UNIVERSITE DE NANTES

||||**FACULTE DE MEDECINE**

||||

Année 2010 N° 002

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de médecine générale

par

Marie-Bénédicte You

née le 6 avril 1980 à Niort (79)

||||

Présentée et soutenue publiquement le 5 janvier 2010

||||

L'outil « entretien prénatal précoce » est-il utilisé par les médecins généralistes ?

||||

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean Philippe

Directeur de thèse : Docteur Laure Van Wassenhove

SOMMAIRE

INTRODUCTION……13

CHAPITRE 1 : GENESE DE L'OUTIL ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE..……..15

1.Historique……15

A. Publications internationales……15

1.Rapport de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) sur « la santé dans le monde » de 2000……15

2.Les indicateurs périnataux publiés par l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)……15

B. Eclairage en parallèle du point de vue français……16

1.La prématurité……17

a.L'enquête périnatale de 1995…..17

b.L'enquête périnatale de 2003…..18

2.La mortalité maternelle……18

a.Le comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM)…..18

b.Le rapport de l'institut de veille sanitaire (inVS) de 2006…19

C. Des missions préparatrices…19

1.La mission périnatalité……....19

2.La mission Cléry-Melin de 2003……..22

3.La mission « périnatalité et prévention en santé mentale : collaboration médico-psychologique en périnatalité » de 2004……..23

D. Les états généraux de la naissance de juin 2003…...28

1.Le Collège National de Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF)……28

2.Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE)……..29

***E. Le cadre législatif…*……30**

1.Le plan « Psychiatrie et santé mentale »……...30

a.Circulaire DHOS/DGS 2005-300…….....30

2.Le plan « périnatalité 2005-2007 »……31

a.Objectifs……31

b.L'entretien du 4ème mois de suivi de grossesse …….31

3.L'avenant à la convention des sages-femmes libérales……34

4.Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)……34

a.L'« esprit » de l'entretien…….34

b.Le guide d'entretien…….37

5.La commission nationale de la naissance (CNN)……...40

6.Le référentiel de formation à l'entretien prénatal……41

7.La loi de protection de l'enfance de 2007……..43

a. Le texte de loi…….43

b. Le guide de la loi sur la Protection de l'Enfance…….44

8.Conclusion……45

2.En quoi cela concerne-t-il les médecins généralistes?...46

***A. Les chiffres.*……...46**

***B. Les compétences des médecins généralistes…*……47**

***C. Conclusion…*……50**

CHAPITRE 2 : NOTRE ETUDE……..52

1.Description……..52

2.Justification de l'étude……52

3.Objectifs……..53

***A. Objectif principal…*……...53**

***B. Objectifs secondaires…*……..53**

4.Méthodologie……53

***A. Outil de recueil des données…*……..53**

***B. Critères d'inclusion…*……54**

***C. Etendue de l'étude…*……..55**

***D. Le questionnaire…*……55**

1.Informations générales. (questions 1, 2, 3) ……55

2.L'entretien prénatal précoce. (questions 4, 5, 6)……56

3.Le suivi. (question 7 et 8)……58

4.La satisfaction des patientes……..58

***E. Analyse statistique…*……58**

5.Résultats descriptifs de l'enquête……59

***A. Taux de participation…*……59**

***B. Caractéristiques de la population étudiée…*……...59**

1.La répartition par âge……59

2.La répartition par parité……59

3.La répartition par catégories socioprofessionnelles……60

4.La répartition par professionnel en charge du suivi et en fonction de l'utilisation de l'entretien……61

a.Professionnel en charge du suivi. ……..61

b.Pratique de l'entretien prénatal précoce…….....62

C. Contenu abordé au cours de l'entretien prénatal précoce (EPP), suivant le professionnel……65

1.Contenu des entretiens réalisés par le généraliste……..71

2.Contenu des entretiens réalisés par le gynécologue de ville……..72

3. Contenu des entretiens réalisés par la sage-femme……..74

4. Contenu des entretiens réalisés par l'obstétricien……76

D. Thèmes abordés tout au long du suivi de la grossesse…….78

E. Détail des femmes suivies par le médecin généraliste……83

1.Thèmes abordés avec les femmes ayant eu un entretien avec leur généraliste……..83

2.Thèmes abordés avec les femmes qui n'ont pas eu d'entretien……..85

F. Perception par les femmes de leur prise en charge pendant la grossesse……..88

1.Les femmes suivies par le médecin généraliste……88

2.Les femmes suivies par un autre professionnel……89

CHAPITRE 3 : DISCUSSION……90

1.Synthèse des principaux résultats……90

***A. Caractéristiques générales des patientes…*……90**

***B. Pratique de l'entretien prénatal précoce…*……...90**

***C. Contenu de l'entretien…*……....90**

1. Entretien réalisé par le médecin généraliste……90

a. Analyse du contenu de l'entretien exclusivement…….90

b. Analyse des thèmes abordés au cours du suivi…….91

c. Confrontation avec la population suivie par le généraliste mais sans entretien.91

2. Comparaison des contenus d'entretien suivant les professionnels…92

3. La perception des femmes au cours de leur suivi de grossesse……..93

2.Limites méthodologiques……..93

3.Discussion des résultats……..94

***A. Caractéristiques des femmes interrogées…*……94**

1.L'âge……94

2.La parité……..94

3.Les catégories socioprofessionnelles……95

***B. La pratique de l'entretien…*……..95**

***C. Les vulnérabilités, thèmes de l'entretien, explorés grâce à l'outil ou bien au cours du suivi*……..97**

***D. Ressenti des patientes…*……..98**

4.Conclusion……..99

CONCLUSION……...100

BIBLIOGRAPHIE……..102

ANNEXES……..105

INTRODUCTION

La France est confrontée depuis plus de quinze ans à un enjeu de Santé Publique : des mortalités maternelle et périnatale plus élevées que les pays de développement comparable.
Les Autorités ont donc pris des mesures, que nous détaillons dans notre première partie, afin d'évaluer les causes évitables et les moyens nécessaires pour y remédier. Ces travaux préparatoires ont permis, entre autres, d'identifier un facteur de risque : l'insuffisance de suivi au cours de la grossesse, particulièrement dans les populations les plus vulnérables.
Différentes missions ministérielles et consultations d'expert et d'association de parents convergent vers la création d'un nouvel outil, qualitatif, l'entretien prénatal précoce. Son ambition est d'instaurer, le plus tôt possible, un dialogue confiant avec les futurs parents afin de pouvoir identifier avec eux leurs vulnérabilités et adapter l'accompagnement en conséquence. Cela favoriserait un meilleur déroulement de la grossesse et de l'accouchement et préviendrait les troubles du lien parent enfant.
Nous développons ensuite le cadre législatif entourant la naissance de l'entretien prénatal précoce, qui a fait l'objet de plans de Santé Publique, d'une loi sur la protection de l'enfance, de recommandations de la Haute Autorité de santé, ainsi que d'un guide et d'un référentiel. Enfin nous étudions dans quelle mesure son usage peut, théoriquement, s'adapter en médecine générale. Ce point n'a pas encore été évalué en pratique.

Nous exposons donc, dans la deuxième partie de ce travail de thèse, notre étude, conduite auprès des accouchées des maternités de Nantes entre septembre et août 2009, par auto questionnaires.
Les résultats sont ensuite détaillés.

Ils sont le sujet, dans notre troisième et dernière partie, d'une discussion. L'objectif de cette évaluation et de cette discussion est, principalement, de répondre à deux questions : les femmes, dont le suivi de grossesse était assuré par un médecin généraliste, ont elles bénéficié d'un entretien prénatal précoce ? dans ce cas par quel professionnel a-t-il été réalisé et accessoirement quels en ont été les thèmes ?

Plus secondairement, nous souhaitons déterminer si le fait d'avoir bénéficié d'un entretien modifie l'exploration des vulnérabilités ou le ressenti des futures mères. Enfin s'il existe à ce propos des différences suivant que la grossesse ait été suivie par un généraliste ou par un autre professionnel.

CHAPITRE 1 : GENESE DE L'OUTIL ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE.

1.Historique

La naissance de l'entretien prénatal précoce est un exemple de coordination constructive entre professionnels de la santé, pouvoirs publics et représentants des patients.
Dans un contexte d'étude internationale, la France, mise en défaut, réagit avec créativité et innovation. L'initial entretien du quatrième mois de suivi de grossesse, devenu entretien prénatal précoce est une spécificité française : il n'existe aucun équivalent, tant au niveau européen qu'au plan international, ainsi que le démontre la recherche sur PUBMED (inclut les données de MEDLINE) où en mots MeSH « prenatal care » et « prenatal interview », il n'est fait nulle part référence à un tel outil.
Nous allons étudier sa création à partir des travaux d'experts dans le cadre de missions préparatrices, au travers du cadre législatif et de sa mise en application concrète.

A. Publications internationales.

1.Rapport de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) sur « la santé dans le monde » de 2000.

En 2000, dans son « rapport sur la santé dans le monde »[28], l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) classait le système de santé français en tête au niveau mondial ; cependant, les critères de comparaison n'incluaient pas les indicateurs de périnatalité, mais grossièrement l'espérance de vie, et l'égalité d'accès aux soins.
Par ailleurs la natalité en France à l'époque était déjà parmi les plus élevées d'Europe.

2.Les indicateurs périnataux publiés par l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

Cependant, lorsqu'en 2002, l'Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE) publie les résultats des indicateurs périnataux des pays membres, ceux de la France sont médiocres. Ces résultats paraissent donc assez paradoxaux par rapport à ceux publiés par l'OMS en 2000.

L'OCDE est un organisme international qui a vocation d'assemblée consultative pour ses 30 pays membres. Il regroupe des démocraties ayant une économie de marché, ce qui correspond globalement aux pays développés.

Un échantillon de 9 pays est obtenu en établissant un comparatif entre certains pays européens, et les Etats-Unis et le Japon, considérés comme un référentiel international car ce sont les pays les plus développés en dehors de l'Europe. Les pays européens étaient eux-mêmes divisés en deux groupes : le premier composé des états limitrophes dont les caractéristiques générales sont les plus proches des nôtres (l'Italie, l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume uni), et le second constitué de la Suède et de la Finlande, qui depuis longtemps sont les plus performants en terme de périnatalité.

