

UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR DE MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2015-2020

**L'Entretien Prénatal Précoce :**  
**état des lieux de la pratique par les sages-femmes**  
**de Loire-Atlantique et Vendée**

Mémoire présenté et soutenu par

Charlotte LEAUTE

Née le 14 Mars 1998

Directeur de mémoire : Mme Gwénola SAUVAGE, Sage-Femme

## REMERCIEMENTS

---

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes m'ayant accompagnée dans l'écriture de ce mémoire, en particulier :

Gwénola Sauvage, sage-femme et directeur de mémoire, pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Natacha Borowski, sage-femme, pour son accompagnement au début de ma réflexion.

Catherine Ferrand, sage-femme enseignante au CHU de Nantes, pour sa guidance, ses conseils et corrections apportés.

Je tiens également à remercier les deux conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes de Loire-Atlantique et Vendée, les cadres coordinatrices de maternité et de PMI m'ayant facilité la diffusion de cette étude, le Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble, ainsi que toutes les sages-femmes ayant pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Je remercie aussi mes amies de promotion pour ces années passées à leur côté ainsi que ma famille pour son soutien et particulièrement ma maman pour la précieuse relecture de cet écrit.

# SOMMAIRE

---

|   |          |
|---|----------|
| <b>I. INTRODUCTION</b> .....  | <b>1</b> |
| <b>II. METHODE</b> .....  | <b>4</b> |
| A. <i>Nature de l'étude</i> .....                                   | 4        |
| B. <i>Population de l'étude</i> .....                               | 4        |
| C. <i>Outil et contenu du recueil de données</i> .....              | 5        |
| D. <i>Plaquette HAS</i> .....                                       | 5        |
| E. <i>Diffusion du questionnaire</i> .....                          | 5        |
| F. <i>Analyse statistique</i> .....                                 | 6        |
| <b>III. RESULTATS</b> .....   | <b>8</b> |
| A. <i>Echantillon de la population</i> .....                        | 8        |
| B. <i>Profil des sages-femmes</i> .....                             | 8        |
| 1. <b>Type d'exercice</b> .....                                     | 8        |
| 2. <b>Expérience professionnelle</b> .....                          | 9        |
| C. <i>Formation des sages-femmes</i> .....                          | 10       |
| 1. <b>Degré d'aisance</b> .....                                     | 10       |
| 2. <b>Formation initiale</b> .....                                  | 11       |
| 3. <b>Formation continue</b> .....                                  | 11       |
| D. <i>Réalisation de l'EPP selon les critères de la HAS</i> .....   | 13       |
| 1. <b>Proposition systématique</b> .....                            | 13       |
| 2. <b>Document explicatif</b> .....                                 | 14       |
| 3. <b>Recherche du consentement</b> .....                           | 14       |
| 4. <b>Moment de réalisation de l'EPP pendant la grossesse</b> ..... | 15       |
| 5. <b>Durée de l'EPP</b> .....                                      | 15       |
| 6. <b>Type d'entretien</b> .....                                    | 16       |
| 7. <b>Participants à l'entretien</b> .....                          | 16       |
| 8. <b>Support utilisé pour l'entretien</b> .....                    | 16       |
| E. <i>Difficultés et freins rencontrés</i> .....                    | 17       |
| 1. <b>Difficultés</b> .....   | 17       |
| 2. <b>Freins</b> .....  | 18       |
| F. <i>Items abordés lors de l'EPP</i> .....                         | 18       |
| G. <i>Préparation à la naissance et à la parentalité</i> .....      | 19       |
| H. <i>Traçabilité et synthèse</i> .....                             | 20       |
| 1. <b>Traçabilité</b> .....   | 20       |
| 2. <b>Synthèse</b> .....  | 20       |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| I.         | <i>Réorientation</i> .....  | 22        |
| 1.         | <b>Proposition</b> .....  | 22        |
| 2.         | <b>Professionnels et réseau</b> .....                                 | 23        |
| 3.         | <b>Mode de liaison avec les autres professionnels</b> .....           | 23        |
| 4.         | <b>Retour de ces orientations</b> .....                               | 24        |
| 5.         | <b>Obstacles au suivi en réseau</b> .....                             | 24        |
| 6.         | <b>Besoin d'une meilleure connaissance du réseau</b> .....            | 26        |
| J.         | <i>Plaquette issue des recommandations de la HAS</i> .....            | 26        |
| <b>IV.</b> | <b>DISCUSSION</b> .....   | <b>27</b> |
| A.         | <i>Présentation de l'échantillon</i> .....                            | 27        |
| 1.         | <b>Territoire d'étude</b> .....                                       | 27        |
| 2.         | <b>Type d'exercice</b> .....  | 27        |
| 3.         | <b>Spécificités de la PMI</b> .....                                   | 28        |
| 4.         | <b>Expérience professionnelle</b> .....                               | 29        |
| 5.         | <b>Place des autres professionnels de santé</b> .....                 | 29        |
| B.         | <i>L'EPP à travers les critères de la HAS</i> .....                   | 30        |
| 1.         | <b>Conditions de réalisation et organisation de l'EPP</b> .....       | 30        |
| 2.         | <b>Items abordés lors de l'EPP et prévention</b> .....                | 33        |
| C.         | <i>Ressentis par les sages-femmes dans la pratique de l'EPP</i> ..... | 36        |
| 1.         | <b>Aisance</b> .....  | 36        |
| 2.         | <b>Formations</b> .....   | 36        |
| 3.         | <b>Plaquette HAS</b> .....  | 38        |
| 4.         | <b>Difficultés</b> .....  | 38        |
| 5.         | <b>Freins de l'EPP</b> .....  | 38        |
| D.         | <i>Travail en réseau</i> .....  | 40        |
| 1.         | <b>Synthèse</b> .....   | 40        |
| 2.         | <b>Transmissions et partage de l'information</b> .....                | 41        |
| 3.         | <b>Réorientation vers des professionnels adaptés</b> .....            | 41        |
| 4.         | <b>Secret professionnel et confidentialité</b> .....                  | 43        |
| 5.         | <b>Autres obstacles identifiés</b> .....                              | 44        |
| 6.         | <b>Réseaux en périnatalité</b> .....                                  | 44        |
| <b>V.</b>  | <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>46</b> |

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

## GLOSSAIRE

---

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu  
CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
DPP : Dépression Post-Partum  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
EDS : Etablissement De Santé  
ENP : Enquête Nationale Périnatale  
EPP : Entretien Prénatal Précoce  
FC : Formation Continue  
FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité  
GO : Gynécologue-Obstétricien  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HTA : Hypertension Artérielle  
INVS : Institut de Veille Sanitaire  
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro  
MT : Médecin Traitant  
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels  
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité  
RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin  
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé  
RSN : Réseau Sécurité Naissance  
RSP : Réseau de Santé en Périnatalité  
SA : Semaines d'Aménorrhées  
SF : Sage-Femme  
TIU : Transfert In-Utero

# I. INTRODUCTION

La préparation à la naissance et à la parentalité, historiquement centrée sur la prise en charge de la douleur et ainsi nommée : « accouchement sans douleur », a subi de nombreuses évolutions.

Aujourd'hui l'approche de cette préparation est beaucoup plus générale, ne s'attardant pas seulement au travail et à l'accouchement, mais en prenant aussi en compte la famille dans sa globalité de l'anté au post-partum. La maïeutique a alors un rôle, à part entière, dans cette PNP.

En effet, le métier de sage-femme est défini par le **code de santé publique**, dans l'article L4151-1 (1), selon lequel « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance de l'accouchement, des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. »

Cette approche plus globale de l'accompagnement à la naissance s'est renforcée avec la mise en place du **plan périnatalité de 2005-2007**. (2)

Ce plan, annoncé par le ministre de la Santé et de la Protection Sociale, avait comme objectif principal de diminuer significativement la mortalité périnatale et maternelle, ainsi que les troubles du développement chez l'enfant.

Ce plan périnatalité comportait de nombreuses mesures visant « à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche », d'où l'intitulé de ce plan : **humanité, proximité, sécurité et qualité**.

Ce plan élaborait ainsi un nouvel esprit de prise en charge, avec en son cœur, l'écoute de la femme et du couple, apportant une dimension psychologique et sociale aux soins médicaux autour de la grossesse.

Dans cette démarche, **trois principales mesures** étaient ainsi mises en place :

- L'entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois
- La prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance
- Le développement des réseaux de périnatalité

L'entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois a été inclus dans ce plan de périnatalité à l'initiative du **Docteur Françoise Molénat, pédopsychiatre** au centre hospitalier de Montpellier. Françoise Molénat a rédigé un rapport (3) qui préconise la mise en place d'un entretien prénatal précoce afin d'ouvrir tôt le dialogue pendant la grossesse, permettant ainsi l'expression des attentes, des besoins, des craintes et des questions du couple.

Selon Françoise Molénat, la sage-femme paraît la mieux placée pour l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois. En effet, les consultations médicales ayant fait preuve de leur inefficacité sur le plan émotionnel, l'entretien permet d'ouvrir tôt le dialogue afin de recueillir les facteurs de vulnérabilité. Il constitue ainsi un premier point de sécurité par le rôle d'accompagnement de la sage-femme, considérée comme un professionnel de première ligne dans l'accompagnement de la grossesse, sans qu'un spécialiste de l'écoute n'intervienne trop vite. A ce titre, elle a également élaboré des recommandations sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité. (3)

**L'entretien prénatal précoce** est donc considéré comme une véritable porte d'entrée dans une démarche de prévention. Il constitue un véritable enjeu de santé publique permettant un travail sur différents plans : somatique, social et émotionnel. Cette mesure a été mise en place afin d'accompagner au mieux la périnatalité, en constituant par cette ouverture du dialogue, un facteur préventif de maltraitance et de psychopathologie infantile.

Afin de promouvoir cette collaboration médico-psychologique initiée par Françoise Molénat, une **circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins** a été publiée en juillet 2005, afin de mieux prendre en compte la dimension affective de la grossesse. (4)

Dans cette circulaire, un des objectifs principaux est également la mise en place d'un travail en réseau pluriprofessionnel. L'EPP doit permettre une anticipation du suivi par le réseau de proximité entourant la patiente, afin de répondre à ses besoins personnels en activant des dispositifs d'aide et d'accompagnement.

Le professionnel réalisant l'entretien prend alors un rôle de coordination des professionnels entre eux, permettant d'adapter le suivi de la femme et du couple en fonction de leurs difficultés.

Dès l'élaboration du plan périnatalité de 2005-2007, des **recommandations de bonnes pratiques** ont été demandées à l'ANAES pour accompagner cette réforme. Elles ont été publiées en novembre 2005 par la Haute Autorité de Santé. (5)

Ces recommandations basées sur la PNP, et incluant donc une prise en charge pré, per et post-partum, consacrent alors un chapitre entier à l'EPP, mesure phare du plan périnatalité. Ces recommandations ont alors pour objectif de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé.

L'EPP est donc au cœur de l'accompagnement des femmes, pour accueillir un nouveau-né et repérer les vulnérabilités.

Cependant ayant observé une diversité de pratiques au cours de mes différents stages hospitaliers et libéraux, et devant le peu de travaux de fin d'études à ce sujet, il m'a semblé important de réaliser un état des lieux de la pratique de cet entretien au niveau local, avec comme principales **interrogations** :

- L'organisation de l'EPP répond-elle aux critères de la HAS ? quelles sont les conditions de réalisation de l'entretien ?
- Les sages-femmes rencontrent-elles des difficultés à la réalisation de cet EPP ?
- Quelles orientations en réseau sont mises en place à la suite de cet entretien ?

L'objectif de ce mémoire est ainsi d'évaluer les pratiques en fonction des critères de qualité de la HAS (6), d'étudier les difficultés et les freins rencontrés par les sages-femmes lors de la réalisation de l'EPP, ou au contraire l'aisance qu'elles peuvent avoir à le réaliser, afin d'envisager par la suite une amélioration des pratiques, une meilleure orientation des patientes ainsi qu'un meilleur travail en réseau.

## II. METHODE

### A. *Nature de l'étude*

Afin de réaliser un état des lieux de l'EPP, nous avons effectué une étude statistique **observationnelle, transversale, descriptive** à visée étiologique. Cette étude a été menée par le biais d'un questionnaire constitué de données quantitatives et qualitatives répondant ainsi à nos objectifs.

### B. *Population de l'étude*

L'EPP est majoritairement réalisé par des sages-femmes. En effet, selon une enquête de 2012, à l'initiative de la Direction Générale de l'Offre de Soins (7), nous savons que **95%** des entretiens prénataux précoces sont réalisés par des **sages-femmes**.

Nous avons donc souhaité mener cette étude uniquement auprès de sages-femmes réalisant des EPP. Notre étude était tournée vers différents types d'exercice de la profession : c'est-à-dire des sages-femmes libérales, territoriales et d'établissements de santé, constituant ainsi notre population cible dans les départements de **Loire-Atlantique et Vendée**.

Le choix s'est porté sur ces deux départements pour une question de représentativité : en effet il était plus aisé de se limiter à ces deux départements du RSN – Naître Ensemble afin d'obtenir un meilleur taux de réponses, plutôt que d'étudier les cinq départements du réseau régional de périnatalité, qui privilégiait alors la puissance de l'étude, mais en étant certainement moins représentatif des pratiques de la population cible.

Toutes les sages-femmes réalisant des EPP en Loire-Atlantique et Vendée pouvaient ainsi être incluses, sans exception, dans notre étude.

Les autres professionnels et les sages-femmes ne réalisant pas d'EPP étant ainsi exclus.

Notre **population cible** se compose donc de trois types d'exercices différents :

- Sages-femmes **libérales** : 153 en Loire-Atlantique et 75 en Vendée sont référencées aux conseils départementaux de l'ordre de ces deux départements.
- Sages-femmes **d'établissements de santé** publics et privés : 7 établissements en Loire-Atlantique et 5 en Vendée.
- Sages-femmes de **Protection Maternelle et Infantile** des deux départements : 13 en Loire-Atlantique et 5 en Vendée.

### C. Outil et contenu du recueil de données

Nous avons établi un **questionnaire** effectuant un état des lieux de la réalisation de l'EPP par les sages-femmes de Loire-Atlantique et Vendée [Annexe I].

Ce questionnaire a été élaboré après lecture des critères des recommandations de la HAS (6), ainsi qu'après avoir étudié l'écrit d'Elsa Janvier ayant réalisé un mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme en 2013 (8).

Le questionnaire comprend ainsi 29 items :

La première partie apporte des informations sur le profil ainsi que la formation des sages-femmes. Ces informations nous renseignent sur les **différentes variables** étudiées : nombre d'années de diplômes, type d'exercice, nombre d'années de réalisation d'EPP, nombre d'EPP par semaine, aisance à la réalisation de l'EPP, formation initiale et formation continue.

La suite du questionnaire a pour objectif l'analyse de trois grands thèmes :

- Le respect des critères de la HAS concernant les modalités de réalisation de l'EPP.
- Les difficultés rencontrées par les sages-femmes dans la réalisation de cet EPP
- La synthèse de cet EPP et le travail en réseau qui en découle.

### D. Plaquette HAS

Ce questionnaire s'accompagne d'une plaquette, reprenant les points essentiels de l'EPP, issue de la synthèse des recommandations de la Haute Autorité de Santé (9).

La diffusion de ce document en fin de questionnaire informatisé, nous a permis d'évaluer le besoin de connaissances des sages-femmes et de relayer les informations essentielles à propos de l'EPP, pour celles ayant besoin de renseignements supplémentaires.

### E. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été transmis à notre population cible via un lien informatique, accompagné par mail, d'un paragraphe explicatif de l'étude réalisée, expliquant ainsi à qui s'adressait cette étude et quels en étaient les principaux objectifs.

La **diffusion** du questionnaire a débuté le 20 mars 2019 par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de Loire-Atlantique à l'ensemble des sages-femmes inscrites au tableau du département. Le 03 avril 2019, le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de Vendée a effectué la même diffusion dans son département.

Une première **relance** par ces deux conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes a été réalisée le 15 mai 2019.

Une seconde relance a également été effectuée fin juin 2019 :

- Par contact direct de certaines **sages-femmes libérales** ayant laissé leur adresse mail visible sur les pages jaunes ou bien sur le site du CNOSF.
- Par les cadres de maternité pour les **sages-femmes d'établissement de santé**. Nous avons ainsi recueilli la réponse de 7 cadres sur les 12 maternités des deux départements.

Concernant le **réseau territorial** de la profession, nous avons pu directement contacter Anne Callac, sage-femme coordinatrice en Loire-Atlantique, qui a réalisé une relance en juillet 2019.

Pour le département de la Vendée, à la suite du contact de tous les centres médico-sociaux, nous avons obtenu le contact de Caroline Trillaud, sage-femme territoriale, avec qui nous avons eu un entretien téléphonique le 18 juillet 2019, pour justifier l'absence de réponse des sages-femmes territoriales de Vendée.

#### *F. Analyse statistique*

Les réponses étaient automatiquement renseignées dans un tableau de données pour ensuite être analysées.

Le logiciel Excel de Microsoft nous a permis d'analyser les données via l'utilisation des tableaux croisés dynamiques.

Différentes valeurs ont été utilisées en fonction du type de données :

- Pour les données quantitatives : les moyennes, médianes, écarts-types, minimums et maximums ont été réalisés.
- Pour les données qualitatives : des pourcentages et effectifs ont été calculés.

Afin de prendre en compte les erreurs aléatoires comme dans toutes études, nous avons ensuite effectué des **tests statistiques** afin d'apporter une valeur de précision sur nos données propres à l'échantillon. Pour cela, nous avons utilisé le site en ligne BiostaTGV ou le logiciel XLSTAT. Le seuil de significativité avait été défini en amont à 5% (avec  $\alpha = 5\%$ , et ainsi une significativité établie si  $p\text{-value} < 0,05$ ).

Des tests statistiques ont donc été réalisés afin d'établir une p-value pour chaque variable afin d'estimer la significativité en fonction du risque alpha prédéfini à 5% :

Pour comparer les mesures d'une variable **quantitative**, deux tests ont été réalisés :

- Le test de Student a été réalisé lorsque deux groupes de sujets étaient à comparer.
- L'analyse des variances, aussi appelée test « ANOVA », a été réalisée lorsque l'analyse portait sur plus de deux groupes. Cette analyse permet d'étudier l'indépendance d'une variable quantitative en fonction d'une variable explicative de plusieurs groupes.

Pour tester l'indépendance entre deux variables **qualitatives** (effectifs, proportions) deux tests ont été réalisés :

- Le test de Fisher a été effectué lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, c'est une alternative au test de  $\chi^2$  lorsque les échantillons sont petits.
- Le test de  $\chi^2$  a été exploité lorsque les effectifs étaient supérieurs ou égaux à 5. Ce test est d'une puissance supérieure au test de Fisher, donc plus apte à rejeter les hypothèses nulles de départ.

