l'évoquent les résultats de l'évaluation de l'EPP en région Centre (14).

Lieu de l'entretien

La quasi-totalité des sages-femmes de notre étude menaient l'EPP dans leur bureau de consultation. Certaines professionnelles libérales utilisaient cependant une pièce différente. En effet, le lieu de l'entretien est important, il doit être convivial et accueillant. C'est un cadre qui doit favoriser l'échange et le dialogue tout en préservant la confidentialité.

Pour 78% des SF de PMI, l'EPP pouvait aussi être mené au domicile des patientes. D'après le mémoire de E. Janvier, les SF de PMI qui choisissaient de mener l'EPP à domicile appréciaient mieux l'environnement de la femme enceinte : *« cela donne des informations sur la femme qui ne peuvent pas être entendues ni prises en compte lors d'un entretien en centre médico-social »* (17).

Toutefois, dans l'étude concernant l'évaluation de l'EPP en région Centre (14), les SF de PMI interrogées ont aussi constaté que : *« les entretiens menés à la PMI permettent des échanges plus approfondis, car le lieu est neutre et les personnes sont davantage impliquées dans la démarche »*.

Nos résultats rejoignent cette dernière étude, dans le sens où toutes les SF territoriales de notre population utilisaient leur bureau de consultation en PMI pour conduire l'EPP.

Supports utilisés pour mener l'entretien

Notre étude a permis de mettre en évidence que le guide de l'EPP présenté dans les recommandations de la HAS (1), était en général peu utilisé par les sages-femmes de tous domaines confondus, 18,4% d'entre elles s'y réfèrent.

En revanche, près de la moitié des professionnelles interrogées s'appuyaient sur une trame élaborée par leurs soins. Nous retrouvons parmi elles, un grand nombre de SF libérales, soit 29 sur 39.

Nos résultats se rapprochent de ceux du mémoire de A. Cortet, qui montrait que 25 sages-femmes sur 28 utilisaient une trame pour conduire l'EPP, et que dans la majorité des cas il s'agissait d'un outil conçu par elles-mêmes (18).

Par contre, les SF de maternité et de PMI de notre étude se reportaient davantage à la trame réalisée par le réseau Aurore pour poser leurs questions.

Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que les établissements hospitaliers recommandent aux sages-femmes d'utiliser la fiche de liaison du réseau périnatal (Annexe VII), document dont elles sont détentrices du fait de leur adhésion au réseau. Cette obligation d'adhésion n'incombe pas aux SF libérales et aux SF de PMI, mais ces dernières ont plus souvent l'habitude de travailler en partenariat avec le réseau périnatal, donc de se servir de ces documents.

Nous pouvons penser que l'utilisation d'un guide permet de mieux structurer l'entretien et d'apporter plus d'aisance aux professionnels dans la conduite de l'EPP. Une sage-femme interrogée dans l'étude ORS Poitou-Charentes précise d'ailleurs : *« Le guide c'est bien pour avoir à l'esprit les thèmes qui sont importants à aborder....Après ce n'est pas grave si tout n'est pas vu, il ne faut pas insister car il faut garder en tête que l'EPP sert avant tout à répondre aux attentes des femmes. Ce n'est pas que du dépistage ! »* (15).

En effet, le risque d'utiliser une trame préétablie est de ne pas entendre les besoins des femmes et des couples. La bonne conduite de l'entretien dépend également de la qualité d'écoute et d'investissement des sages-femmes. Il faut rappeler que l'entretien prénatal ne doit pas être une énumération de thèmes à aborder, mais un échange qui doit s'ajuster à la situation de chaque patiente.

Techniques d'entretien pour dépister les situations de vulnérabilités

Dans notre étude, plus de 90% des sages-femmes utilisaient des questions ouvertes pour dépister des situations de vulnérabilité. Les questions fermées et directes étaient peu employées.

L'évaluation de l'EPP pour la région Centre présente des constats similaires : *« les sages-femmes utilisent différentes techniques de conduite d'entretien pour approfondir l'échange »*.

Les professionnelles de cette région utilisaient des questions ouvertes pour aborder les thématiques, elles échangeaient autour de ce qu'évoquait la patiente et s'appuyaient parfois

sur leur expérience personnelle. D'autres mobilisaient des questions directes qui, d'après elles : « *inquiètent moins les femmes* » (14).

Les SF de PMI de notre étude proposaient également très souvent après la réalisation de l'EPP, une nouvelle rencontre avec la patiente, soit 18 sages-femmes sur 23. Cette pratique n'est pas commune aux trois groupes étudiés, la différence observée entre les secteurs d'exercice était significative ($p < 0,0001$). Nous pouvons relier ce résultat au fait que les SF de PMI, de par leurs conditions d'exercice, accompagnent fréquemment des patientes présentant des critères de vulnérabilité. Cela les amène donc à proposer à ces femmes de nouvelles rencontres dans le cadre d'un suivi rapproché. M. Bertoli précisait dans son mémoire, que la SF de PMI pouvait en cas de situation délicate : « *s'entretenir avec la femme seule, puis avec le conjoint si cela est souhaité par le couple. [...]un découpage de l'EPP en deux parties est souhaitable pour éviter les pertes d'information, tout en intégrant le futur père à la grossesse* » (19).

Par ailleurs, nous avons observé que les SF de PMI avaient pratiquement toutes recours à plusieurs techniques de communication. Nous pouvons mettre en lien cette observation avec le fait que dans la population de notre étude, ces professionnels étaient les plus formées à l'EPP. En effet, les techniques d'entretien font partie intégrante du référentiel métier des SF territoriales (20), dans le dépistage et l'accompagnement des grossesses à risque médico-psycho-social.

D'après l'étude ORS Poitou-Charentes (15), ces dernières utilisaient fréquemment diverses techniques de communication pour dépister les situations de fragilité. Il est vrai que dans le cadre de leurs missions, les SF de PMI ont l'habitude de mener des entretiens médico-sociaux et d'approfondir les échanges.

Nombres de couples reçus par mois

Nos résultats indiquaient que près de la moitié des professionnelles de tous secteurs d'exercice confondus recevaient moins de 30% de couples par mois à l'EPP. Ce résultat est en adéquation avec celui d'une Enquête de l'InVS effectuée auprès des réseaux périnataux en 2012 (21), qui nous apprend que les conjoints étaient présents dans seulement un tiers des entretiens prénataux.

Concernant les différences observées entre les trois groupes de sages-femmes, nous avons constaté que les SF libérales étaient les professionnelles qui recevaient le plus de couples à l'EPP, car 59% déclaraient que plus de la moitié des entretiens étaient réalisés en présence du père. Pour les SF hospitalières, le nombre de couples reçus s'avérait variable en fonction des professionnelles. A contrario, les SF de PMI n'accueillaient pratiquement pas de couples.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises concernant ces résultats. Les sages-femmes de PMI ne proposent presque pas cet entretien aux pères, car de par leur exercice, elles sont amenées à rencontrer un grand nombre de femmes seules, pour la plupart en précarité sociale.