En 2002, les résultats montrent qu'avec 4.1 décès pour 1000 naissances vivantes, la mortalité infantile place la France au 5ème rang sur 9. Elle est en dernière position ex æquo avec les Etats Unis en terme de mortalité périnatale avec 6.9 pour 1000 (morts nés et décès jusqu'au 7éme jour de vie), et au 5ème rang pour la mortalité maternelle à 9 pour 10 000 décès pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour après l'accouchement.

Ces mauvais résultats vont susciter des réactions énergiques tant chez les professionnels qu'au niveau politique[14].

B. Eclairage en parallèle du point de vue français.

Il nous semble important, avant de développer les différentes mesures destinées à améliorer les performances françaises en termes de mortalité maternelle et de mortalité périnatale, de nous arrêter sur les facteurs de risques de l'un comme de l'autre. En effet, désireuse de réduire le plus possible ces évènements, la France en a étudié les causes.

En ce qui concerne la mortalité périnatale, il est indispensable de distinguer : celle due aux interruptions médicales de grossesse (IMG), de plus en plus nombreuses en France du fait des dépistages accrus de malformations jusqu'à un terme avancé de la grossesse, des décès non induits.

Parmi les étiologies retrouvées pour la mortalité périnatale, on retrouve :

- les causes maternelles : hypertension artérielle gravidique avec éclampsie, les hémorragies toutes causes confondues, les infections toutes trois facteurs de **prématurité**. Et, parce qu'ils peuvent provoquer un retard de croissance in utero (RCIU), le tabagisme et la précarité.
- Les causes fœtales et néonatales : les malformations, les hypoxies ou anoxies in utero, le RCIU et l'hypotrophie, les syndromes de détresse respiratoire fréquents chez les prématurés.

Nous détaillerons la prématurité, l'entretien prénatal précoce ayant pour but d'en améliorer les facteurs de risque.

1.La prématurité.

Depuis le plan périnatalité de 1994 [25], la France organise des « enquêtes périnatales » à échéance régulière afin de faire le point sur les facteurs de risques périnataux, entre autres. Celle de 2003 [3] a débuté après qu'ont été rendus les rapports des missions ayant conduit à la création de l'entretien prénatal précoce. Elle ne figure donc pas dans les éléments « à charge » dans la genèse de l'entretien mais éclaire le bénéfice qu'il en est attendu en termes de diminution des mortalités périnatale et maternelle.

a.L'enquête périnatale de 1995.

L'enquête périnatale de 1995 [18] mettait en évidence des facteurs de risques de prématurité , c'est à dire de naissance avant 37 semaines d'aménorrhée vivante ou non. Ils étaient similaires pour les prématurités spontanées et induites (césariennes avant le travail ou déclenchement).

Les facteurs de risques liés à l'état de la mère comprenaient :

-Les antécédents obstétricaux pathologiques : accouchements prématurés, morts-nés, hypotrophes ;

-Les antécédents d'interruption volontaire de grossesse ;

-La primiparité ;

-L'âge maternel supérieur ou égal à 35ans ;

-Une **surveillance prénatale insuffisante** souvent **liée à un environnement social et psychologique très défavorable.**

b.L'enquête périnatale de 2003.

L'enquête périnatale de 2003 [3] confirme les facteurs de risques de prématurité retrouvés en 1995, et s'est intéressée aux femmes ayant des ressources précaires (peu, provenant d'allocations, ou pas du tout). Il résulte de cette étude que ces femmes bénéficient moins de consultations prénatales, présentent plus de problèmes de santé pendant la grossesse, sont plus souvent hospitalisées au cours de la grossesse et enfin ont un **taux d'enfants prématurés plus élevé** (8,5% contre 6,2%) que celles ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle. Elles donnent naissance à plus d'enfants hypotrophes également : 10,8% contre 7%.
D'ailleurs dès les années 70, différents critères socio-économiques avaient été mis en évidence et avaient donné lieu à la création du coefficient de risque d'accouchement prématuré de Papiernik [30].
On peut donc conclure qu'un niveau de vie bas et une précarité au moins financière et professionnelle constituent un facteur de risque pour l'issue de la grossesse.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, elle fait l'objet depuis 1995 d'études spécifiques, ce que nous allons résumer :

2.La mortalité maternelle.

a.Le comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM).

Suite aux résultats de l'enquête périnatale de 1995 [18] indiquant une mortalité maternelle avoisinant les 10 pour 100 000, un comité national d'experts sur la mortalité maternelle est créé par arrêté ministériel le 2 mai 1995 [12]. Sa mission, définie par la Direction générale de la santé, consiste en l'étude du taux de mortalité maternelle par enquête, étude de ses facteurs de risques et de son évitabilité, et production de recommandations aux professionnels afin d'améliorer la prise en charge et les résultats.

b.Le rapport de l'institut de veille sanitaire (inVS) de 2006.

Membre de droit du comité national d'experts sur la mortalité maternelle, l'institut de veille sanitaire publie en 2006 les résultats du travail effectué entre 1998 et 2001 [12].
En ce qui concerne les causes de cette mortalité, la première ne varie pas d'un pays européen à l'autre et au fil du temps, il s'agit toujours des hémorragies du post partum, suivies des éclampsies, des embolies amniotiques, des embolies pulmonaires et des accidents vasculaires cérébraux.

On note que ces décès toutes causes confondues étaient évitables dans 50% des cas.

Parmi les facteurs de risques inhérents à la mère, on retrouve l'age maternel supérieur ou égal à 35 ans (3 fois plus de risque de mortalité maternelle qu'entre 20 et 24 ans) ; les experts soulignent également une « dégradation globale du suivi régulier et adéquat de la grossesse et de l'orientation vers des milieux spécialisés ».

L'absence ou l'insuffisance de suivi pendant la grossesse représentent donc un facteur de risque de mortalité maternelle.

Ce constat, l'insuffisance de suivi pendant la grossesse majoré, entre autres, dans les populations les plus vulnérables, n'est pas expliqué dans les études statistiques.
On peut toutefois l'imputer d'une part à un manque de moyens matériels des femmes et d'autre part à une méfiance envers le système de soins ou du moins une absence de confiance.
Les travaux réalisés depuis trouvent donc tout leur intérêt.

C.Des missions préparatrices.

1.La mission périnatalité.

En 2002, suite aux publications internationales, le Pr J.F. Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, confie aux Professeurs G. Bréart, Professeur de santé publique et F. Puech, Professeur de gynécologie obstétrique ainsi qu'au Pr J.C. Rozé, Professeur de néonatologie, une « mission périnatalité » [6].

Ils doivent travailler sur les modalités d'amélioration des performances nationales en périnatalité.

Ce rapport est rendu en septembre 2003 et se conclut par 20 propositions pour une nouvelle politique périnatale qui reposerait sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal.
Cette dichotomie permettrait d'assurer la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceintes et de leurs enfants :

Les vingt propositions sont [6] :

1. Proposer une nouvelle politique périnatale
2. Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance
3. Assurer une prise en charge psychosociale
4. Evaluer la mise en place de maisons de naissance
5. Adapter les décrets de 1998 et préciser leur mise en œuvre
6. Planifier et anticiper les restructurations
7. Répondre aux besoins de proximité
8. Renforcer le fonctionnement en réseau
9. Organiser le transport des mères et des nouveau-nés
10. Mieux ajuster l'offre de soins en néonatologie et en obstétrique
11. Redéfinir les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique
12. Améliorer la place de l'usager dans le système de soins périnatals
13. Gérer le risque en périnatologie
14. Proposer un financement propre à la périnatologie
15. Mettre en place un dossier de suivi
16. Evaluer la politique et les pratiques périnatales
17. Développer la recherche
18. Mettre en place un suivi et une prise en charge à long terme pour les nouveau-nés à risque
19. Proposer un guide méthodologique pour la recomposition
20. Mettre en place un plan périnatalité

L'entretien prénatal précoce, encore dénommé entretien du quatrième mois de suivi de grossesse, est directement évoqué dans les deuxième et troisième propositions comme outil de

dépistage majeur de toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur la constitution du lien parent-enfant. De plus il répond aux objectifs d'activation du réseau, de préparation et d'organisation du post-partum, tout en instaurant, ce qui est indispensable, un climat de confiance avec les professionnels de la périnatalité, afin d'induire la création de liens sécurisants :

Assurer une prise en charge psychosociale

L'organisation des soins doit dépasser les soins purement médicaux pour s'ouvrir au Psychosocial. La consultation du 4ème mois, qui est en réalité un entretien, est un outil de dépistage majeur car il ouvre le dialogue, crée un climat de confiance et permet ainsi de dépister toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le "lien parent-enfant", mais aussi sur la pathologie de la grossesse. Les sages-femmes sont les mieux préparées à cet entretien.

Cet entretien doit permettre si nécessaire "d'activer" le réseau avec le gynécologue-obstétricien, le médecin généraliste, la PMI, le psychologue, les travailleurs sociaux, etc...

C'est dès ce moment qu'il convient de prendre contact avec les réseaux locaux de prévention (Département, Caisse d'Allocation Familiale, Caisse Régionale d'Assurance Maladie), pour aider, s'il le faut, à récupérer les droits sociaux, ce qui est souvent le cas dans des situations de précarité.

Cette consultation permet de préparer et d'organiser le post-partum. La plupart des problèmes survenant dans le post-partum peut être anticipée par la connaissance des facteurs d'insécurité présents dès l'anténatal.

C'est pendant la grossesse qu'il faut sensibiliser, organiser, coordonner, créer des liens sécurisants et ce, dans la continuité. Le post-partum, qu'il soit de deux ou sept jours ou plus, sera toujours trop court pour entreprendre les démarches si on n'en a pas eu connaissance en ante-partum.

Cette continuité est le mot clé de la réussite, comme la sage-femme est l'acteur central, le pilote, l'animateur du réseau.

Il est donc nécessaire de donner les moyens de mettre en place effectivement cette consultation du 4ème mois.

La deuxième proposition concerne également l'élaboration par les femmes d'un projet de suivi de grossesse et de naissance, ce qui se fait après information de la patiente sur l'offre de soins et peut être inclus dans le déroulement de l'entretien.