### III. RESULTATS

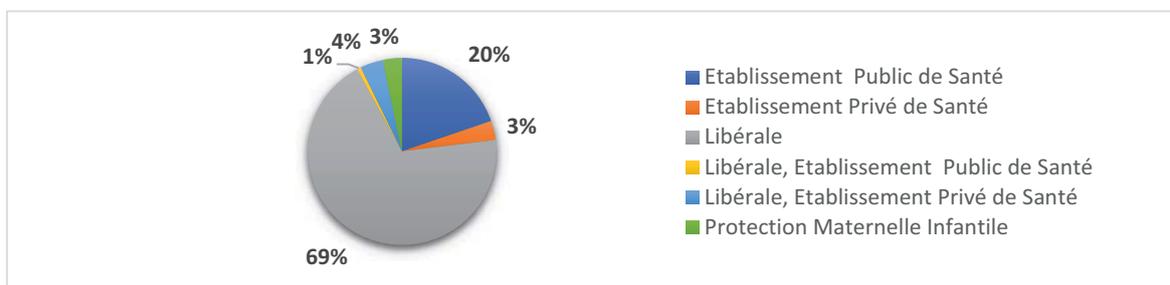
#### A. Echantillon de la population

**152 réponses** au questionnaire ont été recueillies sur une période de 4 mois : **98** réponses de Loire-Atlantique et **54** de Vendée.

Les résultats ci-dessous sont présentés dans l'ordre rationnel du questionnaire. Toutes les p-values, calculées pour chaque variable et renseignées ci-dessous, sont répertoriées dans un tableau récapitulatif [Annexe II].

#### B. Profil des sages-femmes

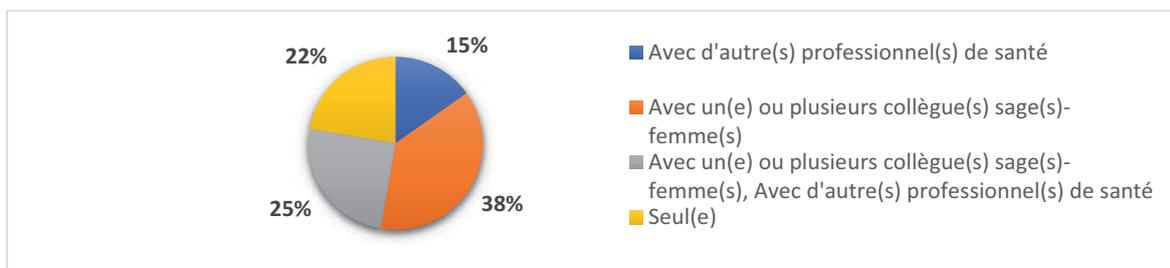
##### 1. Type d'exercice



Graphique n°1 : Répartition des sages-femmes en fonction du type d'exercice (n = 152)

##### 1.1 Libéral

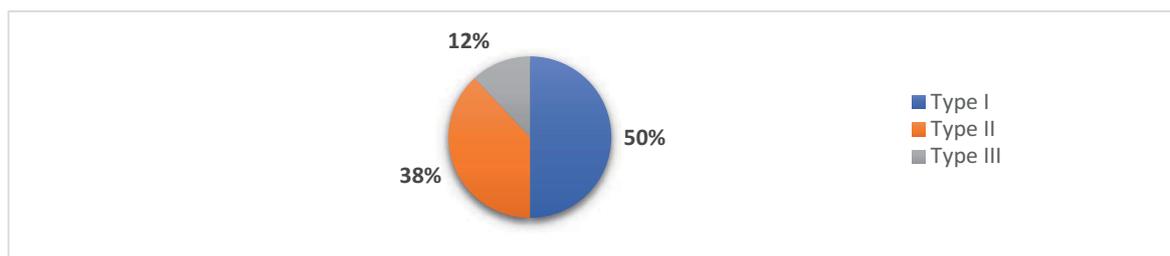
Au total, **74%** (n=112) des sages-femmes ont une activité libérale exclusive ou mixte.



Graphique n°2 : Répartition des sages-femmes libérales en fonction de leur installation en cabinet (n = 112)

##### 1.2 Etablissements de santé

Au total, **28%** (n=42) des sages-femmes exercent en établissement de santé.



Graphique n°3 : Répartition des sages-femmes de maternité en fonction du type d'établissement (n = 42)

### 1.3 Protection Maternelle Infantile

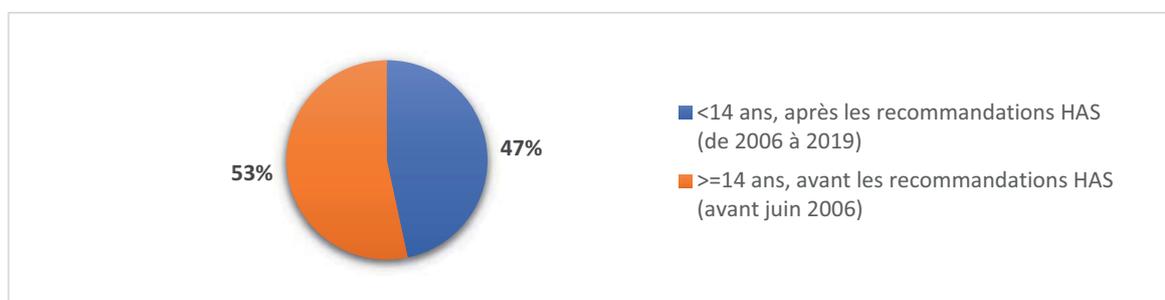
3% (n=5) de notre échantillon sont des sages-femmes territoriales de Loire-Atlantique.

## 2. Expérience professionnelle

### 2.1 Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme

En moyenne, les sages-femmes sont diplômées depuis **17 ans**, le nombre d'années depuis l'obtention de leur diplôme varie de **1 à 40 ans**, et l'écart-type correspondant est égal à **11 ans**.

Les recommandations de la HAS à propos de la PNP ayant été publiées en novembre 2005, nous avons réparti les sages-femmes en deux groupes, celles ayant été diplômées avant la publication des recommandations et celles ayant été diplômées après.



Graphique n°4 : Répartition des sages-femmes en fonction du nombre d'années de diplôme  
(n = 152)

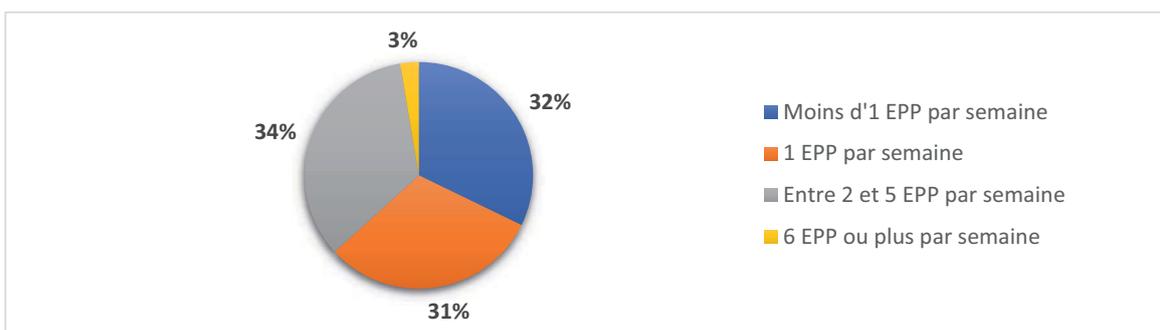
Après étude de la significativité à 95%, il n'y a pas de différence notable en fonction du département ou du type d'exercice, les p-values étant supérieures à 0,05.

### 2.2 Nombre d'années de réalisation de l'EPP

En moyenne, les sages-femmes réalisent des EPP depuis **7 ans**, le nombre d'année de réalisation d'EPP est compris entre **0 et 30 ans**, et l'écart-type correspondant à cette variable est de **5 ans**. 10% (n=15) des sages-femmes de notre échantillon déclarent réaliser des EPP depuis 15 ans ou plus.

La moyenne du nombre d'années de réalisation d'EPP est significativement différente en fonction du type d'exercice, avec une **p-value = 0,003** : on note une moyenne de **14 ans** pour les sages-femmes de PMI, de **6 ans** pour les sages-femmes d'établissements de santé et de **8 ans** pour les sages-femmes libérales.

## 2.3 Nombre d'EPP par semaine



Graphique n°5 : Répartition des sages-femmes en fonction du nombre d'EPP réalisés par semaine (n = 152)

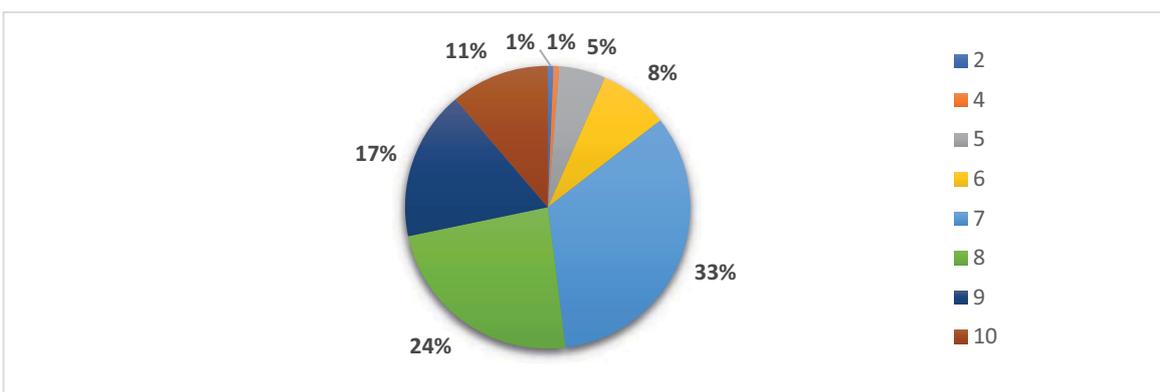
Il existe une différence significative du nombre d'EPP réalisés par semaine en fonction du type d'exercice, avec une **p-value < 0,001**. Les sages-femmes libérales réalisent au maximum 5 EPP par semaine, tandis que les sages-femmes territoriales et de maternité en réalisent davantage en moyenne.

A noter qu'en 2018, en Loire-Atlantique, 310 EPP ont été recensés sur les dossiers informatisés de PMI, mais cette saisie semble non exhaustive, peu d'EPP sont cotés comme tels.

### C. Formation des sages-femmes

#### 1. Degré d'aisance

La moyenne du degré d'aisance à la réalisation de l'EPP est de **7,7/10**, avec une médiane égale à **8** ainsi qu'un écart-type de **1,4**.



Graphique n°6 : Répartition des sages-femmes selon le degré d'aisance à la réalisation de l'EPP (n = 152)

Concernant le degré d'aisance, la différence n'est pas significative en fonction du type d'exercice.

Cependant une significativité a été démontrée pour les trois variables suivantes :

- Le nombre d'années de diplôme, avec une **p-value = 0,037**
- Le nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value < 0,001**
- Le nombre d'EPP réalisés par semaine, avec une **p-value = 0,020**

Ainsi, le degré d'aisance semble évoluer positivement en fonction de l'expérience professionnelle des sages-femmes.

## 2. Formation initiale

**51%** (n=77) des sages-femmes déclarent avoir bénéficié d'une formation initiale à propos de l'EPP. Elle paraît suffisante pour **58%** (n=45) de ces sages-femmes.

Le bénéfice de formation initiale n'est pas significativement différent en fonction du type d'exercice. Il ne l'est pas non plus en fonction du degré d'aisance. Cependant, on peut noter que les deux sages-femmes ayant exprimé un degré d'aisance inférieur à 5, déclarent ne pas avoir eu de formation initiale à propos de l'EPP.

On remarque que le fait de bénéficier d'une formation initiale dépend significativement de l'année de diplôme, avec une **p-value = 0,014** : les sages-femmes diplômées après les recommandations de la HAS ont bénéficié beaucoup plus largement d'une formation initiale (62% ; n=44), comparées aux sages-femmes diplômées avant ces recommandations (41% ; n=33).

## 3. Formation continue

**16%** (n=24) des sages-femmes ont bénéficié d'une formation continue. Ces 24 sages-femmes déclarent toutes la **formation « utile »**.

Aucune significativité n'a été mise en lien avec les 3 variables suivantes : type d'exercice, degré d'aisance et formation initiale.

Cependant, selon les tests de significativité, la réalisation d'une formation continue semble dépendre de trois variables :

- Du nombre d'années de diplôme, avec une **p-value < 0,001**
- Du nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value < 0,001**
- Du nombre d'EPP réalisés par semaine, avec une **p-value = 0,22**

Globalement, si on considère que ces variables correspondent à l'expérience des sages-femmes, nous pouvons admettre que plus les sages-femmes ont de l'expérience, plus elles ont bénéficié d'une formation continue.

Les formations continues sont en général d'une durée de **3 jours** et portent alors sur différentes **thématiques** : entretien motivationnel, psychisme de la femme enceinte, violences/addictions, projet de naissance, parcours de soin.

Parmi les 128 sages-femmes n'ayant pas bénéficié de formation continue, **66%** (n=84) souhaiteraient suivre une.

Selon les tests de significativité, ce souhait de formation continue ne semble pas dépendant du type d'exercice, du nombre d'années de diplôme, du nombre d'EPP par semaine, et du fait d'avoir bénéficié d'une formation initiale.

Cependant, ce souhait est influencé significativement par 2 variables :

- Le nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value = 0,034** : le souhait de formation continue est plus élevé chez les sages-femmes réalisant des EPP depuis moins longtemps.
- Le degré d'aisance, avec une **p-value < 0,001** : le souhait de formation continue diminue avec l'augmentation du degré d'aisance.

**Différentes raisons** sont évoquées pour expliquer le fait ne pas avoir bénéficié d'une formation continue : un intérêt pour d'autres formations à plus de 50% (n=69), un manque de temps pour 31% (n=40) des sages-femmes, une expérience ou formation initiale suffisante, un manque de possibilité de formation (pour des sages-femmes d'établissement de santé), des formations trop onéreuses, une pratique trop récente de l'EPP (jeune diplômée), une formation annulée.

Certaines sages-femmes expriment également avoir réalisé **d'autres formations**, qui ne sont pas propres à l'EPP mais les ayant aidées dans la réalisation de cet entretien, comme des formations à l'écoute, la formation de conseillère conjugale, d'entretien motivationnel, de sexologie...

*« En fait j'ai fait une formation sur l'entretien motivationnel vis à vis des addictions et cela m'a aidé à mener un entretien, et j'ai fait une formation d'accompagnement psychique des peurs de la grossesse et de l'accouchement et cela m'a aussi aidé dans ce but. »*

Sur les 84 sages-femmes souhaitant une formation continue, elles pensent utile une formation à propos de la **conduite** de l'entretien à 61% (n=51), concernant la **synthèse** de l'entretien à 36% (n=30), sur les **vulnérabilités** pour 50% (n=42) d'entre-elles et sur le **travail en réseau** dans 48% (n=40) des cas.

## D. Réalisation de l'EPP selon les critères de la HAS

### 1. Proposition systématique

L'EPP est proposé systématiquement dans **86%** (n=131) des cas.

La proposition systématique d'EPP n'est pas associée significativement au type d'exercice, au nombre d'années d'EPP, au degré d'aisance, à la formation initiale ainsi qu'à la formation continue.

Cette proposition d'EPP est significativement dépendante de deux variables :

- Le nombre d'années de diplôme, avec une **p-value = 0,042** : la proposition est plus systématique pour les sages-femmes diplômées depuis les recommandations de la HAS.
- Le nombre d'EPP par semaine, avec une **p-value = 0,034** : la proposition est plus systématique pour les sages-femmes réalisant plus d'EPP par semaine.

Nous avons ensuite interrogé les sages-femmes afin de comprendre pourquoi elles ne proposaient pas de façon systématique l'EPP :

Pour les **sages-femmes libérales**, elles déclarent ne pas proposer d'EPP si ce sont des patientes déjà suivies par elles pour leur grossesse. Certaines précisent que l'EPP est inclus dans leur première consultation de grossesse, qu'il est souvent déjà fait en hospitalier, qu'elles le réalisent en fonction des besoins de la patiente, que leur planning est complet ou encore qu'elles ne le proposent pas aux multipares.

*« Proposé essentiellement aux patientes dont le suivi est fait dans un autre cabinet ou à l'hôpital, afin de pouvoir connaître la patiente, ses besoins, ses désirs. Pour les patientes que nous suivons dès le début de leur grossesse, on peut considérer que l'EPP est intégré aux consultations, et qu'il va de soi que les consultations mensuelles s'intéressent à la patiente au-delà des questions de santé uniquement. »*

Pour les sages-femmes en **établissement de santé**, elles précisent que les patientes ne sont pas vues assez tôt, qu'elles le proposent seulement si les patientes réalisent leur PNP au sein de l'établissement ou si un besoin est ressenti. Elles signalent manquer de créneaux, et certaines parlent aussi d'oubli.

## 2. Document explicatif

24% (n=37) des sages-femmes donnent à leurs patientes un document explicatif de cet EPP ou affichent au moins une information en salle d'attente.

Aucune différence significative n'a pu être démontrée pour 3 variables : le nombre d'années de diplôme, la formation initiale ainsi que la formation continue.

Ce paramètre semble significativement différent en fonction de 4 variables :

- Le type d'exercice, avec une **p-value = 0,002** : un document est plus souvent transmis en établissement de santé ou en PMI.
- Le nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value = 0,034** : un document est plus souvent transmis par les sages-femmes ayant plus d'années de réalisation d'EPP.
- Le nombre d'EPP par semaine avec une **p-value = 0,005** : plus le nombre d'EPP par semaine est élevé, plus les sages-femmes transmettent un document explicatif.

## 3. Recherche du consentement

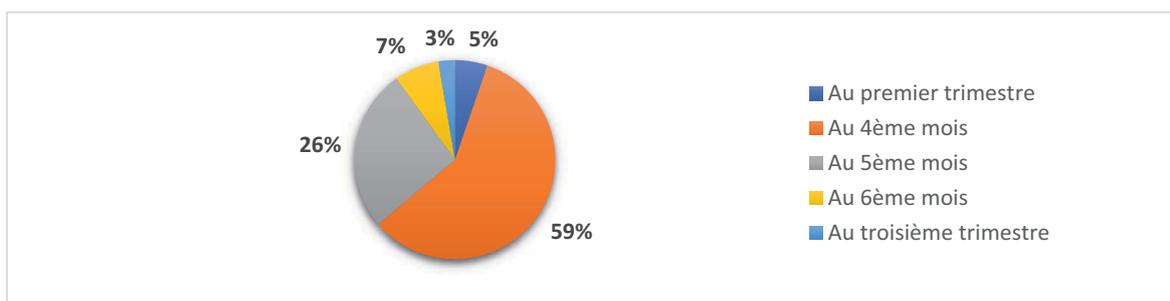
21% (n=32) des sages-femmes ne recherchent pas le consentement de la patiente ou du couple pour la réalisation de cet entretien.

Nous n'avons pas démontré de dépendance significative entre la recherche de consentement et les variables telles que le type d'exercice, le nombre d'années de diplôme, le nombre d'EPP par semaine, le degré d'aisance ainsi que le fait d'avoir bénéficié d'une formation initiale.

La recherche du consentement est significativement différente en fonction de deux variables étudiées :

- Le nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value = 0,045** : la recherche du consentement semble plus systématique lorsque les sages-femmes réalisent des EPP depuis moins longtemps.
- Le fait d'avoir réalisé une formation continue, avec une **p-value = 0,028** : les sages-femmes sont plus nombreuses à demander le consentement de la patiente lorsqu'elles ont bénéficié d'une formation continue.