D'autre part, la présence du père n'est peut-être pas toujours souhaitée par les patientes confrontées à des problématiques conjugales.

Quant aux SF libérales, nous pouvons expliquer qu'elles reçoivent en général plus de couples par le fait qu'elles disposent d'une certaine latitude pour organiser leur planning et aménager leurs plages horaires. Cela favorise la présence des pères à l'EPP, comme l'énoncent les résultats de l'évaluation de l'EPP en région Centre: « *Certaines sages-femmes libérales organisent les entretiens prénataux précoces sur des horaires permettant la présence des hommes (tôt le matin) ou le soir en fin de journée, pour libérer du temps si l'entretien dure au-delà de 45 minutes* » (14).

Les SF hospitalières sont plutôt soumises à un planning imposé, ce qui peut expliquer que les pères ne peuvent pas toujours être présents à l'entretien.

Au regard de nos résultats, nous pouvons nous interroger sur la manière dont les sages-femmes considèrent la présence du père à l'EPP, et si celles-ci veillent toujours à proposer à leurs patientes de venir accompagner de leurs conjoints. Nous notons dans l'évaluation de l'EPP en région Centre (14), que certaines sages-femmes pensent que la présence du compagnon à l'entretien pourrait rendre plus complexe le dépistage des situations de vulnérabilité. Les patientes oseraient moins se confier sur certains sujets. En revanche, d'autres professionnels estiment que la rencontre avec le père serait un « *atout* » dans le repérage des problématiques conjugales (14).

Synthèse et transmission

Sur l'ensemble des professionnelles interrogées dans notre étude, près de 90% rédigeaient une synthèse de l'EPP. Ces sages-femmes sont donc en accord avec les recommandations de

la HAS : « *Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme [...] En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte* » (1).

Toutefois 12 sages-femmes participantes à notre étude n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Cependant, sur le plan de la transmission, nous avons pu découvrir que cette synthèse était peu communiquée aux professionnels du suivi de grossesse ; elle l'est seulement dans 13,8% des cas.

Nos résultats s'approchaient de ceux de l'évaluation de l'EPP réalisée par l'InVS (21). Comme dans notre étude, cette évaluation fait apparaître qu'une information écrite à destination des partenaires de la périnatalité n'est transmise que dans seulement 15,2 % des cas.

De même, d'après nos résultats, seulement 17,2% des sages-femmes retournaient cette synthèse au réseau périnatal Aurore: « *Fiche de liaison pour l'entretien précoce* » (Annexe VII). Cette fiche est divisée en 3 feuillets à destination de la patiente, du praticien, et du réseau périnatal sous une forme anonymisée. Parmi ces sages-femmes, 47% de professionnelles hospitalières et 40% de territoriales étaient concernées. Nos constats sont similaires à ceux de l'étude ORS Poitou-Charentes (15), dans laquelle seulement un quart des sages-femmes transmettaient la synthèse au réseau périnatal. Il faut souligner que cette fiche de liaison destinée au réseau, n'est délivrée qu'aux sages-femmes ayant suivi la formation à l'EPP proposée par le réseau Aurore, ce qui tendrait à expliquer ce faible taux de transmission.

De plus, nous avons relevé que 14 sages-femmes de notre étude ne transmettaient pas cette synthèse. Nous pouvons expliquer ce point en nous appuyant à nouveau sur l'étude ORS Poitou (15). Dans cette étude, un quart des SF déclaraient ne jamais renvoyer la synthèse au réseau. Certaines pensaient que le principe d'échange d'informations entre professionnels ne respectait pas les règles de confidentialité. De même, dans l'étude de E. Janvier (17), le manque de supports, de temps et le refus des patientes étaient aussi évoqués comme des raisons de non transmission de cette synthèse.

En ce qui concerne les SF libérales de notre étude, certaines préféraient conserver cette synthèse pour elles-mêmes afin de s'en servir pour élaborer les séances de PNP : « *Je ne transmets cette synthèse à personne, je la garde pour les préparations à la naissance* ».

En région Centre, l'évaluation de l'EPP par l'ARS laisse apparaître que la transmission orale était privilégiée par un grand nombre de sages-femmes, le support écrit étant considéré comme complémentaire. Les SF libérales adressaient peu cette synthèse aux autres professionnels. Du fait de leur participation à des réunions du réseau local en lien avec les maternités, l'échange des informations sur les patientes s'effectue directement. De plus quelques SF libérales se rendaient régulièrement dans les maternités, ce qui contribuait à informer les équipes hospitalières des situations rencontrées (14).

En revanche pour les SF de PMI de notre étude, la synthèse servait de lien effectif avec les professionnels du champ sanitaire et social: « *Je transmets si il y a une orientation. A la puéricultrice, la psychologue, l'assistante sociale, mais toujours en accord avec la patiente et uniquement les informations qui concernent chaque professionnel selon ses compétences* ».

Concernant les SF hospitalières, la synthèse était souvent consignée dans le dossier obstétrical des patientes, ce qui représentait un moyen non négligeable de transmission pour la communication interne à l'établissement. La fiche de liaison du réseau Aurore, également utilisée par près de la moitié des SF hospitalières, permettait d'évaluer la mise en œuvre de l'EPP au sein du réseau périnatal (Annexe VII).

Au vu de nos résultats et de ceux de la littérature, nous pouvons affirmer qu'il existe des différences de pratique dans la conduite de l'EPP en fonction du domaine d'exercice des sages-femmes.

Notre première hypothèse est donc validée. Mais qu'en est-il du contenu de l'entretien et de à la manière dont il est abordé par les sages-femmes ?

3.2.2 Hypothèse n°2 : Les réalités d'exercice des sages-femmes influent sur les thèmes abordés durant l'EPP.

Santé globale de la femme enceinte et aspects émotionnels de la grossesse

Dans notre observations, plus de 95% des sages-femmes se sentaient concernées par le suivi médical de la patiente. Nous pouvons mettre ce résultat en relation avec le mémoire de A. Gandar, qui rapportait que « *Lors des formations à l'EPP, on recommande aux professionnels de s'intéresser au départ aux composantes médicales, afin d'ouvrir le dialogue et mettre en confiance la femme, le couple* » (22). Nous pouvons rappeler que ce point précis est inscrit

dans la fiche de l'EPP du réseau Aurore (Annexe VII) destinée aux professionnels de santé : « *antécédents marquants et santé globale* », et dans la liste des thèmes à aborder proposée dans les recommandations de la HAS (1), (Annexe III).