Le douzième point incite à améliorer la place de l'usager dans le système de soin périnatal. Cet item est important car il prend acte d'une revendication cruciale du Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE (CIANE) [8], regroupement ayant participé aux débats lors des états généraux de la naissance de juin 2003. Nous développerons ultérieurement, dans un paragraphe dédié, la constitution et le rôle de cette organisation.

2.La mission Cléry-Melin de 2003.

Bien que ne concernant pas la périnatalité en premier chef, puisque intitulée « agir aux racines de la violence » [11], cette mission se prononce très fortement en faveur de l'outil « entretien prénatal précoce ». Le rapport en est rendu le vingt-huit mars 2003 par le Dr Philippe CLERY-MELIN, psychiatre, directeur d'un groupe d'établissements psychiatriques privés dont la maison de santé de Bellevue à Meudon et la clinique du château à Garches, directement au Ministre de la Santé, le Pr Mattéi. Il est le fruit des travaux des Dr clery-Melin, V. Kovess, psychiatre et épidémiologiste , et J.C. Pascal, psychiatre.

Parmi les objectifs développés, le chapitre concernant « la prévention des violences intrafamiliales (maltraitance, violences conjugales...), en soutenant précocement la construction des places parentales (identité, revalorisation, capacité à nommer et à partager ses émotions pour éviter les mises en acte, etc...) » nous intéresse particulièrement, puisqu'il défend les bénéfices d'un tel entretien. Il permet d' «ouvrir le dialogue dès la grossesse pour que les parents vulnérables puissent confier leurs peurs, angoisses, antécédents de traumatismes... et leurs besoins d'étayage, qui pourront alors être plus ajustés qu'actuellement ». Pour que l'usage en soit optimal, il paraît à l'auteur important d' « améliorer l'esprit de travail en réseau, afin d'offrir une fonction contenante aux perturbations émotionnelles de la famille, ce qui passe par une cohérence, une continuité ; et donc de multiplier les formations en réseau (reprise des cas difficiles en interdisciplinarité avec l'aide d'un intervenant extérieur expérimenté) ».Il stipule d' « éviter le terme de dépistage, qui risque de mettre les professionnels en position d'observation et accentuer le malaise parental », On prend garde également aux « ghetto-

isations » par problématique (psychopathologie parentale, toxicomanie etc..). Et à « ne pas négliger l'étape valorisante de la mise au monde d'un enfant pour augmenter la sécurité des parents (découverte de la valeur de leurs émotions, expérience de l'empathie et des limites si le réseau fonctionne dans le respect mutuel des compétences). ».

Il conclut que « la meilleure prévention de la violence (lui) semble être de pouvoir offrir aux personnes concernées l'opportunité de mettre en mots leurs propres émotions, de vivre une expérience cohérente dans un collectif structuré, surtout dans cette période très sensible où les liens se construisent. ».

« Il s'agit donc de promouvoir des outils qualitatifs, qui ont l'inconvénient d'être peu «médiatiques », puisqu'il s'agit de changer un état d'esprit. ».

3.La mission « périnatalité et prévention en santé mentale : collaboration médico-psychologique en périnatalité » de 2004.

Elle est remise en janvier 2004 à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), par le Dr Françoise Molénat [26]. Ce pédopsychiatre du centre hospitalier de Montpellier est l'auteur d'une série d'ouvrages intitulée « prévention en maternité » publiée aux éditions Erès, dont le livre « naissances :pour une éthique de la prévention » [27] qui permet d'éclairer son propos.
Dans son rapport, elle précise le cadre dans lequel devrait intervenir cet entretien, et développe « les conditions permettant que la femme, le couple, soient acteurs de leur propre projet de naissance et donc animateurs du réseau professionnel ».

Tout d'abord, elle prône un « entretien systématique du 4ème mois (…), les consultations médicales classiques, de courte durée, ayant fait la preuve de leur inefficacité dans le registre émotionnel. Les futurs parents ne peuvent s'exprimer, sont rassurés trop vite, n'imaginent pas que ce qu'ils éprouvent peut intéresser le médecin ».

- Cet entretien doit être l'occasion d'instaurer un climat de confiance afin que les parents se sentent respectés lorsque les professionnels entrent dans leur intimité. Elle cite d'ailleurs dans son ouvrage sur l'éthique de la prévention un préambule possible à cet entretien qui résume le sens de la démarche : « nous avons besoin de vous (les parents) pour

mieux aider votre enfant à naître et à trouver sa place ». C'est cette volonté d'œuvrer pour l'épanouissement des êtres humains en général et le bon développement des enfants en particulier qui justifie de s'introduire dans l'intimité familiale. Il ne s'agirait pas que les professionnels deviennent maltraitants sous prétexte de dépistage. Ce point sera plus largement développé dans le paragraphe suivant, où nous reviendrons sur le contenu de la fiche rédigée par Françoise Molénat afin de servir de fil directeur au déroulement de l'entretien.

- De même cet entretien doit d'être précoce car la grossesse représente un moment de réaménagement psychique vers l'adaptation à un nouveau rôle ; c'est une période d'espoir et de revalorisation narcissique. De ce fait elle est génératrice de rencontres humaines de qualité, propices à l'ouverture d'un dialogue constructif et, si nécessaire, à la mise en place d'un projet de prévention personnalisé. C'est aussi le moyen de mettre au jour le plus tôt possible les ressources intérieures des parents, avant qu'ils ne se sentent en échec.

Ensuite, comme dans beaucoup d'autres domaines de la médecine, il faut partir de là où en est la patiente. Il s'agit de se rendre attentif à la dimension affective surtout concernant les « explorations techniques (triple test, amniocentèse…) », qui vont toucher à l'enfant imaginaire, avec en corollaire les questions du handicap ou de l'interruption médicale de grossesse. Ensuite seulement les patientes peuvent être sensibilisées aux « messages de santé publique », se confier si elles en ressentent le besoin, accepter l'aide de tiers le cas échéant et être « accompagnées » alors durant ces démarches.

En respectant ces conditions, on éviterait un recours « trop rapide » et peut être trop fréquent et trop banalisé aux professionnels de la santé mentale dans le cadre de ce qui doit rester physiologique ou de l'ordre des évènements de vie. L'auteur insiste sur la place des professionnels qui suivent la grossesse et la naissance. En apportant la sécurité et un espace d'écoute, ils éviteraient certaines angoisses à leurs patientes, et un recours à des spécialistes, potentiellement dévalorisant pour elles comme pour « les professionnels de première ligne ».

Elle conclut qu'« Il faut peut-être réaffirmer que le registre émotionnel passe par la subjectivité et qu'aucune politique de prévention dans le domaine des troubles de la relation parents-enfant ne peut faire l'économie d'un authentique dialogue. Si l'on ne saisit pas l'opportunité du suivi de la grossesse pour ouvrir ce dialogue, tout sera plus difficile par la suite, les parents n'ayant pas

fait l'expérience du soulagement qu'ils éprouvent à se confier, sans être jugés, et de leur capacité à mobiliser l'action professionnelle autour d'eux de manière ajustée à leur vécu. »

A la suite de son rapport, le Dr Molénat a produit une « fiche » [26] afin, dans un premier temps, de définir synthétiquement les objectifs, l'esprit et le contenu de l'entretien. Dans une deuxième partie, elle aborde la formation, selon elle, nécessaire à sa pratique ; nous ne reviendrons pas sur ce point.
Avant toute autre considération, il faut établir que gagner la confiance des parents est synonyme « d'assurer leur sécurité émotionnelle ». Ces deux objectifs sont indissociables : on ne peut atteindre l'un en négligeant l'autre et réciproquement.
Tout le déroulement de l'entretien découle de ce pré requis :

- La possibilité pour les parents « de demander de l'aide ultérieurement ou même d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs craintes éventuelles », liées parfois à des antécédents médicaux mais dont ils ne pourront dévoiler l'aspect émotionnel, leur ressenti, qu'une fois assurés de la bienveillance, du respect et de l'absence de jugement de leur interlocuteur.
- L'exploration, respectueuse et « non intrusive » de l'étayage, « des points d'appui existants », autour des parents. Elle se fonde sur un dialogue confiant et sur la garantie que la tâche première du professionnel consiste à soutenir la valeur des parents et à assurer leur place, aussi démunis soient-ils. Car qui sait mieux que les parents eux-mêmes sur qui ils peuvent compter ? S'ils se sentent suffisamment en sécurité dans leurs conditions de vie pour accueillir un enfant ?
- L'activation d'un éventuel réseau de proximité,après l'avoir identifié et si cela a un sens pour le couple. Avertir par téléphone ou par courrier, et de façon individualisée, les autres professionnels de la situation.
- Enfin, assurer « la continuité » entre les intervenants. Suivant les attentes du couple ou les vulnérabilités identifiées ensemble, le professionnel peut reconnaître une situation dépassant le champ de ses compétences. Il confiera alors de façon transparente le couple à d'autres spécialistes (du champ social, administratif ou médical…). Cela contribue à la cohérence et donc à la confiance. Les professionnels sont introduits auprès des parents ce qui facilitera la prise en charge. Ce doit être envisagé comme un passage de relais entre équipiers et ne doit pas signifier que le professionnel de

première ligne n'est plus concerné, les parents doivent sentir que les informations essentielles circulent dans les deux sens et que les énergies se mobilisent autour d'eux.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'auteur décrit « un état d'esprit », il ne s'agit pas d'indiquer comment faire mais comment être. Elle détaille une attitude empreinte de sollicitude, une présence chaleureuse, bienveillante, encline à renforcer la sécurité intérieure des parents. Le professionnel qui surveille la croissance fœtale fait preuve de sollicitude lorsqu'il a le souci de la sécurité émotionnelle des parents et qu'il est disponible, à l'écoute de toute forme de souffrance ; on dépasse alors la simple dimension de dépistage. Ce qui passe également par une évolution : les parents ne doivent pas être perçus comme des prévenus, potentiellement dangereux pour leur enfant, mais comme des sujets dignes de prévenance. Les seuls soins en faveur du bien-être fœtal à ce stade sont ceux qu'on apporte au bien-être maternel, mais les parents de doivent pas non plus devenir pour autant des objets de soins. La difficulté réside dans le fait de trouver la bonne distance, de ne pas créer de dépendance, de responsabiliser les parents. C'est pourquoi on doit chercher à mobiliser les ressources intérieures des futurs parents. On souligne l'importance du regard des soignants, dans lequel les parents trouvent le sentiment de leur valeur.
Hors de ces signes de respect, « les parents ne pourront se confier ; la qualité de l'accueil lors du premier contact conditionnera la suite. ».