#### 4. Moment de réalisation de l'EPP pendant la grossesse

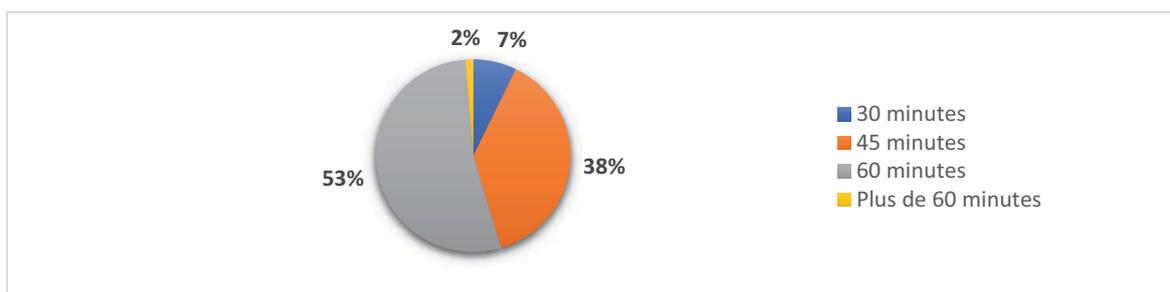


Graphique n°7 : A quel moment réalisez-vous le plus souvent l'EPP ? (n = 152)

Ce moment de réalisation n'est pas différent significativement pour les variables suivantes : nombre d'années de diplôme, nombre d'années de réalisation d'EPP, nombre d'EPP par semaine, degré d'aisance, formation initiale et continue.

Le moment de réalisation de l'EPP est significativement différent en fonction du type d'exercice avec une **p-value = 0,011** : en PMI, les sages-femmes réalisent cet entretien sur toute la grossesse, en établissement de santé majoritairement au 4<sup>ème</sup> mois, et en libéral principalement aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> mois de grossesse.

#### 5. Durée de l'EPP



Graphique n°8 : Combien de temps consacrez-vous en moyenne à cet entretien ? (n = 152)

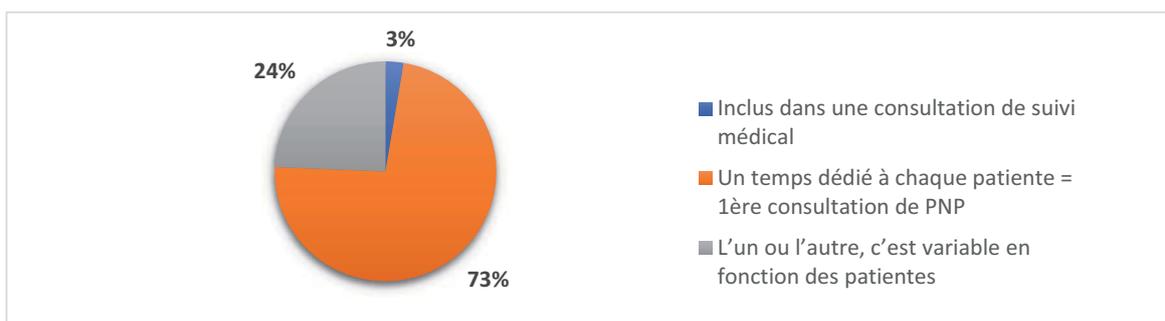
**Aucune** sage-femme ne déclare consacrer moins de 30 minutes à la réalisation de l'EPP.

Aucune différence significative n'a été démontrée entre la durée de l'EPP et les variables suivantes : le type d'exercice, le nombre d'années de diplôme, le nombre d'EPP par semaine, le fait d'avoir bénéficié d'une formation initiale ou continue.

Cette durée d'EPP est significativement différente en fonction de deux variables :

- Le nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value = 0,034** : les sages-femmes réalisant des EPP depuis plus longtemps semblent consacrer plus de temps à l'EPP.
- Le degré d'aisance avec une **p-value = 0,007** : les sages-femmes ayant un degré d'aisance plus élevé y consacrent aussi plus de temps.

## 6. Type d'entretien



Graphique n°9 : Cet entretien est ... (type d'entretien) ? (n = 152)

Aucune différence significative n'a été démontrée entre le type d'entretien et les variables suivantes : le nombre d'années de diplôme, le nombre d'années de réalisation d'EPP, le nombre d'EPP par semaine, le degré d'aisance, la formation initiale et la formation continue.

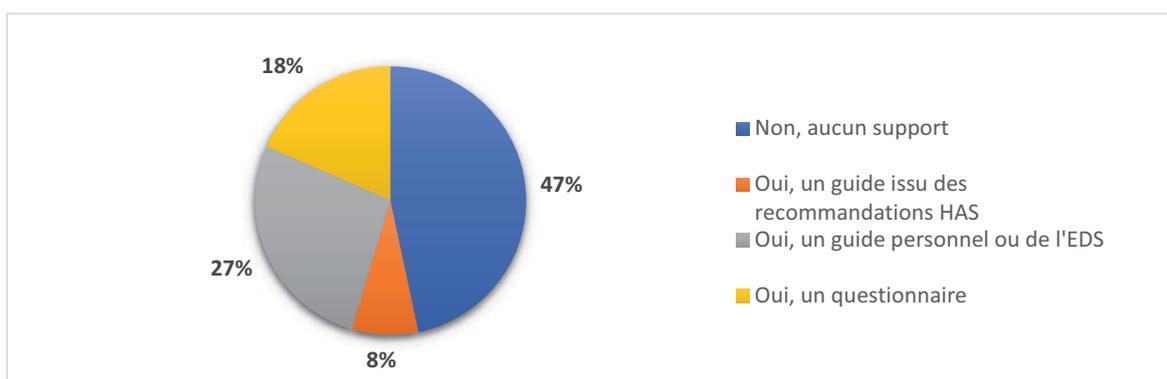
Après étude de la significativité, le type d'entretien semble dépendant du type d'exercice, avec une **p-value = 0,002** : on note que pour les sages-femmes libérales, le type d'entretien est plus souvent variable en fonction des patientes.

## 7. Participants à l'entretien

**100%** des sages-femmes réalisent cet entretien de manière individuelle (non en groupe), le conjoint étant convié dans **97%** (n=148) des cas.

Il n'existe pas de différence significative entre le fait de convier le conjoint et les variables étudiées.

## 8. Support utilisé pour l'entretien



Graphique n°10 : Utilisez-vous un support pour la réalisation de cet EPP ? (n = 152)

Par questionnaire, on entend ici un questionnaire auto-rempli par la patiente (en salle d'attente par exemple), ou un questionnaire précis rempli au fur et à mesure de l'entretien avec la patiente.

Le support utilisé n'est pas dépendant significativement des variables suivantes : type d'exercice, du nombre d'années de diplôme, du nombre d'années de réalisation d'EPP, du degré d'aisance, de la formation initiale et de la formation continue.

Cependant il est significativement dépendant du nombre d'EPP réalisés par semaine avec une **p-value = 0,004** : aucun support n'est utilisé en majorité pour les sages-femmes réalisant moins d'un EPP par semaine. Les sages-femmes qui réalisent 1 EPP par semaine, utilisent principalement un guide personnel alors que les sages-femmes qui font au moins 2 EPP par semaine, semblent utiliser plus souvent un questionnaire.

## E. Difficultés et freins rencontrés

### 1. Difficultés

**26%** (n=39) des sages-femmes rencontrent des difficultés à la réalisation de l'EPP.

La rencontre de difficultés n'est pas significative en fonction du type d'exercice, du nombre d'années de diplôme, du nombre d'années de réalisation d'EPP, du nombre d'EPP par semaine, ni du fait d'avoir bénéficié d'une formation initiale ou continue.

Nous avons pu démontrer une relation significative entre la rencontre de difficultés à la réalisation de l'EPP et le degré d'aisance, avec une **p-value = 0,049**. La rencontre de difficultés diminue significativement en fonction de l'augmentation du degré d'aisance.

**Plusieurs difficultés** ont été mises en avant par les sages-femmes :

- Le manque de support, d'habitude pour mener l'entretien, le manque de fluidité dans la conduite de l'EPP, contenu dense : « *Je ne suis pas sûre de bien tout détailler, et parfois je ne suis pas très à l'aise avec des questions qui portent sur le couple* »
- La durée trop courte de l'EPP, notamment en cas de vulnérabilités repérées
- La difficulté à aborder certains thèmes comme celui de la sexualité ou des violences conjugales qui peuvent sembler intrusifs, notamment lors d'une première rencontre avec la patiente : « *Comment aborder les questions sensibles ?* »
- La peur d'oublier des choses, de ne pas être exhaustive dans le contenu de l'EPP, dans les choses à aborder
- Le manque de connaissance sur le plan psychologique
- Le manque de connaissance du réseau de professionnels
- La réorientation parfois difficile si la situation semble particulière : « *Savoir comment réorienter, et vers quel professionnel ou organisme lorsque je fais face à une situation de vulnérabilité pour la femme ou le couple* »

- La difficulté à réaliser des transmissions, rédiger une synthèse
- Le refus de certaines patientes de bénéficier d'un suivi adapté

## 2. Freins

Le principal frein mis en avant par des sages-femmes (63%) est le **manque d'informations** par rapport à l'existence de l'EPP, l'absence de sensibilisation des autres professionnels (médecin traitant et gynécologue) à propos de l'entretien, conduisant ainsi à une méconnaissance de l'EPP par les patientes et une certaine confusion entre le suivi de grossesse et la PNP.

*« Le gros manque d'informations aux patientes qui ne sont pas suivies par des sages-femmes libérales. Souvent la porte d'entrée est la PNP, car ces professionnels (MG, gynécologue) connaissent assez peu son intérêt et ses objectifs. »*

En parallèle, on retrouve aussi le **manque d'intérêt de certains professionnels** vis-à-vis de l'EPP. Cet entretien est souvent considéré comme la première séance de PNP uniquement, et pas comme un dépistage des vulnérabilités. Une sage-femme cite, un *« manque d'importance des professionnels à accorder ce temps »*.

Ensuite les sages-femmes évoquent le **manque de temps**, de disponibilité des professionnels : *« des problèmes de planning impliquant alors de devoir sélectionner les patientes pour bénéficier de l'EPP »*.

Plusieurs sages-femmes évoquent aussi le manque d'intérêt de certaines patientes, notamment lorsque ce sont des multipares, et que c'est encore un rendez-vous supplémentaire pendant la grossesse.

### F. Items abordés lors de l'EPP

Tableau : *fréquence des sujets abordés lors de l'EPP, pour les patientes vues pour la première fois par la sage-femme réalisant l'EPP et pour les patientes que la sage-femme suit déjà.*

Fréquence des items abordés avec les patientes **vues pour la première fois** par la sage-femme réalisant l'EPP (n = 152)

Fréquence des items abordés avec les patientes que la sage-femme **suit déjà** (n = 152)

| Items   | Jamais |     | Rarement |     | Souvent |     | Toujours |     |
|---|--------|-----|----------|-----|---------|-----|----------|-----|
| <i>La situation socio-économique de la patiente (habitat, profession, couverture sociale)</i> | 2%     | 11% | 3%       | 26% | 30%     | 27% | 65%      | 36% |
| <i>La place du père, la famille</i>   | 1%     | 2%  | 9%       | 11% | 35%     | 40% | 55%      | 48% |
| <i>L'anamnèse : antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux)</i>      | 4%     | 32% | 12%      | 28% | 22%     | 20% | 62%      | 20% |
| <i>Les conduites à risque (tabac, alcool, drogues, médicaments)</i>                           | 1%     | 9%  | 3%       | 24% | 28%     | 29% | 68%      | 38% |
| <i>L'hygiène alimentaire (repas équilibré, risque infectieux)</i>                             | 1%     | 9%  | 16%      | 28% | 35%     | 32% | 48%      | 31% |
| <i>L'hygiène de vie (sport, travail)</i>  | 1%     | 6%  | 6%       | 16% | 30%     | 37% | 63%      | 41% |
| <i>Les antécédents psychologiques et vécus psychologiques (violences, dépressions...)</i>     | 0%     | 6%  | 3%       | 21% | 36%     | 37% | 61%      | 36% |
| <i>Le déroulement médical de la grossesse actuelle</i>  | 1%     | 16% | 5%       | 28% | 22%     | 25% | 72%      | 31% |
| <i>Le vécu de la grossesse actuelle</i>   | 0%     | 4%  | 0%       | 5%  | 15%     | 27% | 85%      | 64% |
| <i>La vie de couple, la sexualité dans le couple</i>  | 6%     | 9%  | 32%      | 33% | 42%     | 35% | 20%      | 23% |
| <i>Les contenus à aborder lors des séances de PNP</i>   | 1%     | 3%  | 9%       | 9%  | 16%     | 23% | 74%      | 65% |
| <i>Le projet de naissance (souhais particuliers, AM, APD...)</i>                              | 1%     | 3%  | 6%       | 4%  | 24%     | 20% | 69%      | 73% |
| <i>Les offres de soins de proximité (réorientation, PNP locales)</i>                          | 3%     | 8%  | 17%      | 27% | 29%     | 34% | 51%      | 31% |

### G. Préparation à la naissance et à la parentalité

L'EPP est nécessaire à l'organisation des séances de PNP pour **88%** (n=133) des sages-femmes.

L'étude de 6 variables (nombre d'années de diplôme, nombre d'années de réalisation d'EPP, nombre d'EPP par semaine, degré d'aisance, formation initiale et formation continue) n'a pas montré de différence significative.

Nous avons pu montrer une différence significative avec le type d'exercice, **p-value < 0,001** : l'EPP est nécessaire à l'organisation des séances de PNP en libéral principalement.

**14%** (n=22) des sages-femmes ne proposent pas d'alternatives locales de PNP.

La proposition d'alternatives locales n'est pas significative en fonction du type d'exercice, du nombre d'années de diplôme, du nombre d'EPP par semaine, du degré d'aisance, de la formation initiale ainsi que de la formation continue. On note qu'une seule sage-femme ayant bénéficié d'une formation continue sur les 24 ne propose pas d'alternatives locales de PNP.

La proposition d'alternatives locales semble dépendre significativement du nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value = 0,014** : les sages-femmes réalisant des EPP depuis peu proposent plus d'alternatives locales.

Lorsque les sages-femmes ne proposent pas d'alternatives locales, elles évoquent diverses raisons :

- La **distance éloignée** des autres cabinets (n=7) : « *Je suis le premier échelon local ! Cabinet libéral* »
- La **concurrence** avec les autres professionnels (n=6)
- Le **manque de connaissance** (n=4) : « *Je ne connais pas les offres locales* »
- La **diversité de PNP** déjà proposée au cabinet (n=2) : « *Généralement, elles viennent nous voir pour ça* »
- La **demande de la patiente** (n=2) : « *Quand elles demandent autre chose qu'on ne fait pas, évidemment on les renvoie vers les autres professionnels* »

## H. Traçabilité et synthèse

### **1. Traçabilité**

La traçabilité de l'EPP est réalisée par **89%** (n=136) des sages-femmes dans le dossier médical. Une sage-femme précise qu'elle réalise une traçabilité seulement si la patiente a des problèmes particuliers, les autres (n=15) n'en réalisent pas.

Cette traçabilité est alors réalisée via un **compte-rendu** de l'entretien, dans le dossier papier, informatisé, ou directement dans un logiciel de suivi.

### **2. Synthèse**

#### **2.1 Réalisation**

**57%** (n=86) des sages-femmes ne réalisent pas de synthèse de l'EPP.

Après étude de la significativité, la réalisation d'une synthèse n'est pas significative en fonction : du nombre d'années de diplôme, du nombre d'années de réalisation d'EPP, du degré d'aisance, de la formation initiale, de la formation continue.

La réalisation d'une synthèse de l'EPP semble significative en fonction de 2 variables :

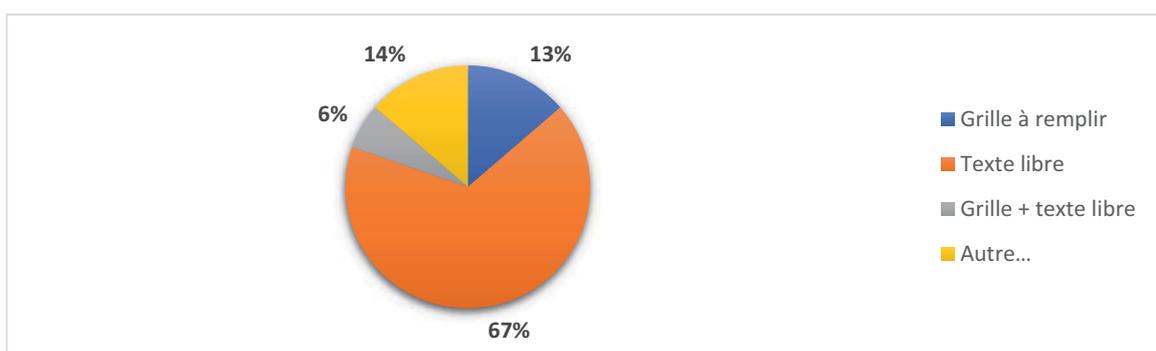
- Le type d'exercice avec une **p-value** < **0,001** : les sages-femmes libérales réalisent moins de synthèses que les sages-femmes d'établissement de santé ou celles de PMI.
- Le nombre d'EPP par semaine avec une **p-value** = **0,001** : les sages-femmes effectuant moins d'un EPP par semaine semblent réaliser plus de synthèses que les autres.

Les 86 sages-femmes ne réalisant pas de synthèse de l'EPP ont **différentes explications** : manque de temps (n=37), manque de support (n=24), seulement si besoin de réorientation (n=15), peur d'une mauvaise interprétation (n=14), difficultés de synthèse (n=7), confidentialité (n=4), refus de la patiente (n=3).

La réorientation est précisée « au cas par cas », avec une transmission en accord avec la patiente le plus souvent. Certaines sages-femmes indiquent que : « *la patiente transmettra elle-même à la maternité* ».

*« Cet entretien est un échange que je trouve très personnel, si des besoins particuliers ressortent de cet entretien je demande la permission à la patiente de transmettre des éléments à des professionnels compétents. »*

## 2.2 Support utilisé



Graphique n°11 : Quel support utilisez-vous ? (n = 66)

Pour le support « autre », les sages-femmes précisent : un courrier de transfert à la maternité, un courrier type avec les détails de points abordés, un document synthétique particulier, un dossier informatisé de grossesse commun aux professionnels, une fiche individuelle inspirée des recommandations de la HAS, un compte-rendu édité par le logiciel, le staff de parentalité, un document personnalisé.

## 2.3 Transmission de la synthèse

44% (n=29) des sages-femmes transmettent cette synthèse au professionnel suivant la grossesse sur le plan médical, 38% (n=25) la transmettent au professionnel prenant en charge la patiente en cas de réorientation, 36% (n=24) des sages-femmes gardent cette synthèse pour elle seule, 18% (n=12) des sages-femmes la transmettent aux professionnels réalisant les séances de PNP et 11% (n=7) la donnent directement à la patiente.

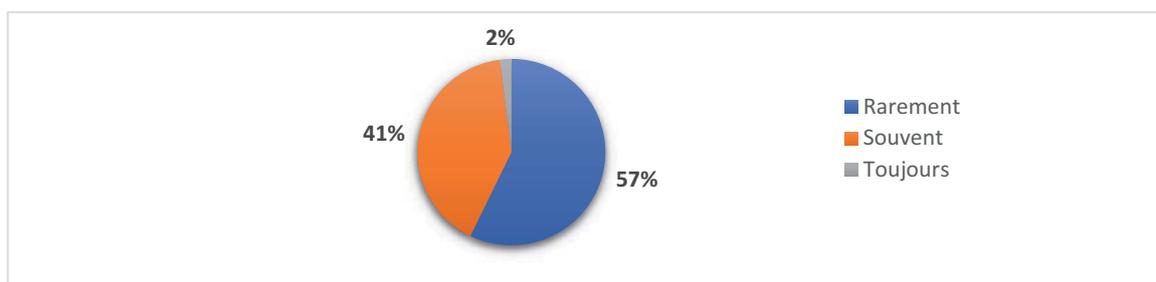
Certaines précisent la transmettre à la maternité, qu'elle est visible sur le dossier informatique par l'équipe, qu'elle sert aussi le jour de l'accouchement, qu'elle se trouve dans le dossier toujours avec l'accord de la patiente, et que les staffs de parentalité sont aussi le lieu pour ces transmissions, après accord de la patiente.