Selon nos réponses, il apparaît que les sages-femmes, tous secteurs confondus, évoquaient régulièrement le thème de la santé globale et des aspects émotionnels de la grossesse. Nos résultats étaient concordants à ceux de A. Cortet (18). Son étude montrait que les sujets qui revenaient les plus souvent lors de l'entretien étaient relatifs à la santé globale de la femme enceinte, tels que : le vécu et le déroulement de la grossesse, la qualité des relations du couple et de l'entourage.

L'UNAF dans son enquête de 2010 (23), révélait que l'environnement affectif était un point souvent abordé par les patientes interrogées (69,8% des cas), tout comme l'évocation de la situation socio-professionnelle, 69,5% des cas.

Information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la grossesse

A l'analyse de nos résultats, une différence statistiquement significative est apparue entre les trois domaines d'exercice, concernant le thème énoncé ci-dessus ($p < 0,018$). Nous avons constaté que les SF hospitalières et de PMI informaient dûment les patientes sur les missions et le fonctionnement du réseau périnatal Aurore. De même, elles communiquaient avec les patientes sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la grossesse. En outre, les conditions d'exercice des SF hospitalières et de PMI les engagent à jouer un rôle de coordination important au niveau du réseau périnatal. De par leurs réalités d'exercice, ces professionnelles sont mieux positionnées que les SF libérales pour présenter l'organisation et les missions de ce dispositif. En effet, ces dernières ne sont pas soumises à l'adhésion au réseau périnatal de proximité, ce qui leur demande de réactualiser périodiquement leurs connaissances quant aux informations délivrées par ce même réseau.

Nos constats sont en adéquation avec les résultats de l'Enquête Périnatale nationale de 2010, qui affirment que seulement une patiente sur trois est avertie de l'organisation des professionnels en réseau et de l'offre de soins locale qui en découle (8).

En corrélation, sur l'ensemble des patientes interrogées en 2008 dans l'enquête sur l'EPP au sein du réseau Aurore, seulement 12% d'entre elles affirmaient avoir pris connaissance du fonctionnement du réseau périnatal (9).

Ces résultats ont suscité notre attention, car les recommandations de la HAS de 2005 insistent sur le fait que l'EPP doit permettre aux femmes de connaître les différentes ressources et aides existantes en proximité (1).

Il semblerait important d'informer toutes les patientes sur l'organisation du réseau périnatal, afin que celles-ci puissent identifier les différents acteurs de la grossesse et puissent recourir aux services adéquats en cas de difficultés.

Identification des besoins et des compétences parentales à développer

Nos résultats montraient de manière significative que, de par leur domaine d'exercice, les SF hospitalières s'attachaient moins à « *l'identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer* » que les sages-femmes des autres secteurs professionnels.

Les recommandations de la HAS sur la PNP définissent l'accompagnement des compétences parentales en terme d'apprentissage des soins à l'enfant, d'informations sur l'alimentation, le couchage, les accidents domestiques, les différentes associations, groupes d'échanges d'expériences, ateliers (1).

Dans notre étude, 79,5% des SF libérales proposaient systématiquement un accompagnement au niveau des compétences parentales, contre 8% des sages-femmes de maternité (Annexe V). Concernant ces dernières, l'évaluation de l'EPP menée en région Centre expliquait que pour les SF hospitalières, « préparer la venue de l'enfant », signifiait apprendre à : « *connaître les attentes des femmes par rapport à la préparation à la naissance et à l'accouchement et (de) présenter le lieu d'accouchement* » (14). Nous pouvons supposer que les sujets relatifs à la parentalité et aux soins de l'enfant étaient abordés ultérieurement lors des séances de PNP, au sein de l'établissement.

Cependant, lorsque nous observons plusieurs études menées dans les réseaux périnataux (14), (15), (18), nous constatons que de manière général, pour toutes professionnelles confondues, les thèmes relatifs à la parentalité et aux soins du nouveau-né sont faiblement traités lors de l'EPP.

A propos de l'information sur le contenu des séances de PNP, notre étude indique que les trois groupes de sages-femmes présentaient souvent ce contenu à la femme ou au couple, en particulier les SF libérales (37 sur 39). Les différences observées entre les trois domaines d'exercices étaient notables.

Nous pouvons mettre en regard nos résultats avec de l'enquête de l'UNAF de 2010, selon laquelle 68,8% des parents affirmaient que le sujet de la PNP était traité durant l'EPP (23). Ce taux élevé s'interprétait par le fait que la PNP ressortait comme un des thèmes que les patientes souhaitaient très souvent aborder. En outre, l'information sur les séances de PNP donnée par les professionnels de santé fait partie des recommandations de la HAS sur l'EPP (1). Nous en déduisons que les SF se conformaient à ces recommandations.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les SF libérales apportent plus facilement des informations sur le contenu des séances de PNP, car leurs réalités d'exercice les amènent à animer elles-mêmes ces séances. A contrario, dans les hôpitaux ou en service PMI, les sages-femmes qui réalisent l'EPP ne sont pas forcément celles qui assurent l'animation des séances de PNP. Ces dernières peuvent donc se sentir moins à l'aise pour en présenter le contenu.

Travail en réseau des professionnels et coordination des actions autour de la grossesse

Notre étude a montré qu'il existait une différence significative ($p < 0,0001$) entre les trois domaines d'exercice, lorsqu'il s'agissait de programmer une nouvelle rencontre avec la patiente en post-partum.

Bien que les SF de consultation hospitalière orientaient souvent les parturientes en situation de vulnérabilité vers d'autres professionnels, celles-ci n'étaient que deux sur 25 (Annexe VI) à proposer systématiquement de revoir la mère en post-partum pour assurer la continuité du suivi. Il semblerait que du fait des contraintes organisationnelles du service quant à la prise de rendez-vous, les SF hospitalières ne puissent que rarement envisager de revoir les patientes en post-partum. Elles n'ont donc pas aisément la possibilité de rencontrer les patientes après l'accouchement pour évoquer leurs difficultés. Ces chiffres corroborent le fait que les SF hospitalières dirigent fréquemment les femmes enceintes vers d'autres professionnels, afin d'assurer la continuité du suivi au sein de l'établissement ou en ville : PMI, psychologue, secteur libéral.

D'après l'évaluation de l'EPP en région Centre, la précocité du dépistage et de l'orientation des femmes est un point sur lequel les SF hospitalières insistent : « *L'entretien prénatal précoce permet de dépister plus tôt les situations difficiles, d'amener une réflexion en amont sur les difficultés avant que le problème ne se pose. Cela présente un intérêt majeur car cela facilite l'accompagnement des femmes et la prévention* » (14).

Concernant les SF libérales, la diversité de leurs activités favoriserait une connaissance plus approfondie des patientes sur le plan psycho-affectif. Elles seraient plus à même de pouvoir retrouver en post-partum des patientes confrontées à des difficultés, par exemple au cours de la visite post-natale, mais aussi lors de la rééducation périnéale et des pesées du nouveau-né (14).