Le Dr Molénat revient ensuite sur « la sécurité du professionnel » pré requis indispensable pour accueillir le couple dans ce climat de confiance. En effet, être à l'écoute, en quoi cela soulage-t-il et en quoi cela nécessite une quelconque compétence ? En fait accepter d'entendre la souffrance permet un mouvement, la charge émotionnelle se déplace de celui qui s'en délivre à celui qui veut bien l'accueillir. Cela peut être inconfortable parfois même douloureux pour le professionnel, d'une part par les émotions que cela suscite chez lui, d'autre part par le sentiment qu'il peut avoir de son impuissance ou de son manque de compétence face aux difficultés évoquées. Il paraît donc indispensable que le soignant qui s'expose dispose d'un réseau de référents d'autres disciplines, soit conscient de la prise de risque, et formé à y faire face. C'est d'ailleurs la nature de l'engagement du professionnel, il accepte un inconfort voire une douleur pour le patient et c'est la conscience qu'a le patient de cet engagement qui contribue à gagner sa confiance.

Un autre élément important qui « garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsqu'existent des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc...) » est la « confidentialité ». Il nous faut revenir à ce sujet sur le contenu des transmissions concernant l'intimité, qui doivent être empreintes de « rigueur » d'après l'auteur. Nous rappelons que le secret médical nous astreint à taire ce qui nous a été confié sans l'accord du patient et qu'entre professionnels, le secret ne doit être levé que s'il peut apporter un bénéfice à la santé du patient. Il s'agit ici de faire preuve de discernement dans les propos rapportés, ne pas confondre le bénéfice du patient avec le soulagement du soignant, ni porter préjudice aux futurs parents en faisant part d'un éclairage subjectif qui pourrait créer des a priori.

En résumé l'auteur condense « les conditions nécessaires à un bon exercice :

• avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau, donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes...,

• avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc...),

• adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles,

• être soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficiles,

• démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider un protocole, et, s'assurer de l'évolution par des retours d'information...

• évaluer ce protocole à 1 ou 2 ans par des questionnaires de satisfaction destinés à des familles et des acteurs concernés »

« L'ensemble de ces critères doit permettre aux futurs parents de faire l'expérience

• qu'ils pouvaient se confier

• qu'ils n'étaient pas jugés

• qu'on tenait compte de leurs dires pour ajuster les réponses

• que le professionnel « tenait la route » malgré la violence des confidences
• que le professionnel n'était pas seul
• que les divers acteurs se respectaient mutuellement à leur propos »

En conclusion, « cette expérience vécue constitue en soi une première sécurité. Elle est la condition pour ajuster l'intervention de spécialistes, et surtout pour que les parents osent faire appel après le retour à la maison, au lieu de se replier dans leur culpabilité s'ils rencontrent un problème.
Il semble plus intéressant que cet entretien prénatal soit différencié de la préparation à la naissance qui débute plus tard dans la grossesse.
Il peut être limité si les futurs parents sont en sécurité (bon réseau préexistant) et ne présentent pas de vulnérabilité particulière. »

D.Les états généraux de la naissance de juin 2003.

1.Le Collège National de Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF).

En parallèle des constatations des rapports ministériels, les professionnels prennent des mesures, et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) lors d'une conférence de presse à Paris le vingt novembre 2002, intitulée « prise en charge de la naissance :une situation de crise », annonce la tenue d' « états généraux de la naissance » pour juin 2003 [17]:
« Devant l'absence de solutions concrètes pour résoudre les difficultés rencontrées par les femmes enceintes et ceux qui accompagnent leur grossesse, l'ensemble des professionnels de la naissance organisent les Etats Généraux de la Naissance sous l'égide du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ».

Cette entreprise a pour but de réunir dans une grande session publique des usagers (les femmes enceintes elles-mêmes), des professionnels de la grossesse et de la naissance (obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes, infirmières, puéricultrices…), des représentants des pouvoirs publics et des représentants des médias.

Cette session publique aura lieu au mois de juin 2003 et sera précédée des travaux préparatoires de groupes de réflexion sur les grandes questions posées par le comité d'organisation. Ces groupes s'appuieront sur des textes rédigés par des experts de chaque thème abordé selon une méthodologie proche de celle qui prévaut dans l'organisation des conférences de consensus.

Les objectifs de ces Etats Généraux sont de permettre, par la participation de responsables politiques, des usagers et des médias dans ce débat public, une prise de conscience collective des difficultés rencontrées par la Maternité en France. Des propositions de solutions concrètes doivent être formulées en évitant l'écueil de mesures inapplicables en pratique (telles que les décrets de périnatalité).
Les trois axes principaux de réflexion prévus sont :
Comment naît-on en France?
La sécurité de la naissance
Quelle place pour les différentes professions de la naissance?

2.Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE).

C'est lors de ces états généraux qu'émerge le Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE (CIANE) [9], regroupement d'associations d'usagers ayant pour objectif de participer activement et de façon indépendante à l'amélioration des pratiques en périnatalité.
Ils souhaitent interpeller les professionnels pour réfléchir avec eux à certaines pratiques ; leur volonté est d'être un lieu d'échange, de confrontation et d'élaboration d'idées et d'actions. Ils se veulent une force de proposition auprès des pouvoirs publics européens, nationaux et locaux, ainsi qu'auprès des médias et des instances professionnelles.
C'est ainsi qu'en se basant sur des synthèses des données de l'évaluation, ils présentent aux états généraux une plateforme de quarante propositions [8] incluant quatre revendications qui vont aboutir à la mise en place de l'entretien :

- mettre les parents et leurs bébés au centre du système, sujets et non objets de soins ou d'accompagnement, entre autres à partir de l'information qui leur est délivrée qui se doit d'être fondée, loyale, et appropriée.

- Qu'ils soient encouragés à l'autonomie et non à la dépendance, à la responsabilité et non à la soumission par un accompagnement singulier mettant en valeur leurs propres ressources psychiques et physiques.
- Qu'ils soient encouragés à exprimer leur projet de naissance.
- Ils déplorent en effet que l'accouchement soit considéré comme « une conception technicienne et productiviste au détriment de la sécurité globale, notamment affective des parents et des nouveaux-nés ». Ils souhaitent instaurer un dialogue avec les soignants et seront largement pris en compte et consultés d'ailleurs par le Pr Bréart dans le cadre de la mission périnatalité.

Les conclusions de ces états généraux, relatives à notre sujet, figurent dans le paragraphe « sécurité proximité », précurseur de l'intitulé du plan périnatalité 2005-2007. Il évoque pour les parents la nécessité de se sentir en sécurité afin de garantir un bon déroulement de l'accouchement et conclut que l'amélioration du dialogue serait vraisemblablement la meilleure prévention.

Nous notons que les médecins généralistes n'étaient pas représentés, et n'ont donc participé ni à cette réflexion collective ni aux propositions auxquelles elle a abouti.

E. Le cadre législatif.

1.Le plan « Psychiatrie et santé mentale ».

Basé en partie sur le rapport du Dr Molénat [26], précédemment développé, il prévoit entre autres mesures la mise en place d'un entretien prénatal précoce.

a.Circulaire DHOS/DGS 2005-300.

La circulaire DHOS/DGS/02/6Cn°2005-300 du 4 juillet concernant « la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité » vient en application du plan « psychiatrie et santé mentale » [34]. Elle précise que l'entretien prénatal précoce doit permettre « d'ouvrir le dialogue et de recueillir les facteurs de vulnérabilité » et aussi « de constituer un premier point d'entrée dans le processus de collaboration ».

Elle indique que, comme prévu dans le plan périnatalité, l'entretien aura lieu au quatrième mois de grossesse.

2. Le plan « périnatalité 2005-2007 ».

a.Objectifs

Le précédent plan périnatalité de 1994 [25] était, comme ses prédécesseurs, axé sur l'augmentation de la sécurité des nouveaux-nés et des mères par la restructuration de l'offre de soins. Ce qui s'est concrètement traduit par des niveaux de maternité différents, cotés de 1 à 3, en fonction des services de réanimation adulte et néonatale présents ou non dans l'établissement. On y mentionne toutefois pour la première fois la notion de sécurité émotionnelle et psychique des mères. Pour autant aucune mesure ne tendait à l'accroître.

Le Plan périnatalité 2005-2007 [36], quant à lui, intitulé : «**humanité, proximité, sécurité, qualité** » s'oriente franchement vers la prévention. Il est présenté le dix novembre 2004 par le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, Monsieur Philippe Douste-Blazy.

Avec une enveloppe globale de 270 millions d'euros sur 3 ans, il prétend :
Réduire la mortalité périnatale à 5,5 / 1000
Réduire la mortalité maternelle à 5 /100000

b.L'entretien du 4ème mois de suivi de grossesse .

Parmi les mesures adoptées et dans l'optique de plus d'humanité, les deux premiers points de ce plan prévoient la mise en place de l'entretien du 4ème mois de suivi de grossesse, afin de répondre au « réel besoin d'écoute et d'information » des parents, « notamment pour le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement. ».

En effet, l'Etat prend acte que, malgré le suivi médical général et obstétrical dans le cadre des sept examens prénataux obligatoires et de la préparation à la naissance qui est une « approche éducative et préventive », les usagers et certains professionnels déplorent que « la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fasse pas l'objet d'une attention suffisante ».

Il se donne donc pour objectif» de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. ».

Par ailleurs, l'Etat prend également note :

- Que «les professionnels de la naissance s'accordent sur la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance, comme l'a souligné Françoise Molénat dans les conclusions de sa mission sur l'approche psychologique de la naissance. Ces vulnérabilités sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance.

- Qu'il faut également souligner la prééminence de la sécurité médicale qui rend plus difficile une attention aux émotions ou une écoute dès le début de la grossesse, attention et écoute qui nécessitent un accompagnement ajusté à chaque étape du processus de la naissance, de la période anténatale à celle du retour au domicile.