## 2.4 Recherche de l'accord

9% (n=6) des sages-femmes déclarent ne pas rechercher l'accord de la patiente pour la réalisation d'une synthèse, 5 sages-femmes de maternité et 1 sage-femme libérale.

### I. Réorientation

#### 1. Proposition



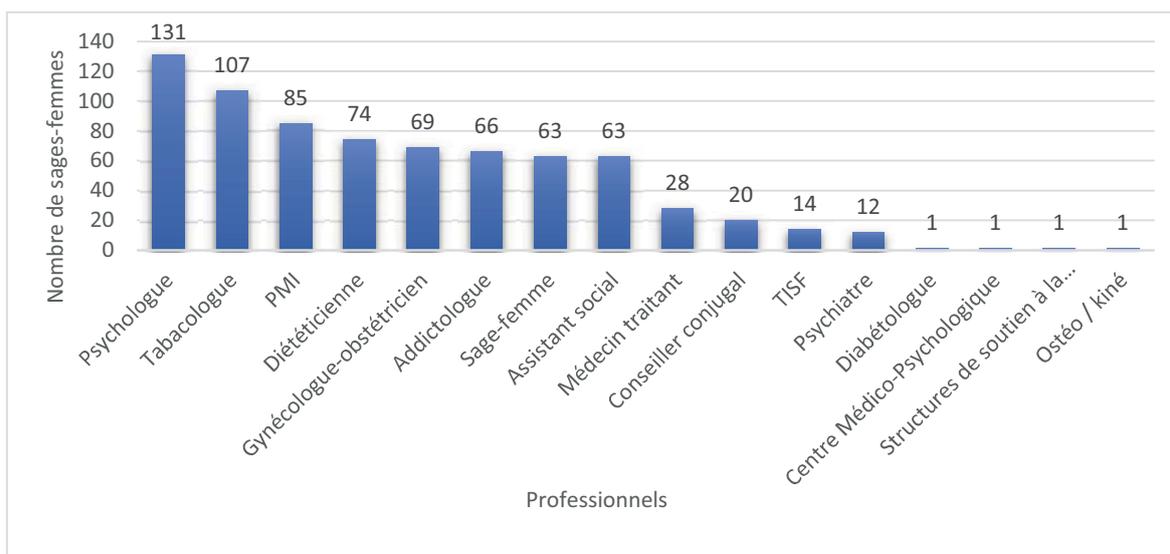
Graphique n°12 : Proposez-vous une réorientation aux patientes ? (n=152)

Les tests de significativité n'ont pas permis de démontrer de dépendance significative entre la proposition de réorientation et les variables suivantes : le nombre d'années depuis le diplôme, le nombre d'années de réalisation de l'EPP, le degré d'aisance, la formation initiale ainsi que la formation continue.

Les études de significativité ont montré que la proposition de réorientation était significativement différente en fonction :

- Du type d'exercice, avec une **p-value < 0,001** : les sages-femmes libérales réorientent moins souvent que les autres sages-femmes.
- Du nombre d'EPP par semaine, avec une **p-value = 0,022** : les sages-femmes réalisant moins d'EPP par semaine semblent réorienter davantage par la suite.

## 2. Professionnels et réseau



Graphique n°13 : Vers quels professionnels orientez-vous le plus souvent vos patientes ?  
(n = 152)

Par structure de soutien à la parentalité, la sage-femme donnait comme exemple le HOME ou encore un relais parent-enfant.

Les sages-femmes utilisent **différents moyens** afin de réorienter les patientes : dans 72% (n=108) des cas, elles réorientent au sein de l'établissement de santé qui va suivre la patiente. 54% (n=80) des sages-femmes utilisent des contacts personnels et 47% (n=70) des contacts de collègues. 21% (n=32) des sages-femmes déclarent réorienter au sein du RSN – Naître Ensemble de la région.

Certaines évoquent directement la PMI ou disent utiliser les pages jaunes, d'autres précisent s'adapter en fonction de la réorientation nécessaire, vers des professionnels adaptés, selon les besoins de la patiente.

## 3. Mode de liaison avec les autres professionnels

Concernant la mode de transmission envers les autres professionnels, les sages-femmes sont plusieurs à préciser que ce lien sera **variable** en fonction du professionnel et de l'accord de la patiente.

Les sages-femmes sont **63%** (n=95) à utiliser l'échange téléphonique, **47%** (n=72) affirment adresser une synthèse écrite (mail ou courrier donné à la patiente, ou laissée dans le dossier médical de l'établissement de santé). **18%** (n=27) des sages-femmes expliquent avoir de temps en temps un échange oral (contact direct, staffs)

Elles sont **28%** (n=43) à expliquer qu'elles ne font pas directement de transmissions avec le professionnel concerné, que la patiente fait le lien elle-même.

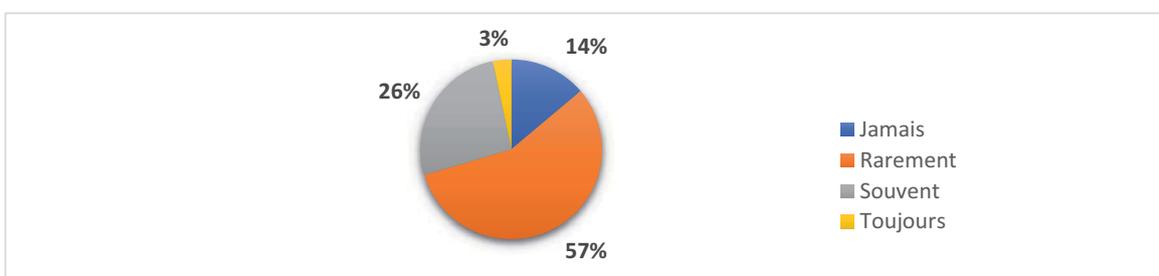
## Certains témoignages expliquent bien la variabilité du mode de transmission

« J'ai la chance de travailler dans les **mêmes locaux que la psychologue**, je lui laisse un mot sur son cahier ou bien je la croise et lui parle de vive voix. Pour les autres intervenants c'est la **patiente qui fait le lien**. Pour la **PMI je contacte** les professionnels directement »

« Je dis à la **patiente** de prendre contact avec le professionnel (mais je lui donne plusieurs noms avec les coordonnées téléphoniques pour qu'elle ait le choix du praticien, donc je ne fais pas une transmission directe) et je m'assure ensuite qu'elle l'ait fait la fois suivante. »

« **Femme actrice de sa prise en charge** : besoin identifié avec elle, orientation proposée et acceptée par la patiente à qui je donne les coordonnées. Rarement, mais toujours avec l'accord de la patiente, si la situation est délicate, je contacte directement le professionnel (généralement il s'agit de la sage-femme de PMI) »

### 4. Retour de ces orientations



Graphique n°14 : Avez-vous des retours des professionnels vers qui vous orientez les patientes ? (n=152)

Nous n'avons pas pu démontrer de différence significative pour les différentes variables. Cependant, on peut observer que sur les 21 sages-femmes n'ayant jamais de retour : 20 d'entre-elles sont des sages-femmes libérales et 1 exerce en établissement de santé public. Nous n'avons pas non plus démontré de dépendance significative entre le fait de bénéficier d'un retour et la réalisation d'une synthèse de l'EPP. En effet, 7 sages-femmes sur les 66 réalisant des synthèses ne reçoivent jamais de retours alors que 14 sages-femmes (soit le double) sur les 86 ne réalisant pas de synthèse ne reçoivent jamais de retours.

### 5. Obstacles au suivi en réseau

Seules **50%** (n=76) des sages-femmes ont apporté une réponse concernant les obstacles rencontrés.

Le **manque de temps** pour communiquer et rédiger des synthèses est exprimé par 50% (n=38) des sages-femmes : « *manque de disponibilité à consacrer aux courriers, pourtant c'est important* ».

Ceci induit donc des **difficultés de communication** dans 34% (n=26) des cas : pour contacter certains professionnels, se mettre en lien avec eux. Ces difficultés sont renforcées par le manque de concertation, ainsi que le manque de retour vers le libéral : « *retours peu fréquents, ce qui démotive* ». Quelques sages-femmes insistent aussi sur le manque de rencontres organisées, de lieu d'échange : « *on ne se voit pas, c'est chacun dans son coin* ».

Parmi les obstacles à ce suivi en réseau, on retrouve également le **manque de connaissances** des autres professionnels (présence, rôles, coordonnées) à 17% (n=13). Ainsi une sage-femme confie : « *je débute ; peu de lisibilité sur le réseau* ». « *Un annuaire local des professionnels serait déjà intéressant !* »

Un **manque d'organisation** est également repéré par 12% (n=9) des sages-femmes, avec comme notion : « *un éparpillement du travail en réseau, une mauvaise coordination, le manque de dossier informatisé commun, de support pour une synthèse commune, l'absence de messagerie sécurisée, les staffs parentalité peu efficaces...* ».

Nous relevons également comme obstacle le manque de motivation de la **patiente** et les réticences éventuelles face à certaines réorientations telles que vers la PMI, conduisant alors à des oublis de rendez-vous.

*« J'adresse beaucoup plus les patientes que je suis médicalement pour leur grossesse car cela fait partie de leur état de santé, je considère que les adresser aux professionnels compétents dépend du suivi de grossesse, pas forcément de l'EPP. Lorsque je ne suis pas leur grossesse et que je les vois en EPP, elles sont déjà à 6 ou 7 mois de grossesse et le réseau est, ou doit déjà être maillé autour de la femme. C'est lorsque je les suis médicalement que je fais l'EPP tôt (vers 5 mois), or si je les suis médicalement depuis le début je les ai déjà adressées si besoin. C'est rarissime que nous voyons une femme dès 4 ou 5 mois de grossesse en EPP qui est suivie par un médecin. Donc l'EPP pour compenser ce qui n'aurait pas été vu en consultation médicale perd de son sens à 7 mois de grossesse... C'est aussi au médecin ou à la sage-femme qui suit la personne d'adresser dès la première consultation de grossesse en réseau, il ne faut pas spécialement attendre l'EPP ».*

On note pour quelques sages-femmes l'absence d'obstacle à ce suivi en réseau. Une sage-femme d'établissement de santé public confie « **Très bon travail en partenariat grâce à des staffs pluridisciplinaires (Hôpital, PMI, libéraux)** ».

## 6. Besoin d'une meilleure connaissance du réseau

74% (n=112) des sages-femmes confient avoir besoin de mieux connaître le réseau de professionnels pour orienter les femmes.

Aucune différence significative n'a été démontrée entre le besoin d'une meilleure connaissance du réseau et les variables suivantes : types d'exercice, du nombre d'EPP par semaine, la formation initiale, la formation continue.

Le besoin d'une meilleure connaissance du réseau est cependant significativement dépendant de 3 variables :

- Le nombre d'années de diplôme, avec une **p-value = 0,008**
- Le nombre d'années de réalisation d'EPP, avec une **p-value = 0,001**
- Le degré d'aisance, avec une **p-value = 0,002**

Les sages-femmes diplômées récemment ou réalisant des EPP depuis peu ont un besoin supérieur concernant la connaissance du réseau. Et, plus le degré d'aisance est élevé, moins elles ont besoin d'une meilleure connaissance du réseau.

### J. Plaquette issue des recommandations de la HAS

La plaquette issue des recommandations de la HAS et diffusée en fin de questionnaire a permis à 38% (n=58) des sages-femmes d'apprendre de nouvelles notions.

L'apprentissage de nouvelles notions via la plaquette ne semble pas significativement dépendant du type d'exercice, du nombre d'EPP par semaine, du degré d'aisance, de la formation initiale ou continue.

Les études statistiques ont démontré une dépendance significative entre l'apprentissage de nouvelles notions via la plaquette et deux variables :

- Le nombre d'années de diplôme, avec une **p-value = 0,032**
- Le nombre d'années de réalisation de l'EPP, avec une **p-value = 0,047**

Les sages-femmes ayant plus d'expérience semblent avoir appris moins de notions que les autres.

## IV. DISCUSSION

### *A. Présentation de l'échantillon*

#### **1. Territoire d'étude**

Notre échantillon se constitue de **152 sages-femmes** de Loire-Atlantique et Vendée : l'étude de ces deux départements nous semblait judicieuse afin d'avoir une meilleure représentativité, même si la puissance de l'étude aurait pu être améliorée en s'intéressant à l'ensemble de la région (territoire du RSN – Naître Ensemble).

Selon la DREES, établissant la démographie des professions de santé en fonction du RPPS au 1<sup>er</sup> Janvier (10) : les deux départements de Loire-Atlantique et Vendée représentent **56%** des sages-femmes de la région Pays de la Loire en 2018.

Une étude exhaustive de la population aurait été l'idéal pour réaliser l'état des lieux au niveau régional. Cependant, nous estimons le taux de réponses à environ 50% sur la population cible de base. Ce pourcentage de réponses est difficilement évaluable car de nombreuses sages-femmes ne réalisent pas d'EPP.

#### **2. Type d'exercice**

Dans cette étude, notre échantillon est représenté par **69%** de sages-femmes libérales, **23%** de sages-femmes d'établissements de santé, **5%** de sages-femmes ayant une activité mixte et **3%** des sages-femmes territoriales.

Pour s'assurer de la représentativité de notre échantillon, nous avons souhaité comparer ces taux à ceux du CNOSF de 2017 (11) ainsi que ceux de la DREES de 2018 (10). La comparaison est cependant difficile car les données de ces deux organismes s'intéressent à la démographie globale des sages-femmes, or de nombreuses sages-femmes ne réalisent pas d'EPP (notamment celles d'établissement de santé et les sages-femmes échographistes en libéral par exemple).

Lors d'une journée des acteurs en périnatalité du RSN – Naître Ensemble (12), on retient qu'en 2012 selon l'INVS, **57%** des EPP sont réalisés par des sages-femmes libérales, et **33%** par des sages-femmes de maternité, au sein du réseau de périnatalité de la région. Ceci semble mieux corrélé avec notre échantillon, même si ces données sont relativement anciennes.

En **libéral** : nous avons surtout des réponses de sages-femmes exerçant exclusivement cette activité, et nous relevons différentes organisations au sein des cabinets (avec d'autres professionnels / collègues, seul), conduisant ainsi à des ressources différentes.

En **maternité** : nous obtenons une majorité de réponses de sages-femmes d'établissements de type I. Ceci est corrélé au nombre d'établissements de chaque type : 6 maternités sont des établissements de type I sur les 12 des deux départements. Par ailleurs, 74% des sages-femmes exercent dans le public et le reste dans le privé, ce qui est très proche des données de la DREES, pour qui 73% des sages-femmes salariées exercent dans le public.

En **PMI** : seules des sages-femmes de Loire-Atlantique ont répondu. En Vendée, un entretien téléphonique a été réalisé expliquant alors le contexte de réalisation des EPP, ainsi que la politique départementale associée.

### 3. Spécificités de la PMI

Le **plan périnatalité** (2) précise que « ces entretiens pourront avoir lieu en **maternité ou en secteur libéral** », ainsi la place de la sage-femme territoriale n'est pas précisée. On retrouve cette idée dans le **rapport de l'INVS** de 2012 (7) : « Le rôle de la PMI est à préciser dans le dispositif ». Ceci est également soulevé dans **l'évaluation du plan périnatalité** (13) de 2010 : « La place des services de PMI reste à réaffirmer : en effet, bizarrement, les services de PMI ne sont pas cités dans le plan sur cette question ; l'entretien peut ne pas paraître nouveau pour ces services qui sont déjà positionnés sur les sphères médicales et sociales, mais il s'agit bien d'une approche plus globale ; enfin, le financement des entretiens prénataux précoces réalisés par les professionnels extérieurs à la maternité peut relever du conseil général ou de l'assurance maladie. ». Cette analyse correspond tout à fait aux explications données en entretien téléphonique par une sage-femme territoriale.

L'organisation particulière des services de PMI (autorité par le président du conseil départemental, direction par un médecin, puis division en unités territoriales) explique alors les disparités de réponses entre les deux départements, avec certainement des missions différentes en fonction des secteurs géographiques.

Cependant, comme indiqué dans **l'article L2112-2 du Code de la Santé Publique** (14) la réalisation de l'EPP fait bien partie des missions de la PMI : « Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser : [...] des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse. »

#### 4. Expérience professionnelle

Les sages-femmes de notre échantillon sont diplômées depuis **17 ans** en moyenne, ce qui correspond à une profession jeune.

La moyenne d'années de réalisation de l'EPP est de **7 ans**. Cette moyenne est plus élevée en PMI (14ans). Certes l'effectif de sages-femmes de PMI est faible, mais on peut certainement l'expliquer par la réalisation d'un entretien « de premier contact » dans le suivi territorial, qui se veut être un suivi moins médicalisé.

Dans notre recueil de données, 15 sages-femmes ont estimé le nombre d'années de réalisation de l'EPP entre 15 et 30 ans, or l'EPP en tant que tel, est une mesure phare du plan périnatalité de 2005-2007, donc n'existe que depuis 14 ans au plus. Peut-être qu'avant ce plan, les sages-femmes consacraient un temps d'échange qu'elles considéraient déjà comme un entretien.

Le nombre d'EPP par semaine est différent en fonction du type d'exercice : on peut considérer que l'exercice en libéral est plus diversifié que celui des sages-femmes d'établissements de santé ou de PMI.

#### 5. Place des autres professionnels de santé

Notre échantillon se compose uniquement de **sages-femmes**. Nous avons fait le choix d'interroger cette profession, car comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, on remarque que les sages-femmes réalisent en grande majorité l'EPP.

|                        | <i>INVS 2012 (7)</i> | <i>ENP 2016 (15)</i> |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| <i>SF libérale</i>     | 45,6%                | 47,2%                |
| <i>SF de maternité</i> | 40,3%                | 42,7%                |
| <i>SF de PMI</i>       | 6,6%                 | 6,3%                 |
| <i>Autres (GO, MT)</i> | 5,5 %                | 3,8%                 |

*Répartition des professionnels réalisant l'EPP en métropole*

**Nathalie Sage-Pranchère**, historienne, insiste sur « la pleine légitimité de la sage-femme à l'accompagnement de la naissance » (16).

Cependant l'EPP n'est pas une compétence propre de la sage-femme, comme précisé dans le **plan périnatalité (2)** « Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité ». Il serait alors intéressant d'étudier la pratique de l'EPP chez les autres acteurs (gynécologue-obstétricien, médecin traitant) afin d'étudier leur façon de faire et enrichir ainsi les pratiques.

## B. L'EPP à travers les critères de la HAS

Le **plan périnatalité** (2) a comme objectif majeur d'instaurer : « Un entretien individuel et/ou en couple qui sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4<sup>ème</sup> mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant ».

Afin d'évaluer la pratique professionnelle de l'EPP, nous étudierons les **critères de qualité** (6), proposés en décembre 2007 et basés sur des accords professionnels à la suite des recommandations [Annexe III]. Pour cela nous allons y consacrer deux parties, répondant l'une et l'autre à chacun des deux objectifs relatifs à l'EPP dans les critères de la HAS.