Quant aux SF de PMI, leurs réalités d'exercice les conduiraient à proposer davantage de rencontres durant la période post-natale, car la prévention médico-psycho-sociale et le « *suivi global de la grossesse et du postnatal* » font parties intégrantes de leur référentiel professionnel (20).

Au regard de ces résultats mitigés, il semblerait que le travail en réseau des professionnels autour de la grossesse pourrait être davantage étayé et organisé. Comme le déclare l'évaluation du Plan périnatalité de 2005 : « *Les réseaux de proximité [...] peuvent dès lors apporter une réponse adaptée à la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité, même si les liens sont encore ténus entre les différents acteurs ville - hôpital - psychiatrie - obstétrique, et le temps de coordination insuffisamment valorisé pour faciliter l'investissement des professionnels* » (4).

Il résultait de ce manque de complémentarité entre professionnels, que la patiente se retrouvait quelque peu en retrait. L'évaluation de ce plan (13), faisait également ressortir qu'il existait en fonction des régions, des inégalités de prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité à la suite de l'EPP.

Conformément aux recommandations de la HAS de 2005, la communication entre les professionnels des différents milieux : hospitalier, PMI et libéral, apparaît primordiale pour coordonner les actions et assurer une meilleure qualité du suivi des parturientes et des couples (1).

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectifs de comparer les différences de pratiques dans la conduite de l'entretien prénatal précoce, entre des sages-femmes issues de différents domaines d'exercice. Elle visait aussi à évaluer si ces professionnelles prenaient en compte les recommandations de la HAS pour mener cet entretien (1).

En réponse au premier objectif, nos observations ont permis de mettre en évidence des différences de pratique effectives entre les sages-femmes et de montrer que ces différences étaient généralement associées aux réalités d'exercice des professionnelles.

En milieu hospitalier, nous avons relevé que les SF étaient généralement contraintes par un planning de consultation instauré par l'établissement. Elles étaient limitées en ceci dans leurs possibilités de revoir les patientes, même si leur situation le nécessitait. Par ailleurs, le nombre de pères rencontrés était assez faible.

En revanche, nous avons constaté que du fait de l'obligation d'adhésion des maternités au réseau périnatal, les SF de consultation hospitalière n'hésitaient pas à apporter aux patientes des informations sur le réseau Aurore.

En ce qui concerne les SF de PMI, nos analyses ont exposé que leurs réalités d'exercice les amenaient dans leur pratique quotidienne et au cours de l'EPP, à rencontrer un nombre plus important de femmes relevant de conditions socio-économiques fragiles.

En outre, de par leurs fonctions de coordination au sein du département, les SF de PMI pouvaient à la fois établir des liens avec les acteurs du secteur médico-social et avec le réseau périnatal Aurore. Il est également ressorti de nos résultats, que ces sages-femmes proposaient volontiers un suivi adapté aux besoins des parturientes à la suite de l'EPP. De plus elles procuraient davantage d'informations sur les ressources de proximité.

Quant aux SF libérales, la différence avec leurs confrères des autres domaines d'exercice, réside dans le fait que l'EPP apparaît avant tout comme un moyen de rencontrer les futurs parents, pour introduire et adapter leurs séances de PNP aux attentes de ces derniers.

Il est apparu également que les SF libérales étaient les professionnelles qui informaient de manière soutenue les couples sur les compétences parentales et les soins de l'enfant.

D'autre part, pour répondre au second objectif, notre étude a pu dégager des points communs entre les sages-femmes interrogées. Ceux-ci portaient sur les critères de l'EPP définis dans les recommandations de la HAS de 2005 (1). Nous retrouvions parmi ces points: le respect de la durée préconisée, la rédaction d'une synthèse à la fin de l'EPP, l'utilisation de différentes techniques de communication pour créer des conditions favorables à l'entretien, l'évocation de sujets relatifs aux aspects émotionnels de la grossesse et l'information concernant la PNP.

Néanmoins, nous avons mis en évidence que les professionnelles ne se référaient pas systématiquement à ces recommandations: synthèse de l'EPP non transmise ou non remise à la patiente, risques liés à l'automédication peu abordés.

De même, nos résultats ont montré que certaines informations et certains sujets précisés dans les recommandations de la HAS n'étaient pas toujours évoqués avec les futurs parents (1). Or, à plusieurs reprises, les différences observées étaient significativement associées au domaine d'exercice de la sage-femme.

Notre étude s'achève sur des constats par rapport aux pratiques actuelles de l'EPP au sein du réseau Aurore. Il paraîtrait toutefois intéressant de s'attacher à connaître comment les sages-femmes considèrent leur manière de conduire de l'EPP. Tout comme il serait important de mesurer leurs difficultés et de s'intéresser à leurs propositions d'améliorations dans la pratique de cet entretien.

A l'échelle nationale, les résultats de l'Enquête Périnatale de 2016 sont attendus à la fin de cette année 2017 (24). Ils pourront nous éclairer sur l'évolution des pratiques concernant l'entretien prénatal précoce.

Au regard de ces conclusions, la question suivante peut émerger : faudrait-il tendre à mieux standardiser la manière de mener l'EPP ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles: «préparation à la naissance et à la parentalité». HAS [en ligne] 2005; 8-19 [consulté 29-10-2016]. Disponible à partir de URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_269939.
2. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Béart G. Enquête périnatale nationale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des Affaires sociales et de la Santé [en ligne] 2005;(1): 1-36 [consulté 12-11-2016]. Disponible à partir de URL : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2003>
3. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport 2004. [consulté 12-11-2016] Disponible à partir de URL: http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Textes_reglementaires/Plans/Perinatalite%20et%20prevention%20en%20sante%20mentale%20Collaboration%20medico-psychologique%20en%20perinatalite.pdf
4. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Plan «Périnatalité » 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. BDSP [en ligne] 2004; 4-6 [consulté 12-11-2016]. Disponible à partir de URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/319536/>
5. République Française. Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. JO 15 Mars 2016 [cité 27-12-2016]. Disponible à partir de URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
6. Assurance Maladie. La grossesse. [consulté 9-11-2016] Disponible à partir de URL: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-grossesse.php>
7. Galley-Raulin F. Chapitre 9: L'entretien prénatal individuel. *In*: Marpeau L, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), Collège National des Sage-Femmes (CNSF), *et al.* Traité d'obstétrique. Paris: Masson; 2010. p. 75-9
8. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale de 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Ministère des Affaires sociales et de la Santé [en ligne] 2011; 3-47 [consulté 10-11-2016]. Disponible à partir de URL: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et->

statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003

9. Dupont C, Gonnaud F, Touzet S, *et al.* Mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente à propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37: 685-90.