- Que concrètement, chacun des professionnels de la naissance peut être à l'écoute d'une parole exprimée par un parent révélant une fragilité. Que l'expression des attentes des parents, de leurs besoins et des vulnérabilités éventuelles ne peut se dégager qu'au travers de relations directes, qui permettent aux parents de confier leurs angoisses, leurs traumatismes actuels ou anciens et d'être suffisamment en confiance pour se tourner vers les aides dont ils pourraient bénéficier.

- Que l'enjeu consiste donc à aider les professionnels, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, à apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins de cette mère ou de ce père en difficulté.

- Que cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des

parents et en mobilisant leurs ressources, en s'appuyant sur l'expression de leurs besoins propres et en agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au post-natal.

Pour ce faire : « Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4ème mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance ».

On note, et c'est intéressant pour la suite, que cette « nouvelle prestation n'ayant pas un caractère obligatoire, l'information devra être relayée notamment par les réseaux sociaux de proximité, la PMI, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les généralistes, ou encore s'appuyer sur les réseaux de parents, femmes relais, afin que toutes les femmes en bénéficient, notamment les plus vulnérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse. ». La démarche concrète d'information est très floue, et laissée à la libre appréciation des professionnels.
Par ailleurs, le texte stipule que l'entretien « sera réalisé par une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent. »

L'état alloue pourtant pour l'application de cet entretien un budget important de 26 millions d'euros sur 3 ans,. soit un dixième de l'enveloppe globale du plan.

3.L'avenant à la convention des sages-femmes libérales.

Afin de permettre rapidement la mise en place de l'entretien du 4ème mois, un avenant à la convention des sages-femmes libérales paraît le 21 novembre 2004 [37]. Ce délai est très

rapide puisque l'annonce d'une telle mesure avait été faite dans le plan périnatalité, publié le 10 novembre de la même année, soit 10 jours auparavant seulement. Il fixe entre autres une nouvelle cotation spécifique à 2,5C pour sa réalisation.
Il nous semble important de noter à cette occasion qu'aucune cotation spécifique n'est prévue pour les autres professionnels amenés à utiliser l'outil.

4. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

a.L'« esprit » de l'entretien.

Afin d'accompagner la mise en œuvre du plan périnatalité, il avait été demandé à l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé (ANAES) des recommandations de bonnes pratiques cliniques, concernant l'entretien et la préparation à la naissance. Ceci donne lieu à la publication en novembre 2005 de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulées : « Préparation à la naissance et à la parentalité » [21].

Toutes les recommandations sont établies suivant la même méthodologie. Un groupe de travail est constitué, comprenant des professionnels multidisciplinaires concernés par le sujet. Il assure l'analyse critique et la synthèse de la littérature scientifique pertinente et rédige une proposition de recommandation. Le résultat de leur étude est ensuite soumis à un groupe de lecture dont la composition répond aux mêmes critères. Enfin les recommandations sont discutées par une commission et ultimement validées par le collège de la Haute Autorité de Santé [22].

Les recommandations relatives à l'entretien du premier trimestre ont été éditées sous forme de texte et de fiche de synthèse [23]. Globalement cet outil est destiné à répondre à des objectifs spécifiques dont la compréhension et l'utilisation par les futurs parents des informations est facilitée, afin de leur permettre l'élaboration d'un projet de naissance, de leur donner des repères sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir.
En pratique, les conditions de dialogue et l'utilisation de techniques de communication appropriées comme l'écoute active, l'empathie et la reformulation doivent permettre d'accéder au ressenti des femmes enceintes et des couples et de consolider leur confiance en eux et

dans le système de santé afin de les impliquer dans une démarche de prévention et d'éducation voire d'orientation vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

L'entretien ne doit pas se substituer aux consultations de suivi de grossesse car il va permettre :

1. Une **appréciation** positive de la **santé globale de la femme enceinte** (aspects somatique, psychologique et social) pour :

● Permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple et leur contexte de vie ;
● Explorer le vécu de la grossesse en consolidant les compétences personnelles de la femme ;
● Conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;
● Permettre à la femme enceinte de mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant. Il en est de même pour le futur père.

2. Une **information sur les ressources de proximité** et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte qui vise à :

● Présenter l'offre de soins, le travail entre les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables avec mise en garde quant aux sources qui délivrent une information non vérifiée ;
● Faire le point sur le suivi médical sans aborder systématiquement les informations spécifiques au contenu et aux conditions de déroulement des consultations de suivi médical de la grossesse, sauf en cas d'absence de suivi ou de questions posées par la femme ou le couple ;
● Présenter les alternatives de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) au sein de l'offre locale.

3. Une information précoce sur la **prévention des facteurs de risque** et comportements à risque:

● Donner des informations sur les risques liés au mode de vie, des conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires;
● Souligner les risques de l'automédication, de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

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

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

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

● De ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité et un bas niveau éducatif, mais de les élargir à d'autres facteurs,

● D’identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ;
● De convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales.

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

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

● Proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ;
● Discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical de l’intérêt d’un suivi médical complémentaire et en cas de problème somatique d’une consultation spécialisée. Les confidences reçues ne doivent pas d’emblée entraîner une consultation spécialisée, en particulier psychologique ou psychiatrique. Lorsque la femme n’est pas prête à effectuer la démarche, les psychologues et psychiatres peuvent apporter un soutien au professionnel qui suit la grossesse pour l’aider à mieux prendre en compte les besoins psychiques et intensifier le suivi médical ;
● Envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d’insécurité (violence, isolement extrême, etc.) ;
● Adapter le suivi en fonction des besoins tout au long de la grossesse, à la naissance et en postnatal.

b.Le guide d’entretien.

Afin de permettre aux professionnels de cibler les contenus à aborder au cours de cet entretien et de repérer les facteurs de vulnérabilité, un guide d’entretien a été élaboré. Dans la fiche de synthèse, il se résume à deux tableaux : le premier regroupant sous forme de questions ouvertes les informations à réunir, le second listant les principaux facteurs de vulnérabilité.

On entend par vulnérabilité, dans ce texte, une caractéristique principalement psychologique

qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstances physiques, psychologiques ou sociologiques.
Il faut retenir qu'aucun instrument d'identification des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse n'a été correctement validé. La liste établie par les groupes de travail et de lecture est donc non exhaustive, et basée autant sur l'analyse de la littérature que sur l'expérience des professionnels consultés. Il n'y a pas de caractéristiques de population à risque, et donc aucune hiérarchie dans la liste suivante :

-Problèmes de type relationnel
-Antécédents obstétricaux mal vécus
-Violence domestique
-Stress, anxiété, troubles du sommeil
-Episode dépressif
-Addictions
-Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé, rupture conjugale)
-Naissance à haut risque psycho-affectif (maladie, malformation, handicap)

La liste de questions, permettant d'aborder tous les champs de la vie de la femme enceinte en rapport avec le bon déroulement de sa grossesse, découle de l'adaptation par le groupe de travail de la Haute autorité de santé (HAS) d'un formulaire canadien : « Evaluation de la Santé Prénatale (ESP) » (santé Canada 2000) et du diagnostic éducatif de la démarche d'éducation thérapeutique (d'Ivernois 2004).

«Qui est la femme enceinte»

Environnement familial et social, contexte de vie, composition familiale, niveau d'arrêt des études
Niveau de ressources, couverture sociale
Habitat (commodités, vétusté)

«Ce que la femme vit et a vécu»

Suivi de la grossesse

Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés.
Vécu de la grossesse précédente

«Ce qu'elle ressent»

Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance
Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien
Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.)
Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)

«Ce qu'elle fait»

Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité

«Ce qu'elle sait» et «Ce qu'elle croit»

Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate
Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple
Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant

«Se sent-elle menacée et par quoi »

Relations dans le couple
Violence domestique, en particulier conjugale
Stress, anxiété, troubles du sommeil
Signes évocateurs d'un épisode dépressif
Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)
Précarité

Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap

«Ce dont elle a envie»

Projet de naissance
Préparation à la naissance et à la parentalité

«Ce qu'elle veut connaître et apprendre»

Connaissances, savoir-faire, attitudes

«Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions»

Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse
Attentes face aux décisions à prendre et aux changements entrevus
Perception du besoin d'aide et d'accompagnement.

Afin de délivrer des informations pertinentes, les professionnels peuvent également se baser sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé d'avril 2005, intitulées « Comment mieux informer les femmes enceintes. » pour l'aspect médical et hygièno-diététique en pratique.

5. La commission nationale de la naissance (CNN).

Le troisième point du chapitre « plus d'humanité » du plan périnatalité prévoit la création d'une « Commission Nationale de la Naissance (CNN) » afin d'assurer, au plan national, une plus grande participation des usagers et des professionnels à la définition et à l'évaluation de la politique périnatale.

Le onze juillet 2005, un arrêté du Ministre de la santé et des solidarités confirme cette ambition. La commission nationale de la naissance voit le jour. Sa mission est de « contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité. ». Elle apporte son

concours à l'évaluation des politiques engagées en la matière, en particulier le suivi du plan périnatalité 2005-2007.

6. Le référentiel de formation à l'entretien prénatal.

Il a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé, suite à la circulaire ministérielle du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité. De son intitulé complet, « référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre » [36], il se veut un cadre d'exercice pour une meilleure mise en route parallèlement aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'entretien une fois mis en place se devant d'être un « outil pour tous » afin d'offrir aux futurs parents une « enveloppe humaine » pendant la grossesse. L'accent est donc mis sur le travail en réseau, soit pré existant soit à activer.

Le plan du référentiel, synthétiquement, développe les conditions nécessaires à un bon exercice et notamment **la nécessité d'une formation à cet entretien**. Il s'appuie pour se faire sur le texte des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui affirme l'importance d'une formation spécifique à cet entretien et lui assigne plusieurs objectifs concernant les acquis à obtenir à son terme :

- Avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé), de leurs besoins et contraintes...
- Avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même ...).

En pratique Il s'agit de formations à caractère interdisciplinaire, centrées sur la clinique, permettant de se représenter les rôles des différents professionnels, leurs spécificités, leurs articulations, cela dans un esprit de cohérence et de continuité. Il importe également de créer des espaces de rencontre, qui permettent une communication plus subjective des difficultés rencontrées par l'ensemble des professionnels concernés. C'est dans cette perspective que le caractère interactif de ces formations est nécessaire et fondamental dans la mesure où il permet aux intervenants de penser à partir de leur propre compétence, évitant ainsi tout risque de confusion des rôles.