### **1. Conditions de réalisation et organisation de l'EPP**

Cette partie répond à l'**objectif 1** des critères de qualité : « Proposer et réaliser l'entretien individuel ou en couple prévu par la réglementation », en prenant en compte les critères 1 à 6 de la HAS (6).

#### **1.1 Critère 1**

L'EPP est **proposé systématiquement par 86%** des sages-femmes. Il est significativement plus proposé par les sages-femmes diplômées depuis la publication des recommandations. Peut-être que pour ces jeunes sages-femmes ayant toujours connu l'EPP, il est davantage ancré dans leur pratique. L'aisance des sages-femmes ainsi que le type d'exercice n'influent pas significativement sur cette proposition, ce qui semble rassurant dans l'accès à l'entretien pour les patientes. Pour les 14% de sages-femmes ne le proposant pas systématiquement, elles évoquent le proposer en fonction de besoins de la patiente (patientes déjà suivies, multipares) et des disponibilités qu'elles ont.

Ainsi, malgré cette proposition large de l'EPP par les sages-femmes : on remarque d'après l'**INVS** en 2012 (7) que seulement **40,3%** des femmes en bénéficient sur le territoire français. La mesure du taux de réalisation de l'EPP semble compliquée étant donné que les conditions de réalisation sont complexes et qu'il existe différents termes pour nommer cet entretien. C'est pourquoi on retrouve des disparités entre les études. Effectivement, selon l'**Enquête Nationale Périnatale**, en 2016 (15) : **28,5%** des femmes ont bénéficié de l'EPP en métropole contre 21,4% en 2010 (17). Des disparités géographiques existent également avec un investissement inégal des régions et réseaux de santé. En Pays de la Loire, ce taux est significativement différent de la métropole avec un taux de participation de **37,4%** (deuxième région française) en 2016 (15).

Afin de palier à ces inégalités d'accès à l'EPP, on peut imaginer le **rendre obligatoire**, comme a pu l'évoquer Jean-Noël Guérini au **Sénat** en décembre 2018 pour donner suite au rapport annuel du défenseur de droits (18).

## 1.2 Critère 2

Par ailleurs, un **document explicatif** est donné par **24%** des sages-femmes, il semble mieux diffusé en PMI et en maternité. Selon l'étude de **l'INVS** de 2012 (7), seulement **15,2%** des patientes recevaient une information écrite à propos de l'EPP. Il est alors possible d'envisager un meilleur relais de l'information écrite : lors de la déclaration de grossesse, ou par envoi via la sécurité sociale au même titre que l'examen bucco-dentaire. Pour cela une affiche et une **plaquette** ont déjà été mises en place par le RSN – Naître Ensemble de la région (19).

**21%** des sages-femmes déclarent ne pas rechercher le **consentement** de la patiente ou du couple pour la réalisation de cet entretien. On note une différence significative pour les sages-femmes ayant réalisé une formation continue, ce qui met alors en avant le nouvel état d'esprit que demande cet entretien.

## 1.3 Critère 3

Concernant le **moment de réalisation de l'EPP**, seulement **5%** des sages-femmes le réalisent au premier trimestre, **59%** au 4<sup>ème</sup> mois, **26%** au 5<sup>ème</sup> mois et **10%** au 6<sup>ème</sup> mois ou plus. Ce moment de réalisation est significativement dépendant du type d'exercice, avec une réalisation qui semble plus précoce en maternité qu'en libéral. Nous l'expliquons probablement par une proposition plus précoce, comme par exemple au moment de l'inscription à la maternité, alors qu'en libéral, cet entretien correspond certainement plus au moment de débiter la PNP.

On retrouve dans **l'ENP de 2016** (15) une réalisation plus précoce de l'EPP par rapport à 2010 : 17,8% des femmes le réalisent au premier trimestre, 32,5% au 4<sup>ème</sup> mois, 19,4% au 5<sup>ème</sup> mois et 30,3% au 6<sup>ème</sup> mois ou plus. Le critère n°3 de la **HAS** suggère la réalisation de l'EPP au premier trimestre, afin de diminuer les complications liées à certaines vulnérabilités (HTA, MAP, RCIU, DPP), par une prise en charge tôt pendant la grossesse. En effet on retrouve aussi cette idée dans le **plan périnatalité** (2), afin de « mettre en place **précocement** les conditions d'un dialogue ».

Cependant, cette précocité est de plus en plus remise en question, avec une pratique qui tend à la réalisation de l'EPP plutôt au 4<sup>ème</sup> mois. En effet on peut craindre un surinvestissement de la grossesse suite à cet entretien qui dans 10% des cas ne se poursuivra pas (fausse couche précoce). Il est alors proposé dans le **référentiel de formation à l'EPP** (20), que l'information est à donner au couple, par le praticien découvrant la grossesse, et qu'elle est à adapter en fonction des différentes situations personnelles rencontrées. Le 4<sup>ème</sup> mois semble alors être un bon compromis par rapport au risque de fausse couche et vis-à-vis de la prévention apportée par cet EPP, afin de mettre en place un suivi adapté à la patiente et au couple. On retrouve cette notion de 4<sup>ème</sup> mois, dans la nouvelle **plaquette du RSN** à destination des patientes, rééditée en juillet 2019 [Annexe IV], dans laquelle on retrouve la date de **16SA**, avec un entretien nommé « entretien **prénatal personnalisé** » et pas « prénatal précoce » comme auparavant.

Il est à préciser que cet EPP peut bien sûr être réalisé plus tardivement, en cas de déclaration tardive par exemple, ou si un refus initial avait été exprimé par la patiente.

#### 1.4 Critère 4

La **durée de l'EPP** est recommandée d'un minimum de **45 minutes** par la **HAS**. On relève dans notre étude que **7%** des sages-femmes y consacrent 30 minutes, le reste y consacrant 45 minutes ou plus. Ceci semble en amélioration par rapport à l'étude de **l'INVS** de 2012 (7), qui montre que 16,5% des femmes avaient bénéficié d'un entretien de moins de 30 minutes.

Comme vu précédemment, certaines sages-femmes manquent de disponibilité : peut-on alors considérer qu'il vaut mieux y consacrer moins de temps plutôt que de sélectionner en amont les patientes ? De même, plus les sages-femmes ont un degré d'aisance élevé, plus elles y consacrent du temps. On peut donc alors considérer qu'il est primordial pour les patientes d'avoir des professionnels formés, augmentant ainsi l'aisance et les chances de réalisation conforme. Pour respecter au mieux la durée de l'EPP une **cotation spécifique** (SF15 = 42€) y a été attribuée, permettant une rémunération de l'acte plus adaptée à la durée pouvant y être consacrée.

#### 1.5 Critère 5

Pour **73%** des sages-femmes, l'EPP est un **temps dédié** uniquement à l'entretien comme le veut le critère 5 de la **HAS**. On remarque que ce temps consacré est variable en fonction de l'exercice. Par exemple en libéral, on observe une adaptation beaucoup plus

fréquente des sages-femmes en fonction des différentes patientes, pouvant alors inclure cet entretien dans une consultation de suivi.

**100%** des sages-femmes réalisent cet entretien en **individuel**, et le **conjoint** y est convié dans **97%** des cas. Nous pouvons mettre ce chiffre en parallèle avec l'étude de l'**INVS** de 2012 qui rapporte que les femmes étaient venues accompagnées à cet entretien dans **35,4%** des cas (7). Ce parallèle est à faire avec précaution étant donné que dans notre étude nous nous intéressons aux professionnels, alors que dans celle de l'**INVS**, les patientes elles-mêmes étaient interrogées, et que ce n'est pas parce que le partenaire est convié qu'il sera forcément présent lors de l'EPP.

### 1.6 Critère 6

Pour le **support** utilisé par les sages-femmes dans le déroulement de l'entretien, on remarque qu'elles sont 18% à exploiter un questionnaire, or comme indiqué dans le critère 6 : « l'utilisation d'un questionnaire est contraire à l'établissement d'un climat de confiance [...]. Le guide d'entretien est considéré comme un support sans obligation d'aborder tous les thèmes ». On retrouve ainsi une proposition de **guide d'entretien** dans les recommandations de la **HAS** (5), afin d'adapter au mieux les pratiques avec les principaux thèmes à aborder. Il serait certainement possible d'envisager de mettre en place un **guide commun** au sein du RSN – Naître Ensemble, comme on l'observe dans d'autres réseaux de santé périnatale, tel que le RSP Parisien (21), ou encore en PACA (22). On retrouve également dans les recommandations des outils, techniques de communication, pour mettre en place une **écoute active**, permettant alors au couple d'exprimer ses attentes, besoins ou questionnements. Pour aider à la pratique de l'EPP, une liste de facteurs de **vulnérabilités** est également proposée dans les recommandations, étant donné que l'EPP s'intègre dans une démarche de prévention, comme on pourra le voir dans la partie suivante sur les items abordés au cours de l'entretien. Dans le **référentiel de formation** à l'EPP (20), un tableau permet de visualiser ce que l'EPP doit être et ne pas être afin de bien comprendre les frontières de l'écoute active qui est primordiale dans l'approche de l'EPP.

## 2. Items abordés lors de l'EPP et prévention

Cette partie répond à l'**objectif 2** des critères de qualité : « identifier les besoins d'informations et les éventuelles vulnérabilités, définir les besoins éducatifs des femmes enceintes », prenant alors en compte les critères 9 à 13 de la HAS (6).

Dans le tableau page 19, on retrace les **différents items** permettant de répondre à l'ensemble des recommandations de la HAS.

On observe que les items sont majoritairement tous abordés avec les **patientes vues pour la première fois**, sauf celui de la sexualité et de l'hygiène alimentaire. On peut supposer que le risque infectieux lié à l'alimentation est une question abordée dès la déclaration de grossesse, voire même dès la consultation prénatale, et que par conséquent elle ne paraît pas primordiale à être réabordée, pour un certain nombre de sages-femmes. L'item le moins évoqué avec les patientes vues pour la première fois est celui de la sexualité, certainement car ce sujet reste difficile à aborder lors d'une première rencontre avec la patiente.

Concernant les **patientes déjà suivies** par les sages-femmes réalisant l'EPP, les principaux thèmes le plus souvent abordés sont ceux relatifs au vécu de la grossesse et au contenu des séances de PNP, évoquant ainsi plus fréquemment le projet de naissance,

Un **guide d'entretien** serait ici envisageable afin d'améliorer l'abord de sujets primordiaux. Une information précoce sur la **prévention** des facteurs et comportements à risque doit être apportée à la femme enceinte. Cependant, il est important de préciser que l'EPP a aussi pour objectif d'explorer le vécu de la grossesse, avec comme principe majeur **l'écoute active** et bienveillante. Ainsi le guide d'entretien doit permettre aux professionnels d'être plus à l'aise dans la conduite, le déroulement de l'entretien tout en maintenant l'approche particulière de l'écoute active.

Dans l'article « L'EPP : des mots sur des maux », on retrouve également les différents thèmes devant être abordés (23), et qui retracent alors tout l'enjeu de l'EPP dans la prévention devant être faite aux femmes et aux couples attendant un enfant, tant sur le plan médical, psychologique que social.

En effet, « la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne faisait pas l'objet d'une attention suffisante » (2). Ainsi pour répondre aux besoins d'écoute et d'informations des parents, l'EPP est mis en place. Il permet d'aborder un certain nombre de sujets afin « d'accélérer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants en améliorant dès la grossesse, la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant les ressources » comme le souligne F. Molénat dans son rapport de 2004 (3). La sage-femme a alors « un rôle majeur de prévention sanitaire », mis en avant par N. Sage-Pranchère (16).

L'EPP est nécessaire à **l'organisation des séances de PNP** pour **88%** des sages-femmes, ce qui est différent significativement en fonction du type d'exercice. En

établissement de santé, l'EPP est moins tourné vers cette préparation à la naissance, on peut alors se demander s'il permet de mieux repérer les situations de vulnérabilité qu'en libéral ? En effet, les sages-femmes libérales réalisent dans la majorité des cas des séances de PNP avec le couple ou la femme enceinte, ce qui n'est pas le cas des sages-femmes en maternité. Seulement **14%** des sages-femmes ne répondent pas au critère 13 des recommandations de la HAS, en ne proposant pas **d'alternatives locales** de PNP. Elles l'expliquent principalement par une distance trop éloignée des alternatives, un manque de connaissance des offres locales, ainsi qu'un problème de concurrence !

Dans **l'ENP de 2010** (17), on relève que la participation aux séances de PNP avait nettement augmenté depuis 2003, ce que l'on peut alors mettre en lien avec la mise en place de l'EPP depuis 2005.

Dans la continuité de ce rôle de prévention et d'accompagnement des sages-femmes, un nouvel acte nommé « **bilan prénatal** » est à présent proposé aux femmes enceintes depuis le 10 février 2019, à la suite de l'avenant à la convention des sages-femmes du 29 mai 2018 (24). Il est cotable par la sage-femme qui s'engage à prendre en charge les visites à domicile à la sortie de la maternité.

On pourrait également se poser la question de la réalisation systématique d'un **entretien post-natal**, afin de recueillir le ressenti du couple depuis la naissance et le retour à domicile avec le bébé. Celui-ci permettrait d'accompagner au mieux les parents en ciblant précisément leurs besoins, comme le suggère le groupe de travail des recommandations de la HAS qui considère que la PNP se doit d'être poursuivie en post-natal (5). On retrouve également cette idée dans d'autres recommandations concernant la sortie de maternité (25): « deux séances postnatales peuvent être réalisées par une sage-femme entre le 8<sup>e</sup> jour suivant l'accouchement et la visite postnatale [...] Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un entretien postnatal précoce permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité. »

L'EPP joue donc un rôle majeur de **prévention** et représente ainsi un « pont entre deux cultures [...] ; l'objectivité nécessaire de la médecine organique, la subjectivité porte d'entrée au registre émotionnel » (20). Cet entretien permet ainsi une meilleure considération de l'environnement psychologique de la naissance, par des professionnels de proximité tels que des sages-femmes ou des médecins, sans forcément passer par des professionnels de l'écoute (3). Comme le souligne la commission des psychologues du RSN – Naître

Ensemble : « chaque écoute faite par des professionnels différents a son importance et sa place auprès des patients » (26).

Il existe donc encore quelques imperfections dans la réalisation de l'EPP selon les recommandations de la HAS, même si l'on remarque que les critères de qualité sont majoritairement respectés par les sages-femmes. Quelques **propositions** afin d'améliorer les pratiques peuvent être apportées : rendre obligatoire l'EPP, mieux diffuser l'information aux femmes concernées ou encore proposer un guide commun au RSN – Naître Ensemble pour la conduite de l'entretien.

### *C. Ressentis par les sages-femmes dans la pratique de l'EPP*

#### **1. Aisance**

Le **degré d'aisance** à la réalisation de l'EPP est de **7,7/10** en moyenne. Ce degré est d'autant plus élevé que l'expérience professionnelle est importante (nombre d'années depuis le diplôme, nombre d'années d'EPP et nombre d'EPP par semaine).

On peut alors se poser la question de l'importance que cette aisance a sur la pratique de l'entretien : peut-elle induire un manque de confiance conduisant à de moins bonnes pratiques ? Cette aisance est significativement dépendante des difficultés rencontrées et de la connaissance du réseau, paramètres sur lesquels il est possible d'agir.

#### **2. Formations**

**51%** des sages-femmes ont bénéficié d'une **formation initiale**. On relève dans le **référentiel de formation** à l'EPP (20), qu'une variabilité est très présente entre les différentes écoles françaises : en terme d'intervenants, de volume horaire, de formation théorique et pratique, pouvant alors induire des disparités d'exercice, et par conséquent un ressenti différent par les sages-femmes dans la pratique de l'EPP. En effet, dans notre étude, cette formation initiale est suffisante pour **58%** des sages-femmes. Même si ce bénéfice de formation initiale ne semble pas avoir d'influence significative sur les critères étudiés de la HAS, il serait envisageable d'établir des mises en situation lors d'enseignements dirigés, afin de renforcer la formation initiale des sages-femmes dans les écoles. Ceci permettrait de compléter l'approche de l'EPP qu'il est possible de rencontrer sur différents lieux de stage.

La **formation continue** peut alors sembler importante pour la pratique de l'EPP étant donné les disparités de formation initiale et le ressenti des sages-femmes. **16%** des sages-femmes de notre échantillon ont bénéficié d'une formation continue : elles l'ont toutes

trouvée utile. On relève que la réalisation d'une formation continue dépend significativement de l'expérience professionnelle : du nombre d'années de diplôme, en effet certaines sages-femmes expriment une « pratique trop récente » de l'EPP, et expliquent ne pas encore avoir eu le temps de réaliser une formation continue depuis le diplôme. La réalisation d'une formation continue est aussi dépendante du nombre d'EPP par semaine, on peut donc supposer qu'une fois formées, les sages-femmes y consacrent plus de temps et s'investissent plus dans la pratique de l'EPP.

Ces formations continues abordent **différents thèmes** comme décrits dans la partie résultats. Différents **organismes** proposent ces formations, d'une durée moyenne de 3 jours. Elles impliquent différents intervenants : psychologue, sages-femmes, comme **Danielle Capgras** (sage-femme formatrice à l'EPP) qui accorde une place particulière au travail en réseau, en étant consultante pour l'aide et la mise en place de réseaux en périnatalité (27).

Parmi celles n'ayant pas bénéficié de formation continue, **34%** des sages-femmes ne souhaitent pas être formées, peut-être parce qu'elles ont déjà une certaine expertise, en effet ces sages-femmes ont un degré d'aisance supérieur, et réalisent des EPP depuis plus longtemps.

Celles n'ayant pas été formées en continu à l'EPP l'expliquent par un intérêt pour **d'autres formations** également enrichissantes pour la pratique de l'EPP. Elles déclarent aussi **manquer de temps**, avoir une **expérience** suffisante, et trouvent les formations **onéreuses**. En effet, le coût de formation peut varier de 700 à 800€ parmi les organismes cités par les sages-femmes. Ceci induit un frein au suivi des formations, même si l'ANDPC, engagée pour un développement professionnel continu de qualité, propose des forfaits de prise en charge partielle en fonction des différentes professions.

Les sages-femmes souhaitant une formation continue expriment en avoir besoin pour la **conduite** de l'EPP, le repérage des **vulnérabilités**, la **synthèse** et le **travail en réseau**. Le bénéfice de formation continue n'influe significativement que sur la recherche du consentement, ce qui met en avant l'état d'esprit différent qu'est l'EPP. L'effectif faible de sages-femmes ayant réalisé une formation continue induit une limite et ne permet donc pas de démontrer de significativité, et ainsi une utilité de la formation.

Le groupe de pilotage de la HAS affirme l'importance d'une **formation spécifique** tournée autour de l'EPP (5). Françoise Molénat y accorde également une place importante dans son rapport (3), ce qui ne fait alors pas de doute sur l'utilité d'une telle formation, qui

se doit d'être monodisciplinaire. Elle insiste également sur l'organisation de **rencontres interdisciplinaires**, centrées sur la clinique, pour permettre de visualiser les rôles de chaque professionnel, leur spécificité, leurs articulations, dans une cohérence et une continuité de prise en charge, comme indiqué dans la circulaire DHOS de 2005 (4).

On peut ainsi envisager, la mise en place de sessions de formations propre à l'EPP, qui seraient proposées par le RSN – Naître Ensemble, afin de développer cette formation continue et de la rendre accessible à un grand nombre de professionnels, d'autant plus qu'il existe déjà, au sein du réseau, une commission « Parentalité – Vulnérabilité » qui organise régulièrement une journée parentalité pluriprofessionnelle, au cours de laquelle différents sujets peuvent y être abordés.