10. Institut nationale de Prévention et d'Education pour la Santé. Dossier périnatalité et parentalité : « Une révolution en marche ? ». [consulté 3-12-2016] Disponible à partir de URL: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/03.htm>

11. Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (Afree). Référentiel de formation à l'entretien prénatal précoce du 1^{er} trimestre. Afree [en ligne] 2007; [consulté 29-11-2016]. Disponible à partir de URL: <http://www.afree.asso.fr/Refrentiel.pdf>

12. Aernout EM, Carpentier S. Connaissance de l'entretien prénatal précoce chez les femmes venant d'accoucher: étude transversale en 2011 dans la métropole lilloise (France). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [en ligne] 2015; [consulté 24-11-2016]. Disponible à partir de URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.013>

13. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. [consulté 23-11-2016] Disponible à partir de URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

14. Aymeric S, Binet C, Gillouët C, *et al.* Evaluation de l'entretien prénatal précoce en région Centre: repérage, orientation et accompagnement des mères en situation de vulnérabilité. ORS Centre [en ligne] 2011; [consulté 24-11-2016]. Disponible à partir de URL: <http://www.orscentre.org/publications/observation-sanitaire/21-thematiques/perinatalite/78-evaluation-de-l-entretien-prenatal-precoce-en-region-centre-reperage-orientation-et-accompagnement-des-meres-en-situation-de-vulnerabilite>.

15. Bouffard B Giraud J, Robin S, *et al.* La réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou-Charentes. Enquête auprès des sages-femmes libérales, salariées et de PMI. ORS Poitou-Charentes [en ligne] 2012; [consulté 24-11-2016]. Disponible à partir de URL: <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/zz6xD7EPP12.pdf>.

16. Assurance Maladie. Nomenclature générale des actes professionnels. [consulté 20-11-2016]
Disponible à partir de URL: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap.php>
17. Janvier E. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. Mémoire Sage-femme, Clermont 1; 2013.
18. Cortet A. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Sante de Novembre 2005. Mémoire Sage-femme, Paris Descartes; 2010.
19. Bertoli M. La sage-femme de PMI et l'Entretien Prénatal Précoce. Mémoire Sage-femme, Metz; 2013.
20. Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales. Fiche métier et référentiel. [consulté 28-11-2016] Disponible à partir de URL: <http://www.ansft.org/sage-femme-pmi/fiche-metier-referentiel>
21. Branger B. Réseaux de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012. Bull Epidemiol Hebd [en ligne] 2015;(6-7):123-31.[consulté 01-12-2016]. Disponible à partir de URL: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html.
22. Gandar A. L'entretien prénatal précoce: Qu'en est-il de son organisation dans les maternités publiques de la région Grand-Est ?. Mémoire Sage-femme, Metz; 2011.
23. Brun N. Enquête périnatalité: «Regards de femmes sur leur maternité ». UNAF [en ligne] 2010; 12-6 [consulté 04-01-2016]. Disponible à partir de URL: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf.
24. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale de 2016. EPOPé [en ligne] 2016; [consulté 8-02-2017]. Disponible à partir de URL: <http://www.epopé-inserm.fr/nouvelle-enquete-nationale-perinatale-mars-2016-747>.

ANNEXES

Annexe I : Protocole de recherche modifié le 20/02/17

1-Titre : Pratiques des sages-femmes en matière d'entretien prénatal précoce et influence du domaine d'exercice.

2-Objectifs :

Objectif principal : Comparer les différentes pratiques professionnelles des sages-femmes dans la conduite de l'entretien prénatal précoce.

Cette évaluation sera menée auprès des sages-femmes du réseau Aurore, issues de différents domaines professionnels : protection maternelle et infantile (PMI), libéral, hospitalier (secteurs privé et public).

Objectif secondaire : Evaluer si les sages-femmes se référaient aux recommandations de la HAS de 2005 relatives à l'entretien prénatal précoce.

3-Justification de l'étude :

La Haute Autorité de Santé a publié en 2005 des recommandations pour la conduite de l'entretien prénatal précoce et a défini ses objectifs.

Cet entretien se veut personnalisé et adapté au contexte de chaque patiente.

Il s'agit d'un temps d'échange et d'écoute, durant lequel la femme ou le couple peut évoquer ses attentes par rapport à la grossesse, son projet de naissance, la parentalité. Il permet d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation quant à l'arrivée de l'enfant.

L'EPP peut être mené par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien. La durée imposée par les recommandations HAS est de 45 minutes minimum. Cet entretien représente la première des 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, et bénéficie donc d'une cotation particulière dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Assez peu d'études sur l'entretien prénatal précoce interrogent les sages-femmes. Certains professionnels de santé ne parlent de cet entretien qu'aux femmes en difficulté, et les objectifs de l'entretien ne sont pas toujours bien connus.

C'est pourquoi, j'ai voulu observer s'il existait des différences de pratiques dans la conduite de l'EPP en fonction du domaine d'exercice de la sage-femme : hospitalier, protection maternelle et infantile, libéral.

Tout d'abord, je me suis intéressée au cadre et aux conditions dans lesquels était mené l'entretien prénatal. Ensuite, je me suis attachée à connaître quels étaient les sujets abordés durant l'EPP. Enfin, je me suis appliquée à savoir si les sages-femmes se référaient aux recommandations de l'entretien prénatal précoce, définies par la HAS en 2005.

4- Type d'étude : Étude descriptive transversale sur les pratiques des sages-femmes.

5- Facteurs étudiés : thèmes définis dans les recommandations de la HAS concernant l'EPP

- 1.Santé globale de la femme enceinte
- 2.Informer sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels
- 3.Prévention des facteurs de risque et comportements à risque
- 4.Identifier les besoins d'information et les compétences parentales à développer
- 5.Repérer les facteurs de vulnérabilité
- 6.Travailler en réseau avec des professionnels des milieux médical, sanitaire et social.

Demandes d'informations sur le mode d'exercice de la sage-femme, la fréquence hebdomadaire des entretiens prénataux et les thèmes les plus abordés.

6- Critères de jugement:

Conditions de réalisation de l'entretien prénatal.

Thèmes définis par la HAS concernant l'entretien prénatal.

Réponses aux items pour la 1ere partie du questionnaire : OUI/NON, classement par choix ordonnés.

Pour la 2eme partie : établissement d'un score sur 4, pour chaque item.

Chacun des 6 thèmes définis par la HAS comprendra un ou plusieurs items à cocher:

Jamais/Rarement/Parfois/Souvent/Toujours notés respectivement : 0-1-2-3-4 sur 4 points

Évaluation des résultats par pourcentage et moyenne au thème abordé.