Le public concerné représente « l'ensemble des professionnels susceptibles de pratiquer l'entretien (…) dont les médecins engagés dans le suivi de grossesse : obstétriciens, médecins généralistes et de PMI ».

Les objectifs de ces formations sont multiples et il s'agit notamment de :

- Développer « l'esprit de réseau » sur un terrain d'exercice (ville, département, etc.) ;
- Augmenter la compétence des professionnels de première ligne ;
- Acquérir des règles de travail en commun, de la grossesse à la petite enfance, entre les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Apprendre à anticiper les passages d'un professionnel à l'autre par des liaisons personnalisées ;
- Apprendre les règles de transmission interprofessionnelle qui respectent la place des parents ;
- Prendre en compte les actions menées par les différents acteurs concernés pour ainsi permettre une vision et une évaluation globale de la prise en charge ;
- Apprendre à mettre en parallèle la dynamique familiale et professionnelle, et leurs interactions ;
- Apprendre à présenter des dossiers difficiles devant un groupe en respectant la différence des places et la confidentialité.

La formation doit être l'occasion sur chaque bassin de naissances de réunir les acteurs de la périnatalité, soit à partir de réseaux (personnes ressources) déjà actives, à réactiver ou à créer.
Ces formations ne se conçoivent qu'articulées aux instances (Commissions Régionales de la Naissance, réseau périnatal...) chargées localement de la mise en place du travail en partenariat.

Le référentiel revient ensuite sur les principes directeurs de la formation des professionnels.
Il s'agit de permettre aux participants à la formation d'intégrer la globalité du processus de naissance (somatique, social, émotionnel), que chacun d'entre eux consolide sa sécurité de base afin d'accueillir les parents, de les entendre le temps suffisant avant de les orienter vers des spécialistes. Il faut inclure l'entretien dans une dynamique d'accompagnement qui dépasse le temps de l'entretien.

En résumé, les acquis après la formation à l'entretien doivent permettre aux professionnels qui mènent ces entretiens :

- de « déterminer avec la femme ses besoins, ses difficultés et de repérer les situations de vulnérabilité;
- de construire avec sa participation un projet préventif et éducatif avec une individualisation des informations à transmettre, des compétences à développer et une

adaptation des dispositifs et du suivi à mettre en œuvre en cas de difficultés ;

- de négocier avec la femme le développement de compétences atteignables en associant son entourage; de proposer et conduire à accepter l'aide proposée;
- d'adapter le contenu et la technique de la séance, quelque soit le moment où elle a lieu, selon les besoins de la femme et des couples concernés ;
- d'assurer la cohérence et la continuité des interventions des divers professionnels de santé en organisant les séances et les dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- d'évaluer la situation de chaque femme et de chaque couple : compétences développées, réussites, difficultés, et la compléter par un contenu ciblé et un suivi adapté aux besoins ».

Enfin le référentiel détaille à nouveau le contenu et les objectifs de l'entretien répartis en objectifs généraux et spécifiques et consacre un chapitre à la sensibilisation à « l'état d'esprit » qui doit présider à cet entretien. Il explique comment enseigner aux professionnels à travailler en réseaux et revient sur la transmission d'informations avec des aides pour déterminer ce qu'il est pertinent de partager comme information et sous quelle forme.
Un dernier volet concerne plus particulièrement les formateurs et décrit le contenu des sessions de formation suivant le public auquel elles sont destinées. Une grille d'évaluation y est présentée qui doit être soumise aux participants afin de cerner le degré de sensibilisation et les compétences déjà acquises avant de commencer la formation.

7. La loi de protection de l'enfance de 2007.

a. Le texte de loi.

A l'issue de ces différentes évaluations et recommandations successives, la loi sur la Protection de l'enfance du 5 mars 2007 [13] préconise un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du 4ème mois de grossesse comprenant des actions d'accompagnement notamment par la PMI si celles-ci apparaissent nécessaires lors de cet entretien. Cet entretien est donc présenté comme une mesure de prévention précoce dans le cadre de la protection de l'enfance, par la prise en compte des facteurs éventuellement présents chez les parents pendant la période prénatale voire anténatale pouvant altérer durablement le lien parent-enfant.
Avant son adoption, cette formulation a déclenché de vives discussions dans le milieu des professionnels concernés. En effet, « l'entretien individuel (ou en couple) » conçu dans le Plan

Périnatalité comme un entretien médico-psycho-social devant être « systématiquement proposé » à toutes les femmes enceintes, est devenu, dans le projet de loi, « un entretien psycho-social systématique ».
Malgré de nombreuses protestations [16] [38] et une argumentation fondée d'une part sur la disparition du caractère médical de l'entretien et, d'autre part, sur la perte d'efficience que peut entraîner le caractère obligatoire d'une telle mesure, le législateur a maintenu cette formulation dans la version définitive de la loi du 5 mars 2007, en l'intégrant dans le Code de la santé publique au titre des missions de la protection maternelle et infantile.

Peu après la promulgation de la loi, le ministère de la santé et des solidarités a publié un Guide pratique de la protection de l'enfance. Si le guide ne revient évidemment pas sur la formulation de la loi (*« entretien psychosocial systématique »*), il cite, quant à la mise en œuvre de la mesure, la circulaire ministérielle du 4 juillet 2005 sur les collaborations médico-psychologiques ainsi que le guide de recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) qui préconisent que cet entretien prénatal soit *«* proposé systématiquement à la femme enceinte*»*.

Ainsi, il semble bien que, faute de ne pouvoir revenir sur les termes de la loi, son interprétation pour la pratique penche clairement vers la proposition et non vers l'obligation.

b. Le guide de la loi sur la Protection de l'Enfance.

Le Guide de la loi sur la protection de l'enfance rappelle que cet entretien vise quatre objectifs majeurs cités ci-dessous :

- Donner la parole aux femmes enceintes pour favoriser leur rôle actif dans le déroulement de la naissance et l'accueil du bébé, ce qui constitue la meilleure prévention de la dépression du post-partum ;
- Permettre un meilleur ajustement des interventions médicales et éventuellement sociales et psychologiques, afin de diminuer la part iatrogène de pratiques morcelées et décalées par rapport aux besoins ressentis par les futurs parents;
- Améliorer le déroulement obstétrical par la prise en compte précoce des facteurs de stress et leur traitement ;

- Organiser un réseau de soin personnalisé autour de la femme enceinte lorsqu'il est nécessaire, ceci dans une continuité suffisante.

Et il en précise le déroulement pratique : cet entretien doit permettre de laisser s'exprimer d'éventuelles questions d'ordre médical, psychologique ou social qui peuvent compliquer l'accueil de l'enfant à naître et la qualité des liens futurs entre les parents et l'enfant, parmi lesquels :

- L'isolement, les difficultés d'insertion professionnelle, de logement, la précarité, l'endettement, les difficultés d'intégration;
- L'anxiété du fait de la grossesse, les perceptions différentes de l'accouchement selon les cultures d'origine, l'éventuel non-désir d'enfant;
- L'immaturité affective, le deuil, la dépression, les difficultés conjugales, l'environnement violent, l'addiction;
- Le handicap ou d'éventuelles pathologies, etc.

Il est clairement affirmé, dans le guide, que « ce temps d'échange doit s'effectuer dans la confiance et l'adhésion de la future mère et du futur père. La présence du futur père est souhaitable, sauf si elle risque de perturber le déroulement de l'entretien» et, enfin, qu'il est important qu'il soit « différencié de la préparation à la naissance. »

8. Conclusion.

Nous venons de démontrer dans cette première partie, les bénéfices d'un entretien prénatal précoce, son objectif étant de cibler l'accompagnement de la grossesse en fonction des vulnérabilités mises à jour chez les futurs parents. Donc de limiter les complications à moyen et long terme.

Nous avons également évoqué l'état d'esprit, les aptitudes requises et la formation nécessaire à la pratique de cet entretien.

Bien qu'il semble dédié en premier lieu à un usage par les sages-femmes, qui bénéficient même d'une cotation spécifique pour sa réalisation, les textes officiels prévoient qu'il soit pratiqué par les professionnels de la naissance, incluant les médecins généralistes.

Nous allons donc, dans une deuxième partie, développer ce qui justifie pour nous, professionnels de premier recours, de nous intéresser à cet outil.

2.En quoi cela concerne-t-il les médecins généralistes?

A.Les chiffres.

Le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de mars 2005, concernant les résultats de l'étude périnatale de 2003, met en exergue le rôle des médecins généralistes, dans le suivi des grossesses [15].
Un quart des déclarations de grossesses (24,5%) est fait par les généralistes et ils assurent le suivi jusqu'au septième mois dans 15,5% des grossesses.

Nous rappelons ici, comme nous l'avons vu précédemment, que l'entretien du quatrième mois, d'après la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007 et le code de la santé publique, doit être **systématiquement** proposé. Il doit donc être intégré au suivi de la grossesse au même titre que les examens biologiques et les 7 consultations prénatales.

La même étude constate un recul sensible du suivi des femmes enceintes par les équipes qui auront la responsabilité de leur accouchement.
Il sera donc intéressant d'avoir les résultats de l'étude périnatale de 2009 afin d'observer quelle incidence aura l'évolution de la démographie médicale sur le pourcentage de grossesses suivies par les généralistes.
Le rapport n°679 de février 2009 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) fait état d'une diminution de 10% du nombre des médecins au cours des dix prochaines années avec une baisse moins marquée pour les médecins généralistes que pour les autres spécialités.
Sachant que « les projections d'effectifs de médecin ne sont pas des prévisions. Elles ont pour propos de mesurer l'impact sur la démographie médicale des décisions prises par les pouvoirs publics en matière de numerus clausus ou de répartition des postes aux ECN (épreuves classantes nationales) entre spécialités et régions, ainsi que des choix individuels des étudiants et des médecins. Compte tenu de la durée des études médicales et du temps nécessaire au

renouvellement des générations de médecins en activité, les conséquences de ces décisions et choix sont très longues à se matérialiser. (…). Ainsi la baisse du nombre de médecins attendue dans les dix prochaines années est inéluctable : elle est la conséquence des décisions prises concernant le numerus clausus dans les années 80-90.(…). Leur répartition entre spécialités et régions qui se joue pour bonne part à l'entrée du troisième cycle est en revanche susceptible d'évoluer dans un délai plus bref. »[1]

On note également que « la densité médicale sera plus faible qu'aujourd'hui. Entre 2006 et 2030 la population française devrait croître de 10% environ. La densité médicale, c'est à dire le nombre de médecins par habitant, chuterait donc davantage que les effectifs. » Et que « la répartition supposée des postes ouverts aux épreuves nationales classantes (ECN) entre la médecine générale et les autres disciplines est la suivante : 53,4% de postes de médecine générale ouverts en 2007 (proportion observée) et 55% de 2008 à 2030. »[1]

Est-ce que la proportion de délégation de tâche va augmenter ? En faveur de quels professionnels ? Les médecins généralistes ? Les sages-femmes ?