### 3. Plaquette HAS

Concernant la plaquette diffusée en fin de questionnaire et inspirée des recommandations de la HAS (9), on note qu'elle a renseigné de nouvelles notions à **38% des sages-femmes** ! L'apprentissage de nouvelles notions est dépendant du nombre d'années de diplôme ainsi que du nombre d'années de réalisation de l'EPP. On peut donc se dire que l'expérience professionnelle a pour avantage d'apprendre moins de choses à travers cette synthèse. Cependant c'est également dans cette population qu'il y a aussi plus de formation continue. En conséquence, on peut mettre en avant une limite de l'étude étant donné que l'analyse n'est pas multivariée.

### 4. Difficultés

**26% des sages-femmes** expriment rencontrer des difficultés lors de la réalisation de l'EPP. Une différence significative a seulement été démontrée en fonction du degré d'aisance. Ainsi nous n'avons pas pu prouver l'utilité de la formation ou de l'expérience professionnelle vis-à-vis de la rencontre de difficultés. Pourtant les obstacles rencontrés semblent pouvoir être modifiés par la formation continue et le travail en réseau que nous étudierons dans la partie suivante.

Concernant les freins et difficultés, nous avons fait le choix de questions ouvertes auprès des sages-femmes, permettant alors une meilleure expression de leurs pensées mais induisant une certaine subjectivité dans l'analyse.

### 5. Freins de l'EPP

Comme nous avons pu le relever dans la partie consacrée aux résultats, les principaux **freins** semblent être le **manque d'information** des femmes enceintes, mais également des

professionnels confondant l'EPP avec la PNP, associé à un manque d'intérêt de certains professionnels.

Dans l'enquête de 2012 de l'INVS (7), les femmes relèvent différentes sources d'information sur l'existence de l'EPP : 57% par des sages-femmes, 17% par les médecins, or c'est principalement ces derniers qui réalisent le suivi de grossesse des femmes enceintes. Les autres sources intervenant avec moins d'importance dans cette information sont : les relations amicales, le carnet de maternité, la CPAM, internet, des revues. Comme précisé dans le **plan périnatalité** (2) : « l'EPP n'a pas un caractère obligatoire, [...] l'information devra être relayée », ainsi afin d'améliorer l'information faite aux femmes, on peut envisager différents relais d'informations que nous avons déjà évoqués à travers le critère n°2. La plaquette du RSN – Naître Ensemble, peut ainsi être utilisée pour encourager à la participation et informer les parents de l'existence de cet EPP [Annexe IV].

La prise en charge par **l'assurance maladie** permet d'écarter le souci de coût. En effet l'EPP est un acte remboursé à 100% dans le parcours de soin maternité. Il correspond, depuis l'arrêté du 11 Octobre 2004 (28) modifiant la NGAP, à la première séance de PNP en lui attribuant une cotation spécifique.

Le manque d'intérêt et d'information des professionnels que l'on retrouve dans notre étude est également mis en avant dans l'état des lieux de Françoise Molénat (29) : « l'ensemble du monde obstétrical aurait pu s'en réjouir mais visiblement peu furent convaincus : perplexité, gêne, réactions négatives dans le début de la mise en place ». Cependant il est tout de même important de noter que dans l'évaluation du plan périnatalité de 2010 (13) : « les entretiens réalisés ont fait apparaître une position d'ensemble des professionnels, favorable à l'EPP ». Cela montre alors l'évolution de ce frein au fil des années, avec une **évolution des pratiques interdisciplinaires**, tant dans le monde psychologique, que médical et social.

Un autre frein peut également être relevé concernant les **établissements de santé**. En effet, on a pu observer ces dernières années, une évolution des structures, notamment de type II et de type III, encourageant la mise en place de soins de plus en plus techniques, au détriment de la PNP qui par conséquent n'est plus réalisée dans certains établissements.

Les sages-femmes rencontrent donc des difficultés que l'on peut corrélérer au degré d'aisance mais pas à la réalisation de formation initiale ou continue, qui pourtant semblent primordiales pour pallier à ces difficultés rencontrées. Concernant les freins relevés dans notre étude, nous avons pu y apporter quelques solutions notamment via **l'information** des femmes ou des professionnels. « Au fil des années, on remarque un ajustement de l'utilisation progressive de l'EPP et surtout de son efficacité » (29). On peut l'expliquer par l'expertise des professionnels qui se crée par leur **expérience** personnelle, et aussi avec la mise en place de **formations** pour pallier aux éventuelles difficultés rencontrées.

#### *D. Travail en réseau*

Le plan périnatalité (2) consacre un axe au **développement des réseaux de périnatalité**, afin de « créer des liens sécurisants pour les futurs parents et de veiller à la complémentarité et la coordination entre les différents acteurs » (13), permettant ainsi un meilleur travail entre la ville et le milieu hospitalier et assurant une continuité et une cohérence de soins pour les couples.

Dans cette partie, nous nous intéresserons à ce travail en réseau à travers l'établissement d'une synthèse et de transmissions répondant à l'objectif 1 des critères de qualité de la HAS. Ensuite nous étudierons les réorientations effectuées ainsi que les réseaux périnataux, associés à ce travail de coordination, pour répondre à l'objectif 2 de ces recommandations.

##### **1. Synthèse**

La rédaction d'une synthèse, aidant à l'organisation des séances de PNP et permettant d'être plus vigilant lors du suivi médical, est réalisée par **43%** des sages-femmes ayant répondu à notre étude. Le principal frein évoqué à la rédaction d'une synthèse est le **manque de temps**.

On retrouve également le manque de **support** qui peut expliquer que la rédaction de synthèse dépend significativement du type d'exercice. En effet, elle est moins souvent réalisée en libéral. On peut se dire qu'en établissement de santé, l'accès à un support type ou un logiciel est plus facile pour la rédaction d'une synthèse. Certaines sages-femmes expliquent réaliser une synthèse seulement si une réorientation est nécessaire. Dans nos résultats, on retrouve également la notion de **confidentialité** et **d'accord** de la patiente, constituant alors un autre frein, que l'on développera ensuite.

Un texte libre est le plus souvent utilisé (67%) pour la synthèse de l'EPP, parfois les sages-femmes remplissent une grille, voire combinent les deux outils : texte et grille. Les

recommandations de la HAS (5) indiquent tous les éléments devant figurer dans la synthèse de l'EPP. Afin d'en améliorer la pratique, il serait possible d'envisager une **synthèse commune** à l'ensemble du RSN de la région, comme on le retrouve dans d'autres réseaux français (tels que le réseau Aurore, le réseau de santé périnatale parisien (30) ou encore celui de PACA). La HAS précise que « cette synthèse comprend 3 volets d'informations : les contenus essentiels à aborder lors des séances de PNP, les éventuelles difficultés somatiques, psychologiques, sociales et les propositions d'accompagnement spécifique ».

## 2. Transmissions et partage de l'information

Un des objectifs des recommandations de la HAS est donc de favoriser une **meilleure coordination** des professionnels, en adaptant le suivi en fonction des besoins et difficultés de la femme ou du couple. La **transmission** semble alors primordiale à cette coordination : « Le partage d'informations est une des conditions de la coordination autour et avec la femme enceinte » (6).

Dans notre étude, les sages-femmes transmettent la synthèse au professionnel suivant la grossesse dans **44%** des cas, et si réorientation dans **38%** des cas. **36%** des sages-femmes déclarent la garder pour elle-même. Ainsi nous observons qu'il serait possible d'améliorer la transmission d'informations afin de prendre en charge la femme dans sa globalité. En 2009, le réseau périnatal Aurore a mené une étude sur l'établissement d'une **fiche de liaison** (n = 1119) portée par la patiente. En majorité cette pratique s'est révélée être pertinente pour les professionnels comme pour les patientes qui exprimaient un sentiment de sécurité vis-à-vis de la coordination mise en place (31).

Dans notre étude, **9%** (n=6) des sages-femmes déclarent ne pas rechercher l'accord de la patiente pour la transmission d'informations. 5 sages-femmes concernées exercent en établissement de santé, on peut certainement l'expliquer via le dossier médical, dans lequel toutes les informations sont inscrites et par conséquent transmises indirectement aux autres professionnels.

## 3. Réorientation vers des professionnels adaptés

La réorientation correspond à l'étude des critères qualité n°14 et 15 répondants à l'objectif 2 des recommandations de la HAS. En effet, même si l'EPP se veut être « un premier point de sécurité, sans qu'un appel à un spécialiste n'intervienne trop vite »,

Françoise Molénat précise qu'il est important de « ne pas rester seul face au besoin de la patiente » (3).

Dans notre étude, on observe que la **proposition de réorientation** est souvent réalisée pour **41%** des sages-femmes et l'est rarement dans **57%** des cas. Dans l'enquête de **P'INVS** de 2012 (7), on peut relever qu'une réorientation des patientes avait été effectuée dans 20,3% des cas, contre 14,6% dans **P'ENP** de 2016 (15). Ces chiffres paraissent faibles, cependant il est rappelé que la réorientation est à effectuer en fonction des besoins de la patiente ou du couple. On peut donc supposer que la majorité des femmes n'en n'ont certainement pas besoin.

Cette proposition de réorientation est moins réalisée en milieu libéral. Elle l'est plus en territorial, probablement car les patientes suivies en PMI sont généralement plus vulnérables et ont donc besoin de plus de réorientation. En établissement de santé, cette réorientation est également supérieure au libéral, il est certainement plus aisé de rediriger les patientes au sein même d'une structure.

Les **professionnels** le plus souvent sollicités sont les **psychologues**. Effectivement, la collaboration médico-psychologique est mise en avant dans le rapport de Françoise Molénat : « communication, échange et entente entre les équipes psy et les équipes médicales sont primordiales pour une bonne prise en charge et éviter tout traumatisme » (3). Les femmes sont également souvent adressées vers les **tabacologues**, malgré l'augmentation des consommations entre les deux dernières enquêtes nationales périnatales de 2010 et 2016. Elles semblent aussi facilement réorientées vers la **PMI**.

Les réorientations vers la diététicienne, le gynécologue-obstétricien, l'addictologue, l'assistante sociale semblent également être assez fréquentes. Cependant on retrouve en marge le **médecin traitant** alors qu'il constitue pour la femme un professionnel de référence, de confiance, pouvant alors assurer la continuité de la prise en charge ainsi qu'un soutien dans l'accompagnement de la famille. Cette liaison avec le médecin traitant est donc à améliorer, car comme le souligne Françoise Molénat : « il n'est dans la tête d'aucun professionnel » (29).

Afin de réorienter les patientes, **différentes sources** sont utilisées pour trouver le bon professionnel (maternité, contacts personnels ou de collègues). On note que l'utilisation du RSN – Naître Ensemble est encore peu utilisé, 21% des sages-femmes s'en saisissent.

74% des sages-femmes déclarent avoir besoin de mieux connaître le réseau de professionnels. On peut alors imaginer constituer un **annuaire** du réseau référençant les personnes ressources, comme c'est le cas dans d'autres réseaux de périnatalité. L'intérêt de participer à des journées de **formation interdisciplinaire** semble alors primordial pour se constituer un réseau d'acteurs pluriprofessionnels.

#### 4. Secret professionnel et confidentialité

Différents modes de liaisons (échanges téléphoniques, synthèses écrites) sont utilisés pour communiquer avec les professionnels. Ces moyens varient en fonction du professionnel et de l'accord de la patiente, ainsi on peut s'intéresser à l'importance des **règles de transmissions** afin de respecter au mieux le **secret professionnel et la confidentialité** que l'on se doit de respecter.

Selon l'article R4127-303 du **code de la santé publique** (32) : « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi ».

Une « rigueur des transmissions d'informations concernant l'intimité » (4) doit être respectée. On peut alors envisager de **rendre la femme active** dans ces transmissions, en lui demandant ce qu'elle souhaite partager aux autres professionnels la prenant en charge, afin de garder sa confiance, en respectant au mieux la confidentialité de ce qu'elle vient de nous confier. Comme l'évoque **Danielle Capgrass** : « toute information n'est pas bonne à transmettre, le partage doit toujours être limité et finalisé dans l'intérêt de la patiente » (27). La **HAS** propose ainsi des outils dans les recommandations afin de faciliter la sélection d'informations et faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle.

Selon l'article L4127-306 du **code de la santé publique** : « la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de **choisir librement son praticien** » (32). Ainsi, pour le choix du professionnel par la femme enceinte, Françoise Molénat soulève une question : « comment se relier entre professionnels choisis par la femme enceinte ? ». C'est peut-être pourquoi, **28%** des sages-femmes laissent les patientes faire le lien elles-mêmes, alors que la communication directe entre les professionnels est un marqueur de confiance dans le monde médical pour la patiente (29).

## 5. Autres obstacles identifiés

On note dans notre étude que **peu de retours** sont réalisés : sur les 21 sages-femmes déclarant ne jamais avoir de retour, 20 exercent en libéral. On peut donc repérer qu'il y a certainement une mauvaise communication entre la ville et le milieu hospitalier, constituant ainsi un des premiers obstacles du travail en réseau. Dans l'état des lieux de Françoise Molénat, elle considère « l'exercice trop souvent solitaire, sans retours aux acteurs déjà en place » (29).

On retrouve également comme obstacle le **manque de temps**, mais comme le dit Françoise Molénat « cet argument a toujours existé, mais masque le plus souvent d'autres difficultés » (29). En effet on retrouve également des difficultés de **communication**, un manque de **connaissances**. Afin de pallier à ce manque de temps, on pourrait proposer une reconnaissance administrative du temps de liaison, avec indemnisation correspondant alors au temps consacré à la coordination mise en place autour de la femme.

On note aussi que cette collaboration semble parfois très bien réalisée « très bon travail en partenariat grâce à des staffs pluridisciplinaires ». Par conséquent, cette transmission et ce travail en réseau peuvent être rendus possibles, permettant alors « une sécurité médicale, sociale et émotionnelle » via la continuité et la cohérence des soins souhaitées par les parents (29).

Lors des **nuits de l'installation** à Angers en Octobre 2019 (33), nous avons pu mettre en avant au cours de deux tables rondes l'esprit novateur de l'article 51 (mesure de réforme dans l'organisation et le financement du système de santé souhaitée par le Ministre des Solidarités et de la Santé), qui consiste en une rémunération collective des professionnels de santé, permettant ainsi une certaine coordination autour des patients pour faire intervenir l'ensemble des acteurs. Ce système permet ainsi une prise en charge de la personne dans sa globalité, ce qui est rendu difficile avec le paiement à l'acte. Le parcours de soins est alors totalement repensé en interprofessionnalité, avec la construction d'un projet de santé autour du patient, et améliorant ainsi sa prise en charge.

## 6. Réseaux en périnatalité

En France, la FFRSP regroupe l'ensemble des réseaux de santé périnatale dont le **RSN – Naître Ensemble**, fondé en 1998 par les professionnels de la région Pays de la Loire (34). A l'origine destiné à une meilleure organisation des TIU afin d'améliorer la sécurité des mères et des nouveau-nés, les missions du réseau se sont progressivement élargies, s'intéressant à l'ensemble des missions de périnatalité dont la **coordination des acteurs**,

pour une harmonisation des pratiques et une amélioration de la qualité des soins. Cette coordination s'adresse donc à l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité travaillant en libéral, en PMI, ou dans les 23 maternités et 13 services de néonatalogie de la région.

La **Circulaire DHOS de 2006** (35) comprend le cahier des charges national des réseaux en périnatalité et définit les missions, l'organisation et le « champ d'intervention des RSP en amont et en aval de la PEC de la naissance ».

L'**INVS** précise aussi que « c'est clairement le rôle des réseaux de participer à l'amélioration de la pratique des EPP pour une majorité de femmes enceintes, en s'aidant, auprès des professionnels, de formation et de mise à disposition d'informations insistant sur l'intérêt et les objectifs de cet entretien » (7).

Dans la **mission de périnatalité de 2003** ouvrant sur les caractéristiques psychosociales de la grossesse, la sage-femme est considérée comme « l'acteur central, le pilote, l'animateur réseau ». En effet, Marie Lecacheux insiste également dans sa thèse sur le « **rôle de coordination** de la sage-femme » (36). Cependant l'appui des réseaux de santé périnatale semble primordial afin de développer ce travail de collaboration.

Ainsi, on peut envisager la mise en place d'outils par le RSN – Naître Ensemble, afin d'améliorer les pratiques liées à l'EPP : **outils de communication, formations, guide d'entretien, fiche de synthèse, annuaire**, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans certains réseaux en France (région parisienne ; Auvergne - Rhône Alpes ; PACA – Haute Corse – Monaco [Annexe V]).

Des **rencontres interprofessionnelles** pourraient également être envisagées, afin de comprendre les rôles de chacun, d'échanger sur les pratiques, et de définir le cadre de compétences de chaque professionnel, pour mieux cibler quand réorienter.

Nous remarquons donc un certain nombre de difficultés du travail en réseau sur lesquelles il est possible d'agir, dans le but d'améliorer les pratiques et par conséquent la prise en charge des patientes. Nous avons pu mettre en avant la **place majeure des réseaux de santé en périnatalité** pour pallier au besoin d'une meilleure coordination, car comme le précise Danielle Capgrass « connaître des professionnels, identifier leur possibilités d'accompagnement et d'aide, travailler, se former ensemble sans distinction de grade, de fonction, permet un accompagnement de qualité à la parentalité » (27).

## V. CONCLUSION

L'EPP se veut être au cœur de l'accompagnement médical, psychologique et social des femmes et des couples depuis son instauration à la suite du plan périnatalité de 2005-2007. Il constitue ainsi une porte d'entrée dans une démarche de prévention, lui attribuant donc un véritable enjeu de santé publique.

Cet entretien est un espace privilégié de verbalisation, au cours duquel les couples obtiennent des explications à des questions restées jusqu'alors sans réponse. L'écoute active permet une approche différente et constitue ainsi un nouvel état d'esprit dans l'accompagnement des couples.

Cette étude statistique observationnelle nous a donc permis de réaliser un état des lieux de la pratique de l'EPP par les sages-femmes selon les critères de la HAS. Nous avons également pu mettre en avant les difficultés rencontrées par les sages-femmes et la réorientation qui découle de cet entretien. Nous remarquons qu'un véritable travail de fond peut être réalisé afin de développer le travail en réseau.

En effet, par l'étude des différentes variables, nous avons pu générer des hypothèses étiologiques concernant les éventuels facteurs déterminant la pratique de l'EPP.

Cet état des lieux nous permet donc d'encourager et d'envisager une amélioration des pratiques, tout en prenant en compte les difficultés et freins rencontrés par les sages-femmes. Afin de respecter au mieux les critères de la HAS, il est possible d'envisager de **rendre obligatoire l'EPP**, afin que la proposition soit systématique et que le taux de réalisation soit plus important. Un meilleur **relais de l'information écrite** est aussi souhaitable, avec comme support la plaquette et l'affiche du RSN – Naître Ensemble par exemple. Ce relais d'informations contribuerait à développer davantage de connaissances pour les patientes, mais aussi pour les professionnels pour qui il est également envisageable de mettre en place des **formations continues spécifiques**. L'organisation de rencontres interprofessionnelles constituerait une première approche ainsi qu'une sensibilisation des professionnels au **travail en réseau** et à la coordination. Ces rencontres pourraient être complétées par l'élaboration **d'outils communs** de communication tels qu'un **guide d'entretien**, une **synthèse commune** servant de fiche de liaison pour faciliter les transmissions, ainsi qu'un **annuaire** favorisant ainsi la collaboration interprofessionnelle.