Présentation des résultats:

I. Conditions et cadre de l'entretien prénatal précoce :

- Comment et par qui sont adressées les femmes ?
- Supports des entretiens
- Cadre: temps et lieu de l'entretien
- Conditions de dialogue, outils pour mener la discussion

II. Points abordés durant l'entretien (thèmes définis par la HAS)

- 1.Santé globale de la femme enceinte
- 2.Informer sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels
- 3.Prévention des facteurs de risque et comportements à risque
- 4.Identifier les besoins d'information et les compétences parentales à développer
- 5.Repérer les facteurs de vulnérabilité
- 6.Travailler en réseau et coordination des professionnels de la périnatalité

1.Santé globale de la femme enceinte :

- Parler du vécu de la grossesse et du Projet de Naissance
- Permettre à la femme/couple de mobiliser ses ressources pour s'adapter aux changements liés à l'arrivée de l'enfant.

2.Informer sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels :

- Présenter le suivi médical de grossesse
- Présenter l'offre de soin, le travail des différents acteurs autour de la femme enceinte

3.Prévention des facteurs de risque et comportements à risque:

- Règles hygiéno-diététiques, information sur la toxoplasmose et la listériose
- Évoquer les risques liés à l'automédication, le tabac, l'alcool, les addictions...

4.Identifier les besoins d'information et les compétences parentales à développer:

- Encourager la participation à la PNP et parler du contenu de celle-ci, des différents types de PNP
- Accompagnement à la parentalité, apprentissage des soins du nouveau-né

5.Repérer les facteurs de vulnérabilité:

- Utilisation d'outil d'aide à la relation/communication, ou d'une trame pour guider l'entretien: comment favoriser l'échange ?
- Dépistage des situations de vulnérabilité

6.Travailler en réseau avec des professionnels:

- Informations sur le réseau Aurore
- Relations avec les acteurs des domaines social, sanitaire et médical.
- Prise en charge psychologique de la femme enceinte.

7- Biais et facteurs de confusion:

-biais de mesure:

- utilisation par les professionnels de trames conçues pour conduire l'EPP: risque de rester fixé sur la trame sans traiter tous les objectifs, ne pas entendre les demandes des futurs parents.
 - différence entre les réponses au questionnaire et les pratiques effectives des sages-femmes.
 - biais de sélection: risque de ne pas avoir assez de réponses car le questionnaire est envoyé par mail.
- Limiter les biais : Relances par mail, participation à des entretiens du 4ème mois.

8- Population:

Sages-femmes du réseau périnatal Aurore proposant l'entretien prénatal précoce, exerçant en: PMI, libéral et consultation hospitalière (secteurs privé et publique).

9- Nombre de sujets nécessaires:

Au moins 20 à 40 sujets par groupe (trois groupes : PMI, libéral, hospitalier).
N supérieur ou égal à 80.

10 - Collecte des données:

- Déclaration à la CNIL (sans données sensibles) afin de concevoir un registre des adresses mail de toutes les sages-femmes du réseau Aurore proposant l'entretien prénatal précoce : n° 1903649V0
- Recueil des informations par questionnaire en ligne Google Forms : lien envoyé par mail aux sages-femmes, plus informations sur l'étude et le mémoire.
- Outils de mesure d'évaluation des pratiques : questions fermées, questions à choix multiple, questions à choix ordonnés, quelques questions ouvertes.

11- Analyse statistique des données:

Excel, Biostat TGV, Statview
Score sur 4 points pour noter chaque facteur étudié (objectifs HAS)
Calcul de la p-value : montrer qu'un groupe est différent d'un autre, Calcul de la plus-value (0,05)
Test de Kruskal Wallis pour comparer les trois groupes entre eux
Test de Mann-Whitney: comparer les groupes 2 à 2
Présentation des données: tableaux

12- Personnel:

- Madeline Desgranges: étudiante sage-femme, auteur de l'étude.
- Mme Bonnin : sage-femme enseignante, guidante du mémoire.
- Mme Deville : sage-femme libérale, expert thématique du mémoire.
- Mr Béranger : sage-femme, référent méthodologie et analyse statistique.
- Secrétaires médicales: transmission du questionnaire aux SF de consultation hospitalière.
- Cadres de santé: transmission du questionnaire aux SF de consultation hospitalière.

13- Calendrier prévisionnel de l'étude :

- Déclaration à la CNIL : 23 novembre 2015
- Rendu des protocoles par mail: 14/12/15
- Restitution des protocoles corrigés: 18/01/16
- Recueil des contacts et adresses mail des sages-femmes concernées : du 22/01/16 au 7/03
- Élaboration du pré-questionnaire: du 22/01 au 7/03
- Test du pré-questionnaire : 25 /03 au 3/04
- Correction du questionnaire et élaboration du questionnaire final : du 3/04 au 15/05
- Envoi du questionnaire par mail: 23/05
- Attente des réponses : 3 semaines
- Relance : dès le 6/06 puis relance tous les 15 jours par mail.
- Attente des réponses.
- Traitement statistique des données du questionnaire : à partir du 26/09/16
- Rédaction : novembre 2016
- Rendu du mémoire: 6 mars 2017

Annexe II : Questionnaire de l'étude

Bonjour,

Ce questionnaire vous prendra environ 7 min, il est composé de 20 questions.

Les réponses sont strictement anonymes et confidentielles.

Les données fournies ne seront utilisées que dans le cadre de ce mémoire.

Je vous remercie pour l'intérêt et le soutien portés à mon travail et ne manquerai pas de vous adresser les résultats de cette étude.

Madeline Desgranges, étudiante sage-femme à Lyon.

Informations générales vous concernant

Quel est votre domaine d'exercice ? *

- Libéral
- PMI
- Hospitalier secteur public
- Hospitalier secteur privé

Où exercez-vous ? *

- Département du Rhône hors métropole
- Métropole Lyonnaise
- Ardèche
- Drôme
- Isère
- Ain

Avez-vous suivi une formation sur l'entretien prénatal précoce ? *

- Oui
- Non

Combien d'entretiens proposez-vous par mois ? *

- Moins de 10 par mois
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

En moyenne sur un mois, combien de femmes viennent seules à l'entretien ? *

Votre réponse _____

En moyenne sur un mois, combien de couples viennent à l'entretien ? *

Rédigez-vous une synthèse de l'entretien à la fin de celui-ci ? *

- Oui
- Non

Si oui, à qui transmettez-vous cette synthèse ?