B.Les compétences des médecins généralistes.

En 2002 la société européenne de médecine générale, médecine de famille (WONCA Europe), avec l'assistance et la coopération du Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), publie les définitions européennes des caractéristiques de la discipline médecine générale, médecine de famille, du rôle du médecin généraliste et la description des compétences fondamentales du médecin généraliste, médecin de famille [41].

Nous allons ici, après les avoir énumérées, expliciter en quoi l'entretien prénatal précoce est du ressort de ces compétences.

I. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale, médecine de famille :

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (A, B)

2. Les soins centrés sur la personne (C, D, E)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (F, G)
4. L'approche globale (H, I)
5. L'orientation communautaire (J)
6. L'adoption d'un modèle holistique (K)

La plupart de ces compétences correspondent aux pré-requis de l'entretien du 4ème mois de grossesse tel qu'il est décrit dans le guide de formation à l'entretien :

- La gestion de soins primaires, première compétence fondamentale du médecin généraliste s'applique à la prévention et au dépistage ainsi qu'à l'orientation des femmes enceintes. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, cet entretien se veut une prise de contact, non stigmatisante, avec le système de soins pouvant déboucher si des vulnérabilités sont mises à jour, sur l'orientation vers différents spécialistes. Ce qui exige, afin de faciliter l'accès aux femmes qui en ont besoin, d'appartenir à des réseaux.
- La deuxième compétence fondamentale, les soins centrés sur la personne, représente, d'après le guide de formation à l'entretien, l'aptitude essentielle afin de réussir un entretien : replacer les futurs parents dans leur « contexte », toucher au plus près la réalité de leur quotidien afin d'appréhender au mieux les difficultés qu'ils peuvent être à même de rencontrer. Il s'agit d'être capable de « construire dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». On en revient toujours aux recommandations concernant le déroulement de l'entretien, qui préconise de « prendre les parents là où ils en sont », de gagner leur confiance par la qualité de l'écoute accordée et l'engagement auprès d'eux, et de leur offrir l'assurance d'une relation pérenne afin de les amener où ils le souhaitent.
- La quatrième compétence, l'approche globale, permet de transmettre des messages de prévention, informations et connaissances adaptées à l'histoire personnelle de chaque couple, ce qui favorise une meilleure compréhension et adhésion des patients.
- L'orientation communautaire, la cinquième compétence fondamentale des généralistes, se retrouve dans la démarche même de l'entretien : une intervention en amont afin de favoriser un bon suivi, adapté, et donc un bon déroulement de la grossesse pour qu'en découlent des liens parents-enfants de qualité. Le but de cet entretien, s'y on en revient aux origines de sa création, est d'influencer, de diminuer, les facteurs de risques , inhérents à la mère, de mortalité maternelle et périnatale, la prématurité et le développement de troubles du lien mère-enfant pouvant aboutir à des maltraitances,

voire des placements. Ces évènements représentent un enjeu économique important pour la société ne serait-ce que par le coût des prises en charges médicales et sociales, il s'agit donc bien réellement d'un problème de santé publique.

- Enfin l'adoption d'un modèle holistique concerne, là encore en premier lieu, l'essence de l'entretien, qui doit permettre d'aborder avec un couple de futurs parents toutes les dimensions de la grossesse. Physique bien sûr, mais rappelons qu'il doit ouvrir un espace extra-clinique, donc il permet d'aborder la dimension psychologique (les antécédents douloureux, interruptions de grossesse, procréation médicalement assistée, perte d'un autre enfant ou enfants précédents placés), la représentation de cet enfant dans l'imaginaire des parents, l'éventuelle valeur sociale ou culturelle associée au statut de parent.

Les compétences déterminées dans les chapitres précédents comme indispensables au bon déroulement d'un entretien prénatal précoce sont donc les mêmes que celles fondamentales du médecin généraliste.
Il remplit pleinement sa mission de professionnel de confiance et de référence, de premier recours et d'acteur de santé publique en utilisant l'outil « entretien prénatal précoce ».
Une étude prospective réalisée en 2007, par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Bretagne, indique d'ailleurs une tendance de 40% des généralistes en faveur de cet outil [2].

C. Conclusion.

Ce premier chapitre nous a permis de comprendre comment l'outil « entretien prénatal précoce » était né et pourquoi.
Rappelons qu'il répond à une double ambition : d'humanisation des pratiques professionnelles dans le cadre du suivi du processus naturel de la grossesse, et de santé publique.
Nous avons également détaillé le contenu théorique de l'entretien et les modalités pratiques de son exécution.
Enfin nous avons pu voir en quoi les compétences des médecins généralistes, interlocuteurs de première ligne et qui suivent également les grossesses jusqu'au septième mois, recoupent celles requises à l'utilisation de cet outil.

Nous allons donc nous intéresser dans le chapitre suivant, au travers de l'enquête que nous avons réalisée, à ce qu'il en est en pratique.

CHAPITRE 2 : NOTRE ETUDE

1.Description.

Il s'agit d'une étude descriptive de la pratique de l'entretien prénatal précoce, au cours du suivi de la grossesse. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires remis aux accouchées, à partir du deuxième jour post-partum, dans les maternités de Nantes, entre les mois d'août et de septembre 2009.

2.Justification de l'étude.

Comme nous l'avons vu précédemment, la création de l'entretien prénatal précoce répond à plusieurs objectifs. Le premier est de santé publique, il s'agit d'obtenir une réduction des mortalités maternelle et périnatale qui représentent un coût important pour la société, et d'avoir un impact sur la diminution de la maltraitance. Le deuxième est d'apporter plus d'humanité au suivi des grossesses, ce qui correspond à une revendication des parents et futurs parents rassemblés en collectif.

Nous notons également que lors de la genèse de cet outil sont intervenus des spécialistes (gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, psychiatres, pédo-psychiatres), des associations de patients, le législateur mais que les généralistes n'ont pas été consultés.

Enfin rappelons que cet entretien fait désormais partie intégrante, du moins légalement, du suivi de grossesse et que, d'après les derniers chiffres publiés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les médecins généralistes assurent 15,4% de ces suivis.

Nous nous interrogeons donc sur l'utilisation de cet outil par les médecins généralistes, sur son adaptation à l'exercice de cette spécialité. Cette réflexion trouve d'autant plus son sens que

l'outil est récent, le texte de loi date d'il y a seulement deux ans, et n'a pas fait l'objet d'évaluation pour le moment.
L'enquête périnatale d'octobre 2009 doit comporter un item concernant l'entretien mais l'angle d'approche et les résultats ne seront pas connus avant 2010.
Ainsi, pour répondre à ces interrogations, nous avons réalisé une étude dont les objectifs, la méthodologie et les résultats sont décrits dans les chapitres suivants.

3.Objectifs.

A.Objectif principal.

Notre objectif principal était de répondre à deux questions :

Les femmes, dont le suivi de grossesse est assuré par leur médecin généraliste, bénéficient-elles d'un entretien prénatal précoce ?
Par qui ?

B.Objectifs secondaires.

Nous avons aussi cherché à préciser :

Quels sont les thèmes abordés au cours de cet entretien ?
Les femmes qui n'ont pas bénéficié de cet entretien ont-elles abordé malgré tout son contenu avec leur médecin généraliste ?
Existe-t-il une différence entre les patientes suivies par un médecin généraliste et les autres : en termes de réalisation de l'entretien ? en terme des thèmes abordés ? et en terme de satisfaction de leur suivi ?

4.Méthodologie.

A.Outil de recueil des données.

Le recueil des données a été réalisé par enquête au sein des maternités de Nantes.
Nous nous sommes rendus, après accord des chefs de service, des gynécologues obstétriciens en charge des patientes et sous la supervision des cadres sages-femmes, auprès de chaque accouchée au deuxième jour post-partum ou plus.
Nous leur avons remis un auto questionnaire.
Nous sommes revenus en moyenne 2 fois en fin de matinée pour récupérer nos questionnaires. Dans ¼ des cas toutefois un dernier passage a été nécessaire en fin d'après-midi.

Une autre possibilité de recueil des données avait d'abord été envisagée. Nous souhaitions réaliser un focus groupe avec des médecins généralistes de Nantes tirés au sort, afin de les interroger sur leur pratique de l'entretien prénatal précoce, son contenu, son déroulement et leur ressenti par rapport à son utilisation ainsi que les bénéfices apportés.
Toutefois après quelques discussions au cours de formations médicales continues (FMC) et lors de rencontres informelles avec des médecins généralistes, nous avons constaté que l'outil semblait inconnu.
Nous avons donc été amenés à réaliser une étude plus préparatoire afin de mettre en évidence l'existence, dans le cadre du suivi de grossesse en médecine générale, d'un entretien médico-psycho-social du quatrième mois.
Nous nous sommes donc adressés aux patientes en cherchant à déterminer si elles avaient bénéficié d'un entretien, si elles avaient le souvenir de son contenu et la proportion de celles suivies par leur généraliste parmi ces dernières.

Le questionnaire est constitué de questions fermées pour faciliter le traitement des données.
Il comporte huit questions, destinées à recueillir des informations anonymes sur les patientes, leur opinion sur un éventuel entretien prénatal précoce, son contenu, leur satisfaction et enfin le détail des personnes ayant assuré leur suivi de grossesse, et éventuellement leur entretien.

B.Critères d'inclusion.