*L'Entretien prénatal : « des mots posés, des mots partagés, des maux exprimés, des maux enfouis » (23).*

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Article L4151-1 du code de la santé publique, modifié par la loi du 26 Janvier 2016, relatif aux conditions d'exercice de la profession de sages-femmes ; JORF le 28 Janvier 2016.
2. Ministère de la santé. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité ; 2004.
3. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale, collaboration médico-psychologique en périnatalité ; 2004.
4. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité ; 2005.
5. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles - Préparation à la naissance et à la parentalité ; 2005.
6. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité - Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles ; 2007.
7. INVS. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité en France en 2012 ; 2014.
8. Janvier E. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université d'Auvergne, Clermont 1 ; 2013.
9. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité - fiche de synthèse ; 2005.
10. DRESS. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge ; 2018 [cité le 19 septembre 2019], disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3751>
11. CNOSF. Données démographiques de la profession ; 2017 [cité le 21 septembre 2019], disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
12. Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble. Journée des acteurs de la périnatalité, Loire-Atlantique – Vendée ; 2013 [cité le 25 Août 2019], disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/09/fatqhbhgvgc4nlh3xvx886cb2iw6uw-org.pdf>
13. Ministère de la santé et des sports, Direction Générale de la Santé. Évaluation du plan périnatalité 2005 - 2007, rapport final ; 2010.
14. Article L2112-2 du code de la santé publique, modifié par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance ; JORF le 16 Mars 2016.
15. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale : rapport 2016 - les naissances et les établissements - situation et évolution depuis 2010 ; 2017.
16. Sage-Pranchère N. L'appel à la sage-femme, la construction d'un agent de santé publique (France, XIXème siècle). Annales de démographie historique ; 2014;1 (127) : 181-208.

17. INSERM, Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ; 2011.
18. Guérini J-N. Entretien prénatal précoce - question écrite n°08321 ; JO Sénat du 27 Décembre 2018 - page 6698 [cité le 10 septembre 2019], disponible sur : <http://www2.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ181208321.html>
19. Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble. Plaquette - Entretien Prénatal Personnalisé ; 2019. PDF disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/entretien-prenatal-precoce-2/>
20. Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement, Molénat F, Toubin R-M, Roy J et al. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre ; 2006.
21. Réseau de santé périnatal parisien. Guide d'entretien ; 2016. PDF disponible sur : [http://www.rspp.fr/component/docman/doc\\_download/1516-guide-d-entretien-v2-300910?Itemid=](http://www.rspp.fr/component/docman/doc_download/1516-guide-d-entretien-v2-300910?Itemid=)
22. Réseau sécurité naissance PACA Est - Haute Corse - Monaco, Berrafato MC. Introduction à l'entretien prénatal, référentiel obstétrical n°1 - version 2 ; 2011. PDF disponible sur : <http://securite-naissance.e-santepaca.fr/?q=documentation/protocoles-obst%C3%A9tricaux>
23. Bazin A, Gasc C, Mégret C et al. L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux. Spirale ; 2013;66 (2) :163-75.
24. Caisse primaire d'assurance maladie. Les avenants à la convention nationale des sages-femmes ; 2018 [cité le 20 Octobre 2019], disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/sage-femme/textes-referenc/convention/avenants>
25. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique – Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ; 2014.
26. Bernard M, Cholet CH, Bigot L et al. L'écoute une disponibilité pour l'autre ; 2013. PDF disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/d2/kwvlatysudn5raegvxv41bi5vhpeme-org.pdf>
27. Capgras-Baberon D. L'entretien prénatal précoce : mode d'entrée dans le réseau. Spirale ; 2012;1 (61) : 47-53.
28. Arrêté du 11 octobre 2004, du code la santé publique, modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ; JORF du 21 Novembre 2004.
29. Molénat F. L'entretien prénatal précoce : objectifs, avancées, obstacles et dérives. Etat des lieux qualitatif des pratiques depuis le lancement du plan périnatalité 2005-2007 ; 2007.
30. Réseau de santé périnatal parisien. Entretien Prénatal Précoce ; 2016 [cité le 21 septembre 2019], disponible sur : <http://www.rspp.fr/vie-du-reseau/les-projets-du-reseau/50-entretien-prenatal-precoce>

31. Dupont C, Gonnaud F, Touzet S et al. Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente, à propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. La Revue Sage-Femme ; 2009;8 (1) : 11–6.
32. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie ; 2012.
33. Agence Régionale de Santé. Nuit de l'installation, Rémunération : rémunération d'équipes coordonnées de professionnels libéraux, une révolution ? / Installation : s'installer aujourd'hui, quelles réalités ? ; 15 Octobre 2019 ; Angers, France.
34. Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble. Historique ; 2015 [cité le 15 Septembre 2019], disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/historique/>
35. Ministre de la santé et des solidarités, DHOS. Circulaire N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/252 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité ; 2006.
36. Lecacheux M. L'entretien prénatal précoce, situations de vulnérabilité et esprit de prévention. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification en psychiatrie ; 2007.

*Autres éléments bibliographiques non cités*

37. ORS Poitou-Charentes, Bouffard B, Giraud J, Robin S et al. Réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou-Charentes ; 2012. PDF disponible sur : <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/zz6xD7EPP12.pdf>
38. Veschambre C. L'entretien du 4ème mois de grossesse. Une amélioration pour la prise en charge des femmes enceintes ? Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme. Université de Nantes ; 2007.
39. Bertoli M. La sage-femme de PMI et l'Entretien Prénatal Précoce. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Lorraine ; 2013.
40. Thieffry M. Evaluation de la préparation à la naissance et à la parentalité selon les critères de qualité de la haute autorité de santé de décembre 2007. Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme. Université catholique de Lille ; 2017.

## ANNEXES

---

- I. Questionnaire
- II. Tableau récapitulatif des p-values
- III. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
- IV. Plaquette d'informations du Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble
- V. Outils du Réseau Sécurité Naissance – PACA Est - Haute Corse - Monaco

# ANNEXE I

## QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur la pratique de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) par les sages-femmes de Loire-Atlantique et Vendée.

L'objectif est alors de déterminer les conditions de réalisation de cet entretien, mais également d'évaluer les difficultés éventuellement rencontrées.

Cette étude est anonyme et s'adresse à toutes les sages-femmes de Loire-Atlantique et Vendée (libérales, territoriales et en établissement de santé) réalisant des entretiens prénataux précoces.

Ce questionnaire s'accompagne d'une plaquette, reprenant les points essentiels de l'Entretien Prénatal Précoce issue des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Merci d'avance pour votre participation,

Charlotte Léauté

Etudiante en M1 maïeutique de Nantes

*\*\* plusieurs réponses possibles*

### PROFIL DES SAGES-FEMMES

1. Depuis combien d'année(s) êtes-vous diplômé(e) ? \_\_

2. Quelle est votre activité actuelle ? \*\*

- Libérale
- Etablissement public de santé
- Etablissement privé de santé
- Protection Maternelle Infantile

2.1 Si vous exercez en **libéral**, vous exercez dans un cabinet : \*\*

- Seul(e)
- Avec un(e) ou plusieurs collègue(s) sage-femme(s)
- Avec d'autre(s) professionnel(s) de santé
- Autre : \_ \_ \_ \_ \_

2.2 Si vous exercez en **établissement de santé**, dans quel type de maternité exercez-vous ? \*\*

- Type I
- Type II
- Type III

3. Depuis combien d'année(s) réalisez-vous des entretiens prénataux précoces ? \_\_

4. En moyenne, combien d'Entretien Prénatal Précoce réalisez-vous par semaine ?

- Moins d'une fois par semaine
- 1 fois par semaine
- Entre 2 et 5 fois par semaine
- 6 fois ou plus par semaine

## FORMATION

5. Quel est votre degré d'aisance à la réalisation de l'EPP sur une échelle de 0 à 10 ?



*Pas du tout à l'aise*

*Totalement à l'aise*

6. Avez-vous bénéficié d'une formation initiale (théorique ou pratique) à propos de l'EPP ?

- Oui
- Non

6.1 Si oui, cette formation initiale vous paraît-elle suffisante ?

- Oui
- Non
- Je ne suis pas concernée

7. Avez-vous bénéficié d'une formation continue à propos de l'EPP ?

- Oui
- Non

*Si vous avez bénéficié d'une formation continue à l'EPP :*

7.1 De quelle formation avez-vous bénéficié ?

-----

7.2 Cette formation vous a-t-elle paru utile ?

- Oui
- Non

*Si vous n'avez pas bénéficié d'une formation continue à l'EPP :*

7.1 Pourquoi n'avez-vous pas bénéficié d'une formation continue à propos de l'EPP ? \*\*

- Formation initiale suffisante
- Expérience suffisante
- Pas de possibilité de formation
- Formation trop onéreuse
- Intérêt pour d'autres formations
- Manque de temps
- Autres : \_\_\_\_\_

7.2 Souhaiteriez-vous aujourd'hui en bénéficier ?

- Oui
- Non

7.3 Si oui, quel type de formation vous serait utile ? \*\*

- Conduite d'entretien
- Synthèse de l'entretien
- Vulnérabilité
- Travail en réseau

## MODALITES DE REALISATION DE L'EPP

8. Proposez-vous de façon **systematique** un entretien prénatal à toutes les patientes ?

- Oui
- Non

8.1 Si **non**, pourquoi ? \_\_\_\_\_

9. Donnez-vous à vos patientes un document explicatif de cet entretien prénatal précoce ou affichez-vous une information à propos en salle d'attente ?

- Oui
- Non

10. Recherchez-vous le consentement de la patiente ou du couple, pour la réalisation de cet entretien ?

- Oui
- Non

11. A quel moment réalisez-vous le plus souvent cet entretien ?

- Au premier trimestre
- Au 4<sup>ème</sup> mois
- Au 5<sup>ème</sup> mois
- Au 6<sup>ème</sup> mois
- Au troisième trimestre

12. Combien de temps consacrez-vous en moyenne à cet entretien ?

- Moins de 30 min
- 30 min
- 45 min
- 60 min
- Plus de 60 min

13. Dans votre pratique, cet entretien est :

- Inclus dans une consultation de suivi médical
- Un temps dédié à chaque patiente = 1<sup>ère</sup> consultation de PNP
- L'un ou l'autre, c'est variable en fonction des patientes

14. Vous réalisez cet entretien :

- Individuellement
- En groupe

15. Le conjoint est-il convié à cet entretien ?

- Oui
- Non

16. Utilisez-vous un support avec les grands thèmes à aborder pour guider votre entretien ?

- Non, aucun support
- Oui, le guide de la HAS
- Oui, un guide inspiré des recommandations de la HAS
- Oui, un guide personnel
- Oui, un guide établi par l'établissement de santé
- Oui, un questionnaire précis rempli au fur et à mesure de l'entretien = grille d'entretien
- Oui, un questionnaire auto-rempli par la patiente (en salle d'attente par exemple)

17. Abordez-vous ces items lors de l'entretien prénatal précoce avec les patientes que vous voyez pour la première fois ?

| Items  | Jamais                   | Rarement                 | Souvent                  | Toujours                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>La situation socio-économique de la patiente (habitat, profession, couverture sociale)</i>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>La place du père, la famille</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'anamnèse : antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux)</i>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Les conduites à risque (tabac, alcool, drogues, médicaments)</i>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'hygiène alimentaire (repas équilibré, risque infectieux)</i>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'hygiène de vie (sport, travail)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Les antécédents psychologiques et vécus psychologiques (violences, dépressions...)</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Le déroulement médical de la grossesse actuelle</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Le vécu de la grossesse actuelle</i>  |                          |                          |                          |                          |
| <i>La vie de couple, la sexualité dans le couple</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Les contenus à aborder lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Le projet de naissance (souhaits particuliers, AM, APD...)</i>                                |                          |                          |                          |                          |
| <i>Les offres de soins de proximité (réorientation, PNP locales)</i>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Abordez-vous ou réabordez-vous ces items lors de l'entretien prénatal précoce avec les patientes que vous suivez déjà ?

| Items  | Jamais                   | Rarement                 | Souvent                  | Toujours                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>La situation socio-économique de la patiente (habitat, profession, couverture sociale)</i>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>La place du père, la famille</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'anamnèse : antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux)</i>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Les conduites à risque (tabac, alcool, drogues, médicaments)</i>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'hygiène alimentaire (repas équilibré, risque infectieux)</i>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'hygiène de vie (sport, travail)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Les antécédents psychologiques et vécus psychologiques (violences, dépressions...)</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Le déroulement médical de la grossesse actuelle</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Le vécu de la grossesse actuelle</i>  |                          |                          |                          |                          |
| <i>La vie de couple, la sexualité dans le couple</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Les contenus à aborder lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Le projet de naissance (souhaits particuliers, AM, APD...)</i>                                |                          |                          |                          |                          |
| <i>Les offres de soins de proximité (réorientation, PNP locales)</i>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Rencontrez-vous des difficultés lors de la réalisation de cet entretien prénatal précoce ?

Oui

Non

19.1 Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous ?

-----

20. Etant donné le peu de patientes bénéficiant de cet entretien, quels sont, selon vous, les freins à la réalisation de celui-ci ?

-----

## SEANCES DE PNP

21. Trouvez-vous cet entretien nécessaire pour l'organisation des séances de PNP ?

- Oui
- Non

22. En cas de réalisation de cet entretien, les patientes réalisent-elles les séances de PNP avec vous ou dans votre établissement de santé ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

23. Vous arrive-t-il de proposer des alternatives de PNP au niveau local (dans d'autres établissements ou cabinet par exemple) ?

- Oui
- Non

23.1 Si non, pourquoi ? \*\*

- Pour des raisons de concurrence
- Parce que je ne connais pas les offres locales
- Parce que les cabinets sont trop loin
- Autre : \_\_\_\_\_

## SYNTHESE

24. Réalisez-vous une traçabilité de la réalisation de l'EPP ? \*\*

- Non, je ne réalise pas de traçabilité
- Oui, dans le carnet de maternité
- Oui, dans le dossier médical

25. Réalisez-vous une synthèse de l'entretien prénatal précoce pour une éventuelle transmission d'informations vers d'autres professionnels ?

- Oui
- Non

*Si vous ne réalisez pas de synthèse :*

25.1 Pourquoi ne réalisez-vous pas de synthèse écrite ? \*\*

- Manque de temps
- Manque de support
- Difficultés de synthèse
- Peur d'une mauvaise interprétation
- Refus de la patiente
- Autre : \_\_\_\_\_

*Si vous réalisez une synthèse écrite :*

25.1 Quel support utilisez-vous pour la réalisation de cette synthèse ?

- Une grille à remplir
- Un texte de manière libre
- Autres : \_\_\_\_\_

25.2 A qui l'adressez-vous ? \*\*

- A la patiente elle-même
- A personne, je le garde pour moi
- Au professionnel suivant la grossesse sur le plan médical
- Au professionnel réalisant les séances de PNP
- Au professionnel prenant en charge la patiente en cas de réorientation
- Autre : \_\_\_\_\_

25.3 Recherchez-vous l'accord de la patiente pour transmettre ces informations aux autres professionnels ?

- Oui
- Non

## REORIENTATION – RESEAU

26. A la suite de cet entretien, vous arrive-t-il de proposer une réorientation vers d'autres professionnels pour coordonner et organiser un suivi adapté à la patiente ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

*Si vous avez déjà proposé une réorientation,*

**26.1** Comment les réorientez-vous ? \*\*

- Au sein du Réseau Sécurité Naissance (Naitre Ensemble) de la région
- Au sein de l'établissement de santé qui va suivre la patiente
- Grâce à des contacts personnels
- Grâce à des contacts de collègues
- Autres : \_\_\_\_\_

**26.2** Vers quels professionnels orientez-vous **le plus souvent** vos patientes ? \*\*

- Sage-femme
- Gynécologue-obstétricien
- Médecin traitant
- Tabacologue
- Addictologue
- Diététicienne
- Psychologue
- Psychiatre
- PMI
- TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale)
- Assistant social
- Conseiller conjugal
- Autre : \_\_\_\_\_

**26.3** Comment faites-vous la liaison avec les différents professionnels ? \*\*

- Je ne contacte pas directement le professionnel concerné
- Je lui adresse une synthèse écrite (par courrier, par mail, donnée à la patiente, dans le dossier médical au sein d'un établissement)
- J'ai un échange téléphonique avec le professionnel
- J'ai un échange oral avec le professionnel (pendant un staff par exemple)
- Autre : \_\_\_\_\_

**26.4** Avez-vous des retours de ces professionnels vers qui vous orientez les patientes ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

27. Quels sont selon vous les obstacles à ce suivi en réseau ?

---

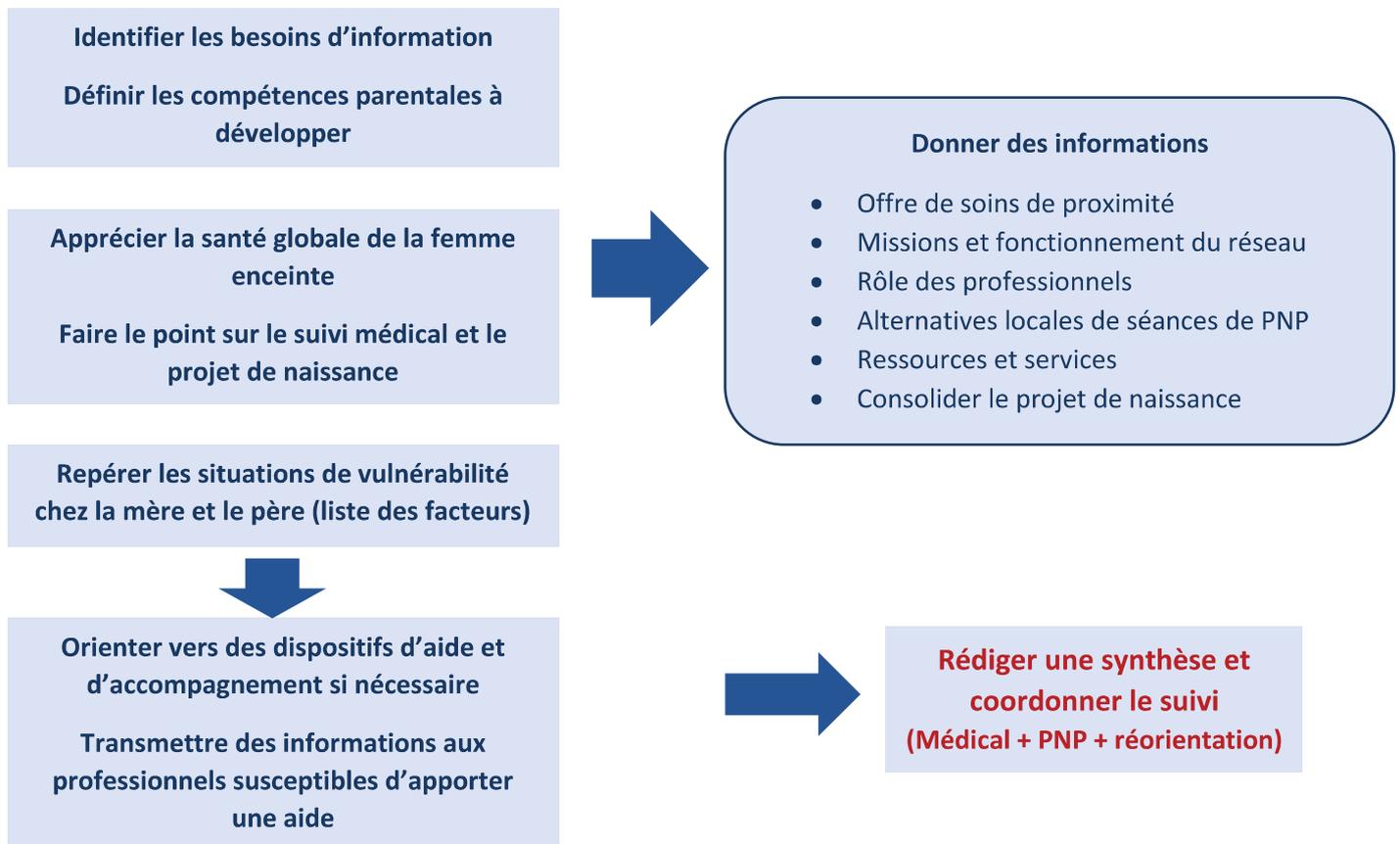
28. Auriez-vous besoin de mieux connaître le réseau de professionnels pour orienter les femmes ?