Conditions et cadre de l'entretien

Le plus souvent, les femmes que vous rencontrez ont été informées ou adressées à l'entretien par :

Classez les items par ordre de fréquence, le chiffre 1 correspond au professionnel à l'origine du plus grand nombre d'orientations. Toutes les colonnes doivent être remplies.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Leur médecin généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur gynécologue-obstétricien	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur sage-femme libérale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
La sage-femme qui suit la grossesse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une secrétaire médicale	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un membre de son entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un courrier d'information : CAF, PMI...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet, forum, plaquette d'infos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous menez vos entretiens : *

Plusieurs réponses possibles

- Dans votre bureau de consultation
- Dans une pièce dédiée aux entretiens prénataux
- Dans une Maison du Rhône / PMI
- À domicile

En moyenne, vos entretiens durent : *

- Moins de 45 min
- 45 min
- 45 min à 1 heure
- Plus d'1 heure
- Vous adaptez la durée en fonction de la patiente

Pour vous, quels sont les horaires propices à la réalisation de l'entretien ? *

Plusieurs réponses possibles

- Le matin
- L'après-midi
- Après 17h
- Peu importe
- Votre planning est imposé

Pour mener votre entretien, vous utilisez : *

Plusieurs réponses possibles

- Le guide de l'EPP de la HAS
- Une trame de questions à aborder élaborée en équipe
- Une trame mise en place par le réseau périnatal
- Votre propre trame
- Le dossier obstétrical de la patiente
- Vous n'utilisez pas de support
- Autre :

Thèmes abordés durant l'entretien

1) Santé globale de la femme enceinte

Lors d'un entretien, vous sentez-vous concerné par le suivi médical de la patiente ? *

- Oui
- Non

De manière générale, vous informez la femme/le couple sur : *

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les ressources personnelles de la patiente: conditions de vie, situation socio-économique, environnement familial...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les antécédents généraux de la patiente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le vécu de la grossesse actuelle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le vécu des grossesses précédentes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conditions d'accueil de l'enfant à naître	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le projet de naissance	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2) Rôle des professionnels autour de la femme enceinte

De manière générale, vous informez la femme/le couple sur : *

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les différents acteurs intervenant autour de la femme enceinte	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le déroulement du suivi de grossesse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les missions et fonctionnement du réseau périnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les droits et offres de soin liés à la maternité	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les ressources matérielles et services de proximité pour accompagner les futurs parents	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) Prévention et informations sur les comportements à risque

De manière générale, vous informez la femme/le couple sur : *

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les risques liés à la vie professionnelle : travail, sommeil, transports	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conseils d'hygiène, nutrition, activité physique	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les risques infectieux alimentaires: toxoplasmose, listeria...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les risques liés à l'automédication	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les risques liés aux addictions : alcool, tabac, drogues...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) Compétences parentales, instauration du lien parents-enfant

De manière générale, vous : *

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Informez la femme/le couple sur le contenu des séances de PNP	<input type="radio"/>				
Encouragez la femme/le couple à participer aux séances de PNP	<input type="radio"/>				
Proposez un accompagnement au niveau des compétences parentales: soins de l'enfant, alimentation, couchage, sécurité, accidents domestiques...	<input type="radio"/>				

5) Dépistage des situations de vulnérabilité

Pour détecter des situations de vulnérabilité et laisser la femme exprimer son ressenti, vous utilisez plutôt : *

Plusieurs réponses possibles

- Des questions ouvertes
- Des questions fermées
- Une liste de questions sur les principaux facteurs de vulnérabilité
- Vous proposez une nouvelle rencontre pour évoquer des problèmes délicats: violences conjugales et familiales, addictions, traumatismes psychiques.
- Autre : _____

6) Travail en réseau et coordination des actions autour de la femme enceinte

Dès qu'une situation de vulnérabilité ou un problème de santé se présente : *

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Vous proposez un entretien spécialisé avec le professionnel concerné	<input type="radio"/>				
Vous en parlez avec la patiente lors d'une consultation de suivi de grossesse	<input type="radio"/>				
Vous vous faites soutenir par des psychologues ou psychiatres pour mieux prendre en charge les besoins psychiques de la patiente	<input type="radio"/>				
Vous reprogrammez une nouvelle rencontre avec la femme en post-partum	<input type="radio"/>				

7) Pour terminer

Abordez-vous d'autres points qui ne figurent pas dans ce questionnaire ? Quels sont-ils ?

Votre réponse

Commentaires libres :

Annexe III : Objectifs de l'entretien prénatal précoce définis par la HAS

4.1 Objectifs de l'entretien précoce

Les objectifs de l'entretien individuel ou en couple sont présentés par le professionnel de santé qui déclare la grossesse. Le but recherché de l'entretien est :

- de présenter le dispositif de suivi de la grossesse ;
- de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels ;
- d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;
- de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
- d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.

Le professionnel qui réalise l'entretien s'assure que la femme et le couple ont compris les objectifs de l'entretien. L'entretien permet :

1. *Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte* (aspects somatique, psychologique et social) pour :
 - permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple et leur contexte de vie ;
 - explorer le vécu de la grossesse en consolidant les compétences personnelles de la femme ;
 - conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;
 - permettre à la femme enceinte de mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant, de même pour le futur père.
2. *Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte* qui vise à :
 - présenter l'offre de soins, le travail entre les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables avec mise en garde quant aux sources qui délivrent une information non vérifiée ;
 - faire le point sur le suivi médical sans aborder systématiquement les informations spécifiques au contenu et aux conditions de déroulement des consultations de suivi médical de la grossesse, sauf en cas d'absence de suivi ou de questions posées par la femme ou le couple ;
 - présenter les alternatives de PNP au sein de l'offre locale.
3. *Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque¹* :
 - donner des informations sur les risques liés au mode de vie, des conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires ;
 - souligner les risques de l'automédication, de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

4. *Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir pour :*

- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales en vue de préparer la naissance, l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions, et soutenir la fonction parentale ;
- préciser à la femme ou au couple que leur expérience va être consolidée, qu'un apprentissage va leur être proposé comme les soins à l'enfant, l'alimentation, le couchage, la prévention, la promotion d'une bonne santé, la sécurité au domicile. L'épanouissement d'une « parentalité réussie » va être soutenu par des informations et des échanges d'expérience (besoins et exigences d'un jeune enfant, construction du lien d'attachement, faire face à des pleurs, en particulier de cause inconnue, etc.) ;
- encourager le couple à participer aux séances en soulignant l'intérêt d'une PNP précoce et régulière qui sera poursuivie à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce ou en cas de difficultés anticipées durant la grossesse ou décelées après la naissance.

5. *Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant afin :*

- de ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité et un bas niveau éducatif, mais de les élargir à d'autres facteurs (encadré 4) ;
- d'identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ;
- de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales.

Les facteurs de vulnérabilité ne pourront pas tous être repérés lors de l'entretien individuel. Il est recommandé que le professionnel de santé, qui assure les consultations de suivi de la grossesse, soit attentif au repérage de ces facteurs. Les transmissions interprofessionnelles sont une aide pour le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse pour ajuster sa vigilance.