- Oui
- Non

## ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

- **Individuel ou en couple**
- **Proposé systématiquement** au moment de la confirmation de la grossesse en expliquant les objectifs et en recherchant le **consentement**
- Réalisé durant le **1<sup>er</sup> trimestre** de la grossesse par une sage-femme ou un médecin
- Ne doit pas se substituer à la première consultation médicale de suivi de la grossesse
- Durée minimum de **45 minutes**
- Est une aide pour les professionnels, ajustement de la **vigilance** en fonction des transmissions

**Les conditions de dialogue et l'utilisation des techniques de communication appropriées permettent d'accéder au ressenti des femmes et des couples et de consolider leur confiance en eux et dans le système de santé. Pratique de l'écoute active +++ guide pour l'entretien !**



### Une coordination dès l'entretien individuel ou en couple

- Un travail en **réseau** quels que soient la discipline et le mode d'exercice
- Une fonction de **coordination** pour assurer la cohérence du suivi
- Un partage et des modalités de **transmission** de l'information
- Une **évaluation** à tous les stades pour adapter le suivi en fonction des besoins

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_fiche.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf)

29. Cette plaquette vous a-t-elle appris de nouvelles notions ?

- Oui
- Non

## ANNEXE II – TABLEAU RECAPITULATIF DES P-VALUES

|                                   | Type d'exercice | Nombre d'années de diplôme | Nombre d'années d'EPP | Nombre d'EPP par semaine | Degré d'aisance | Formation initiale | Formation continue |
|-----------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Degré d'aisance                   | 0,121           | 0,037                      | < 0,001               | 0,020                    |                 |                    |                    |
| Formation initiale                | 0,578           | 0,014                      |                       |                          | 0,455           |                    |                    |
| Formation continue                | 0,579           | < 0,001                    | < 0,001               | 0,022                    | 0,413           | 0,104              |                    |
| Proposition systématique          | 0,138           | 0,042                      | 0,279                 | 0,034                    | 0,088           | 0,817              | 1                  |
| Documents explicatifs             | 0,002           | 0,152                      | 0,034                 | 0,005                    | 0,044           | 0,775              | 0,058              |
| Recherche du consentement         | 0,656           | 0,169                      | 0,045                 | 0,531                    | 0,051           | 1                  | 0,028              |
| Moment de réalisation             | 0,011           | 0,824                      | 0,498                 | 0,677                    | 0,129           | 0,330              | 0,587              |
| Durée de l'EPP                    | 0,433           | 0,635                      | 0,034                 | 0,100                    | 0,007           | 0,125              | 0,960              |
| Type d'entretien                  | 0,002           | 0,469                      | 0,310                 | 0,395                    | 0,271           | 0,605              | 0,721              |
| Présence du conjoint              | 1               | 0,623                      | 0,794                 | 0,250                    | 0,051           | 0,620              | 0,501              |
| Support utilisé                   | 0,100           | 0,302                      | 0,223                 | 0,004                    | 0,299           | 0,355              | 0,617              |
| Rencontre de difficultés          | 0,521           | 0,395                      | 0,121                 | 0,669                    | 0,049           | 0,641              | 0,320              |
| Utilité dans l'organisation PNP   | < 0,001         | 0,499                      | 0,606                 | 0,050                    | 0,271           | 0,668              | 0,505              |
| Proposition d'alternatives de PNP | 0,684           | 0,412                      | 0,014                 | 0,362                    | 0,205           | 0,766              | 0,202              |
| Réalisation d'une synthèse        | < 0,001         | 1                          | 0,351                 | 0,001                    | 0,513           | 0,727              | 0,389              |
| Proposition de réorientation      | < 0,001         | 0,432                      | 0,669                 | 0,022                    | 0,165           | 0,315              | 0,894              |
| Retours des orientations          | 0,172           | 0,738                      | 0,480                 | 0,059                    | 0,070           | 0,315              | 0,706              |
| Connaissance réseau               | 0,133           | 0,008                      | 0,001                 | 0,237                    | 0,002           | 0,516              | 0,550              |
| Notions de la plaquette HAS       | 0,791           | 0,032                      | 0,047                 | 0,064                    | 0,177           | 0,169              | 0,763              |

Colonnes : variables étudiées pour l'analyse statistique

Lignes : items du questionnaire

■ : p-value non étudiée

■ : p-value significative

## ANNEXE III



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles

#### Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

(document destiné à tous les professionnels de santé impliqués en périnatalité)

#### Buts de la démarche

**Favoriser le développement de la PNP tout au long de la grossesse et en postnatal, et s'assurer de la qualité de la PNP mise en œuvre**

Les objectifs et les critères de qualité sont fondés sur les recommandations professionnelles « Préparation à la naissance et à la parentalité » publiées par la HAS en novembre 2005 (téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

Parmi les objectifs et les critères de qualité proposés ci-dessous (☐), retenez ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Vous pouvez éventuellement adapter la liste ci-dessous ou l'utiliser dans son ensemble.

Pour plus de précisions sur chacun de ces critères, il convient de se reporter aux justifications correspondantes et aux consignes d'utilisation des critères au chapitre 2 du document "Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles" (téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

#### 1. Entretien individuel ou en couple : première séance de la préparation à la naissance

**Objectif 1.** Proposer et réaliser l'entretien individuel ou en couple prévu par la réglementation

- Proposition systématique de l'entretien à toute femme enceinte au moment de la confirmation de la grossesse
- Recherche de l'accord de participation de la femme ou du couple après explication des objectifs de l'entretien
- Réalisation de l'entretien individuel ou en couple durant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse
- Durée minimum de 45 min pour l'entretien individuel ou en couple
- Entretien dédié, individuel ou en couple, distinct d'une consultation médicale de suivi de la grossesse
- Utilisation d'un guide d'entretien comme support à la communication
- Rédaction d'une synthèse de l'entretien
- Transmission, avec l'accord de la femme enceinte, de la synthèse de l'entretien au professionnel qui assure le suivi médical de la grossesse et à celui qui assure les séances de PNP

**Objectif 2.** Identifier les besoins d'information et les éventuelles vulnérabilités, définir les besoins éducatifs des femmes enceintes

- Informations données sur la prévention des risques liés au mode de vie
- Informations données sur l'offre de soins de proximité
- Recherche chez la femme enceinte et le couple des éventuelles situations de vulnérabilité
- Définition pour chaque femme des contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales
- Présentation des offres de programmes de PNP au sein des ressources de proximité
- Mise en place si besoin d'une coordination et d'un suivi dès l'entretien individuel ou en couple
- Construction avec la femme enceinte ou le couple des réponses appropriées à leurs besoins d'aide et d'accompagnement

## 2. Mise en œuvre des séances prénatales

**Objectif 3.** Proposer des séances de PNP pour préparer la femme ou le couple à la naissance, à l'accueil de l'enfant et soutenir la parentalité

- Description du programme de PNP dans un document de référence pour la pratique
- Adaptation des thèmes développés au cours des séances de PNP aux besoins et aux attentes des femmes
- Réalisation d'une évaluation individuelle ou collective de la PNP au cours de la séance afin de réajuster les contenus si besoin
- Réalisation d'une évaluation individuelle de la PNP à la fin des séances prénatales avec chaque femme

## 3. Poursuite des actions de soutien à la parentalité durant le séjour à la maternité

**Objectif 4.** Proposer à la femme lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant

- Mise en œuvre d'un soutien à la parentalité après la naissance de l'enfant
- Accompagnement de l'autonomie dans les pratiques parentales pour préparer le retour à domicile
- Réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile
- Avant la sortie de la maternité, information ou mise en relation avec des dispositifs de soutien et d'aide auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoin

## 4. Poursuite des séances à domicile en période postnatale

**Objectif 5.** Poursuivre les séances de PNP en période postnatale en cas de sortie précoce de la maternité ou de difficultés identifiées durant le séjour ou de demande des parents

- Réalisation de séances complémentaires après la naissance en cas de besoin et en coordination avec les professionnels qui suivent la mère et l'enfant
- Réalisation d'une évaluation individuelle des séances de soutien et des suivis complémentaires mis en œuvre à domicile



# Pourquoi un entretien ?

## C'est un moment d'écoute, d'échange et d'information

autour de votre grossesse, de votre accouchement et de l'arrivée de votre enfant, et non un examen médical.

### Vous pouvez y exprimer :

- Ce que vous vivez et avez vécu.
- Ce que vous ressentez.
- Ce que vous savez, ce que vous pensez.
- Ce que vous voulez connaître.
- Ce que vous souhaitez, acceptez et voulez faire.



### Il permet au professionnel qui suit votre grossesse :

- De répondre à vos questions.
- D'adapter le suivi de votre grossesse à vos besoins, qui peuvent varier, évoluer dans le temps.
- De vous accompagner dans vos choix et décisions concernant votre santé, la grossesse, l'accouchement, la durée du séjour en maternité...
- De vous orienter vers des professionnels susceptibles de vous apporter une aide supplémentaire pour votre suivi et / ou celui de votre futur enfant.
- De planifier les séances prénatales de PNP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité).

## À quel moment ?

- Dès le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, mais il peut aussi avoir lieu plus tard (ou plus tôt si vous en ressentez le besoin).

### AVEC QUEL PROFESSIONNEL ? ET OÙ ?

- Avec le professionnel de votre choix.
- En cabinet libéral, à la maternité ou en PMI.
- Majoritairement réalisé par les sages-femmes, il peut également être assuré par un médecin (généraliste ou médecin gynécologue).

## Comment l'entretien se déroule-t-il ?

Vous avez le choix de venir seule ou en couple. Cet entretien, d'une durée de 45 min à 1 h, est confidentiel.

Avec votre accord, des informations pourront être partagées avec les autres professionnels de santé impliqués dans votre suivi.



### POUR QUI ? COMMENT ?

- > Pour toutes les femmes enceintes et les couples qui le souhaitent.
- > Pas besoin de prescription médicale.
- > Aucune avance de frais, il est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.



### DURANT CET ENTRETIEN VOUS POURREZ ABORDER PAR EXEMPLE :

- > Comment vivre au mieux ma grossesse et préparer l'arrivée du bébé ?
- > Quels sont mes droits ?
- > Quelles sont les sources d'informations fiables ?
- > Quel est mon projet pour la naissance ?
- > L'alimentation du nouveau-né
- > ...

### POUR INFORMATION :

Un second entretien est proposé pendant la grossesse. Il permet plus particulièrement d'organiser votre retour à la maison. Contactez la sage-femme de votre choix qui vous suivra à la sortie de la maternité.

# ANNEXE V



## INTRODUCTION A L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Référentiel obstétrical n°1  
version 2 page 5/12

Dimensions à explorer pendant l'entretien : Somatique, Sociale, Affective.  
Extraire les faits marquants sans dupliquer le dossier médical.

Choisissez ou laissez la future maman en choisir l'ordre.  
Il n'y a pas obligation de tout aborder.

### Références

Haute Autorité de Santé – Service des recommandations professionnelles, RCP Préparation à la Naissance et à la Parentalité, novembre 2005.

Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » 10 novembre 2004.

Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Provence Alpes Côte d'Azur 2006-2011, ARRETE n° 2006-11-04

CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/3 00 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

LOI n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

### Santé globale

**Hygiène de vie**  
Conseils hygiéno-diététiques  
Activité corporelle  
Traitements  
Conduites addictives

**Réseau de périnatalité**  
Transfert in utero  
Transfert néonatal  
Plaquette

### Projet de naissance et attentes personnelles

**Connaissance des maternités** : Choix de la maternité (publique / privée)

**Projet de parentalité** : PNP, accouchement, allaitement, suite de couches, retour précoce, mode de garde...

### Environnement social et familial

**Le domicile est-il éloigné** :  
Du lieu de travail  
Du lieu des Cs ou de la maternité  
Moyens de transports  
Aménagement du temps de travail et Médecin du travail

**Accueil de l'enfant, conditions logement, personnes au foyer**  
Précarité, revenus (fin droit, RMI...)

**Degré d'isolement**  
Déménagement récent  
Réseau familial, amical

**Place du conjoint**  
Situation familiale  
Aide à la maison  
Accompagnement de la grossesse

### Ressentis

**Conditions de vie**

**Autour de la naissance**  
Préoccupations par rapport à la grossesse, l'accouchement, l'arrivée de l'enfant...

**Croyances familiales / accouchement ...**

**Décès, rupture, incapacités...**



## INTRODUCTION A L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Référentiel obstétrical n°1  
version 2 page 7/12

### ANNUAIRE PRATIQUE DU PROFESSIONNEL SPECIFIQUE A L'ENTRETIEN DU 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE

La patiente accepte-t-elle d'être contactée par le Réseau après la naissance ?  OUI  NON Exemplaires : BLANC : future maman / VERT : sage-femme ou praticien / BLEU : Réseau

| NIVEAU | LIEUX D'ACCOUCHEMENT              | TELEPHONE  |
|--------|-----------------------------------|--|
| 3      | NICE - ARCHET II                  | Standard : 04.92.03.77.77<br>Salle d'acct : 04.92.03.63.95 |
|        | ANTIBES                           | Standard : 04.92.91.77.77                                  |
| 2      | CANNES                            | Standard : 04.93.69.70.00                                  |
|        | GRASSE                            | Standard : 04.93.09.55.55                                  |
|        | DRAGUIGNAN                        | Standard : 04.94.60.50.00                                  |
|        | FREJUS-ST RAPHAEL                 | Standard : 04.94.40.21.21                                  |
|        | MONACO                            | Standard : 00377.97.98.99.00                               |
|        | BASTIA                            | Standard : 04.95.59.11.11                                  |
| 1      | NICE : Clinique SANTA MARIA       | Standard : 04.92.03.02.45                                  |
|        | NICE : Clinique ST GEORGE         | Standard : 04.93.81.71.50                                  |
|        | CAGNES SUR MER : Clinique ST JEAN | Standard : 04.92.13.53.13                                  |
|        | CANNES : Clinique OXFORD          | Standard : 04.92.92.35.35                                  |
|        | ST TROPEZ                         | Standard : 04.98.12.50.00                                  |
|        | BASTIA : Clinique MAYMARD         | Standard : 04.95.55.39.39                                  |

| ADDICTOLOGIES | TELEPHONE |
|---------------|-----------|
| TABAC         |           |
| ALCOOL        |           |
| DROGUES       |           |

**DIETETICIENNE :**

**CAMP :**

**PUERICULTRICE :**

**PROCUREUR :**

**JURISTE :**

**C.A.F :**

**ASSOCIATION DE PARENTS :**

**AIDE A L'ALLAITEMENT :**

**AIDE A LA LANGUE FRANCAISE :**

**PMI :**

**PREPARATION A LA NAISSANCE :**

**PSYCHOLOGUE :**

**ASSISTANTE SOCIALE :**

# ANNEXE V

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>Réseau<br/><b>SÉCURITÉ</b><br/>Naissance<br/><small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small></p> <p><i>Aux portes de la vie</i></p> | <h2>INTRODUCTION A<br/>L'ENTRETIEN PRÉNATAL<br/>PRÉCOCE</h2> | <h2>Référentiel obstétrical<br/>n°1</h2> <p>version 2 page 6/12</p> |
|--|--|---|

|   |  |
|---|--|
|  <p>Réseau<br/><b>SÉCURITÉ</b><br/>Naissance<br/><small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small></p> <p><i>Aux portes de la vie</i></p> | <h3>ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE</h3> <p><b>Fiche de synthèse<br/>et de transmission</b></p> |
|---|--|

**Le remplissage de cette fiche se fait avec l'accord et la participation de la patiente / du couple.**  
1 exemplaire blanc pour la patiente, 1 vert pour le praticien, 1 bleu anonymisé pour le réseau

|  |   |
|--|---|
| NOM Patiente :<br>PRENOM :<br>DATE DE NAISSANCE :<br>NOM Conjoint :  | <b>A PROPOS DE L'ENTRETIEN</b> proposé le : / /    AG :    SA<br>Par : <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> gynécologue <input type="checkbox"/> médecin généraliste <input type="checkbox"/> autre :<br>NOM du professionnel qui suit la grossesse :<br>Connaissance du réseau par la patiente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pendant l'entretien |
| <b>ENTRETIEN</b> réalisé le : / /    AG:    SA    Nombre d'enfants :    Age :<br><input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> individuel    Profession :    Lieu d'accouchement prévu :   |   |
| <b>CONSULTANT</b><br>Profession : <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> médecin    Lieu d'exercice : <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> clinique privée <input type="checkbox"/> cabinet privé <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> à domicile<br>Couverture sociale : <input type="checkbox"/> SS + mutuelle <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> NAS |   |
| <b>ATCD marquants et santé globale</b>   | <b>Environnement social et familial</b>   |
| <b>Projet de naissance et attentes personnelles</b>  | <b>Ressentis</b>  |

**Soutien(s) proposé(s)**

- |                                      |   |   |                                      |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PMI         | <input type="checkbox"/> assistante sociale | <input type="checkbox"/> consult. tabac     | <input type="checkbox"/> SF libérale |
| <input type="checkbox"/> psychologue | <input type="checkbox"/> diététicienne      | <input type="checkbox"/> médecin du travail | <input type="checkbox"/> autre :     |

## RESUME

---

L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) a été mis en place à la suite des recommandations de la HAS de Novembre 2005, et a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale de la femme enceinte et du couple, tant sur le plan médical, psychologique que social.

A travers une étude observationnelle, transversale, descriptive, à visée étiologique, nous avons souhaité réaliser un état des lieux de la pratique de l'EPP par les sages-femmes de Loire-Atlantique et Vendée.

152 réponses de sages-femmes libérales, territoriales et d'établissements de santé ont été recueillies, permettant ainsi l'analyse de la pratique de l'EPP selon les critères qualité de la HAS. Ces réponses ont également permis de mettre en avant les difficultés rencontrées par les sages-femmes ainsi que le travail en réseau à la suite de l'EPP.

On relève que des progrès sont encore à faire en termes de formation, d'information et de réorientation des patientes. Des idées peuvent ainsi être proposées, permettant une possible amélioration des pratiques, en continuant de sensibiliser les professionnels au travail en réseau, dans le but d'apporter une meilleure prise en charge aux couples.

**Mots clés :** entretien prénatal précoce, sage-femme, recommandations, HAS, formations, difficultés, réorientation, réseau.