6. *Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale pour :*

- proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ;
- discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical de l'intérêt d'un suivi médical complémentaire et en cas de problème somatique d'une consultation

spécialisée. Les confidences reçues ne doivent pas d'emblée entraîner une consultation spécialisée, en particulier psychologique ou psychiatrique. Lorsque la femme n'est pas prête à effectuer la démarche, les psychologues et psychiatres peuvent apporter un soutien au professionnel qui suit la grossesse pour l'aider à mieux prendre en compte les besoins psychiques et intensifier le suivi médical ;

- envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d'insécurité (violence, isolement extrême, etc.) ;
- adapter le suivi en fonction des besoins tout au long de la grossesse, à la naissance et en postnatal.

Annexe IV : Lieux utilisés pour mener l'EPP

Tableau XII Lieux utilisés par les sages-femmes pour mener l'entretien prénatal en fonction du domaine d'exercice

<i>Domaine d'exercice</i>	SF Hôp N=25	SF Lib N=39	SF PMI N=25	Tous domaines N=87
<i>Lieux utilisés pour l'entretien, n (%)</i>				
Bureau	25 (100%)	34 (87,2%)	23 (100%)	82 (94,3%)
Pièce dédiée aux entretiens	1 (4%)	6 (15,4%)	0	7 (8%)
Domicile	0	2 (5,1%)	18 (78,3%)	20 (23%)

Annexe V : Proposition d'un accompagnement à la parentalité

Tableau XIII Accompagnement à la parentalité

<i>Sages-femmes hospitalières</i>					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
n (%)	2 (8%)	4 (16%)	11 (44%)	6 (24%)	2 (8%)
<i>Sages-femmes libérales</i>					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
n (%)	1 (2,6%)	0	2 (5,1%)	5 (12,8%)	31 (79,5%)
<i>Sages-femmes PMI</i>					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
n (%)	0	3 (13,1%)	1 (4,3%)	11 (47,8%)	8 (34,8%)

Annexe VI : Proposition d'une nouvelle rencontre en post-partum

Tableau XIV Nouvelle rencontre en post-partum

Sages-femmes hospitalières					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
n (%)	5 (20%)	6 (24%)	9 (36%)	3 (12%)	2 (8%)
Sages-femmes libérales					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
n (%)	0	0	7 (17,9%)	20 (51,3%)	12 (30,8%)
Sages-femmes PMI					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
n (%)	0	0	4 (17,4%)	14 (60,9%)	5 (21,7%)

Annexe VII : Fiche de liaison du réseau périnatal Aurore pour l'entretien prénatal précoce

<p>RESEAU PERINATAL AURORE</p> <p>Date de la Cs :</p> <p>Age gestationnel : [] [] SA</p> <p>En présence du conjoint : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Lieu d'accouchement à priori prévu :</p> <p>Qui vous a proposé cet entretien ?</p> <p>Connaissance du Réseau AURORE : <input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Pendant l'entretien</p> <p>Connaissance de possibilité de TIU ou TNN : <input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Pendant l'entretien</p> <p>Soutien(s) proposé(s) :</p> <p>PMI : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Psychologique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Assistance sociale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Cs d'aide arrêt du tabac : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Diététicienne : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Aide :</p> <p>NOM du praticien :</p> <p>Exemplaires BLANC : Future maman VERT : Praticien BLEU (anonymisé) : AURORE</p> <p>La patiente accepterait-elle d'être contactée après la naissance pour nous faire partager son expérience : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Tel :</p>	<p style="text-align: right;">Patiente (Nom, prénom) :</p> <p style="text-align: center;">Fiche de liaison pour l'entretien précoce</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;">ATCD marquants et santé globale</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;">Environnement social et familial</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;">Projet de naissance</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;">Ressentis</td> </tr> </table>	ATCD marquants et santé globale	Environnement social et familial	Projet de naissance	Ressentis
ATCD marquants et santé globale	Environnement social et familial				
Projet de naissance	Ressentis				

Auteur : Madeline DESGRANGES	Diplôme d'Etat de Sage-femme, Lyon 2017
Titre : Pratiques des sages-femmes en matière d'entretien prénatal précoce et influence du domaine d'exercice	
<p>Résumé</p> <p><u>Objectif :</u> L'objectif principal de notre étude était de comparer les différences de pratiques des sages-femmes, dans la conduite de l'entretien prénatal précoce. L'objectif secondaire était d'évaluer comment les professionnels se référaient aux recommandations de la HAS de 2005 concernant l'EPP.</p> <p><u>Matériel et méthode :</u> Cette étude descriptive transversale s'est déroulée du 23 mai au 26 août 2016. Un questionnaire a été adressé par e-mail aux sages-femmes du réseau Aurore proposant des entretiens prénataux précoces. Trois groupes ont été constitués, correspondant aux domaines d'exercice des professionnels : libéral, PMI, consultation hospitalière.</p> <p><u>Résultats :</u> Des différences entre les sages-femmes ont été relevées dans la conduite de l'EPP, au niveau du lieu de l'entretien, du nombre de couples reçus et des techniques de communication, principalement. De plus, certains thèmes abordés en entretien pouvaient varier: fonctionnement du réseau périnatal, accompagnement à la parentalité, coordination des actions autour de la grossesse.</p> <p><u>Conclusion :</u> Notre étude fait ressortir que plusieurs informations communiquées aux patientes/couples, ainsi que certaines différences de pratiques observées, étaient effectivement influencées par les réalités d'exercice des professionnels. Par ailleurs, les recommandations de la HAS relatives à l'EPP étaient plutôt bien respectées par l'ensemble des sages-femmes. Toutefois, certains sujets préconisés par la HAS n'étaient pas régulièrement traités avec les futurs parents.</p>	
Mots-clés : entretien prénatal précoce, sage-femme, domaine d'exercice, pratiques	

Title: Midwives Practises concerning Early Prenatal Interview and the Influence of Professional Field
<p>Abstract</p> <p><u>Objective :</u> The main objective of our study was to compare the various practises used by midwives during the early prenatal interview. The second objective was to assess how professionals referred to HAS recommendations concerning the early prenatal interview in 2005.</p> <p><u>Methodology :</u> This descriptive and interdisciplinary study took place from the 23rd of May to the 26th of August 2016. A questionnaire was e-mailed to the Aurore perinatal network midwives who offer early prenatal interviews. Three groups corresponding to the professionals' fields of exercise were defined : midwives who are self-employed; working for the local council or working in hospitals.</p> <p><u>Results :</u> Differences between the midwives were pointed out in the proceeding of the early prenatal interview : they mainly concerned the place where the interview took place, the number of couples they met, and the communication techniques. Besides, some topics addressed during the interviews could vary: first perinatal network organization, parenthood support and professional perinatal network coordination.</p> <p><u>Conclusion:</u> Our study showed that some information given to the patients/couples, as well as some of the differences in practises we could notice, were indeed influenced by working realities. Moreover, the HAS recommendations concerning the early prenatal interview were rather well observed by most of the midwives. However, some topics encouraged by the HAS were not necessarily dealt with with the parents to be.</p>
Key-words : early prenatal interview, midwife, professional field, practises