Nous nous sommes adressés aux accouchées au deuxième jour post-partum. Nous souhaitions en effet respecter le repos nécessaire aux jeunes mamans et obtenir une bonne disponibilité afin de collecter le plus grand nombre de réponses possible. Pour les mêmes motifs, nous sommes intervenus le matin à partir de 11 heure, après les soins, la toilette et le bain des bébés.
Pour des raisons de fonctionnement de service et de confort des patientes, nous n'avons pas pu proposer le questionnaire aux personnes dont le départ était prévu le jour même.
Les cadres sages-femmes nous ont signalé les patientes pour lesquelles différentes complications rendaient notre intervention trop intrusive et donc non souhaitable (en pratique pour l'une d'elles, dont le bébé présentait un pronostic vital encore incertain).

C.Etendue de l'étude.

Nous avons adressé des demandes auprès des quatre maternités de Nantes, d'abord par téléphone auprès des secrétariats des chefs de service puis, lorsque cela a été possible, directement par mails adressés aux gynécologues obstétriciens des différents établissements.
Nous avons obtenu l'accord de la maternité du CHU de Nantes, ce qui représente 73 lits, puis celui de la clinique Jules Verne, soit 50 lits, et enfin 9 gynécologues sur les 15 contactés, à 7 reprises, par mail à la polyclinique de l'Atlantique, ont donné leur aval à notre questionnaire. Sur les 139 lits de leur maternité, cela en représentait une trentaine.
La quatrième maternité n'a pas souhaité participer.

D.Le questionnaire. (cf ANNEXE 1).

1.Informations générales. (questions 1, 2, 3)

Ces questions ont pour objectif de comparer les patientes en fonction de leur âge, du nombre de leur grossesse, et de leur catégorie socio professionnelle.
Nous avons utilisé pour cet item les données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), plus exactement la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de niveau 1, soit la liste des catégories socioprofessionnelles agrégées.

Nous avons toutefois retiré l'item « retraité », considéré comme inapproprié pour une femme en âge de procréer.
Nous avons dû également effectuer une modification sur l'intitulé « cadres et professions intellectuelles supérieures » devenu « cadres et assimilés ». Il semblait en effet que la dénomination première pouvait avoir une connotation péjorative pour toutes les autres catégories.

2.L'entretien prénatal précoce. (questions 4, 5, 6)

Les questions 4 et 5 concernent des généralités : les patientes ont-elles le souvenir d'un entretien, et si oui par qui ?

La question 6, plus complexe, se présente sous forme d'un tableau référencé de a à j avec les exemples correspondants figurant en dessous.

Elle explore le contenu de l'entretien. Il s'agit de la question centrale de cette étude.
Il y a 3 entrées de réponses possibles : « oui,au cours d'un entretien spécifique dédié », « oui, en dehors de l'entretien » et « non ».

Les items ont été élaborés à partir de la fiche de synthèse concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) publiée dans les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) en novembre 2005 que nous avons précédemment étudiée.

- **« Votre situation professionnelle »** : on demandait à la patiente si elle avait été interrogée sur son activité du moment, sur ses revenus, une éventuelle précarité, ses conditions de travail. Cela permettait donc d'explorer les aspects « qui est la femme enceinte ? Que fait-elle ? » et les facteurs de vulnérabilité tels que précarité et risque social.

- **« Votre situation familiale »** : des exemples de questions étaient proposés, à savoir si la patiente avait été interrogée sur son couple, les relations avec son conjoint, les violences conjugales, si elle était déjà un parent isolé, quel était son entourage. On cherchait à répondre aux questions : « Qui est le couple ? Qu'est ce que la femme vit et a vécu ? Se sent-elle menacée et par quoi ? » L'exploration des facteurs de vulnérabilités : violence

domestique, problème relationnel avec le conjoint, stress anxiété, précarité allait de pair avec cette question.

- **« Vos conditions de vie »** : le champ d'investigation de cette question, bien qu'elle rejoigne la précédente, concernait concrètement le lieu d'habitation et sa salubrité.

- **« La survenue de cette grossesse »** : On souhaitait déterminer si les thèmes suivants avaient été abordés avec la patiente, concernant sa grossesse : si elle résultait de procréation médicalement assistée, si elle était accidentelle, voire non désirée, si elle faisait suite à des fausses couches ou des interruptions de grossesse. Ici on entrait dans la partie plus intime des antécédents obstétricaux mal vécus et des naissances à haut risque psycho-affectif. On s'intéressait à ce que la femme avait vécu, ce qu'elle ressentait, ce qu'elle croyait.

- **« Votre mode de vie »** : cette question concernait surtout les addictions, qui constituent en elles-mêmes une vulnérabilité. Elle permettait de savoir si l'on avait abordé avec la femme ce qu'elle était prête à apprendre ce qu'elle acceptait et voulait faire.

- **« Votre positionnement par rapport à la parentalité »** : on voulait savoir si les sujets suivants avaient été discutés : « si le couple était déjà parent, là où ils en étaient dans ce rôle et comment ils souhaitent évoluer, quels allaient être les changements éventuels dans leur vie imputables à cette nouvelle fonction ». Ces sujets sont en effet la raison d'être de l'entretien prénatal précoce car ils recoupent à la fois toutes les questions du guide de l'entretien et toutes les vulnérabilités.

- **« Les différentes modalités de déroulement de votre grossesse »** : il s'agissait de définir si, au cours de l'entretien, il y avait eu transmission de connaissance, concernant la préparation à la naissance, les types de suivi, les niveaux des maternités, en fonction de ce que la patiente « savait, croyait, ce dont elle avait envie, ce qu'elle voulait connaître ».

- **« Votre projet de naissance »** : Ce point précis appartenait aux revendications spécifiques du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). On évaluait donc si l'entretien avait donné lieu à l'expression des désirs des parents relatifs à la péridurale, la présence du papa, la position, le déroulement du travail.

- **« Les manifestations physiques et psychologiques liées au déroulement normal de votre grossesse et les signes qui doivent vous amener à consulter »** : nous souhaitions savoir s'il y avait eu échange sur les aspects plus techniques à l'occasion de l'entretien et s'il avait été destiné également à autonomiser les futures mères.

- **« Toutes les questions que vous vous posez »** : cet item devait apprécier si l'entretien avait fait sentir la disponibilité des professionnels aux patientes et s'il avait permis l'ouverture d'un espace d'écoute.

3.Le suivi. (question 7 et 8)

Nous interrogions les femmes sur les professionnels qui les ont suivies pendant leur grossesse. Plusieurs réponses étaient possibles, dans l'hypothèse où la patiente consulterait plusieurs intervenants.
Cette question permettait de faire la distinction avec la cinquième : « qui a réalisé l'entretien ? » dans l'hypothèse d'une délégation de tâche.

4.La satisfaction des patientes.

La dernière question concerne la perception de leur prise en charge par les patientes au cours du suivi, et notamment, pour se faire l'écho des revendications des associations de parents, si les femmes ont pu vivre cette expérience en tant qu'événement naturel dans leur vie de femme ou bien si elles ont eu la sensation d'être considérées comme des malades.

E.Analyse statistique.

L'étude étant descriptive, les résultats sont exprimés en fréquence, pourcentages.

5. Résultats descriptifs de l'enquête.

A.Taux de participation.

Nous avons recueilli 92 questionnaires au total sur les trois maternités.

39 à la clinique Jules Verne.

24 à la polyclinique de l'Atlantique.

29 au CHU.

Le total de la population étudiée s'élève donc bien à 92.

B.Caractéristiques de la population étudiée.

1.La répartition par âge.

-Aucune patiente parmi la population recrutée n'était mineure, ni n'avait moins de 20 ans.

-63 personnes sur 92 avaient entre 21 et 30 ans soit 57,6% de la population étudiée.

-35 femmes avaient entre 31 et 38 ans soit 38% de la population étudiée.

-3 personnes avaient plus de 38 ans soit 3,3%.

2.La répartition par parité.

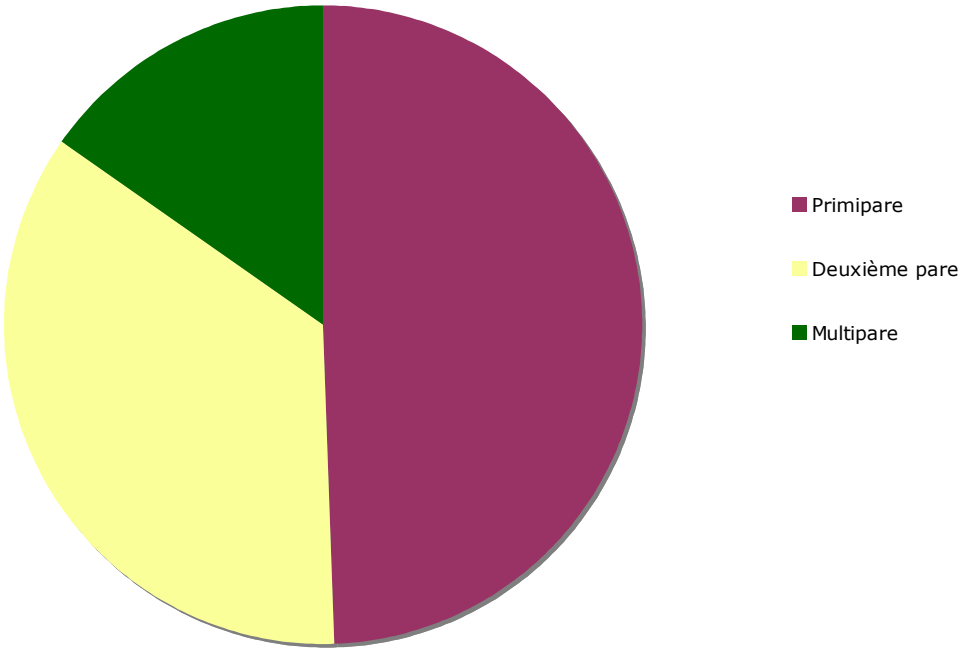
-45 femmes sur les 92 interrogées étaient primipares, soit 48,9%.

-32 venaient d'accoucher de leur deuxième enfant soit 34,8%.

-14 étaient multipares (troisième enfant et plus) soit 15,2%.

-1 n'a pas répondu soit 1%.

fig1: répartition de la population étudiée en fonction de la parité



3.La répartition par catégories socioprofessionnelles.

-Aucune patiente n'était agricultrice exploitante.

-1 sur 92 appartenait aux artisans, commerçants, chefs d'entreprise soit 1,1%.

-3 étaient ouvrières, 3,3%.

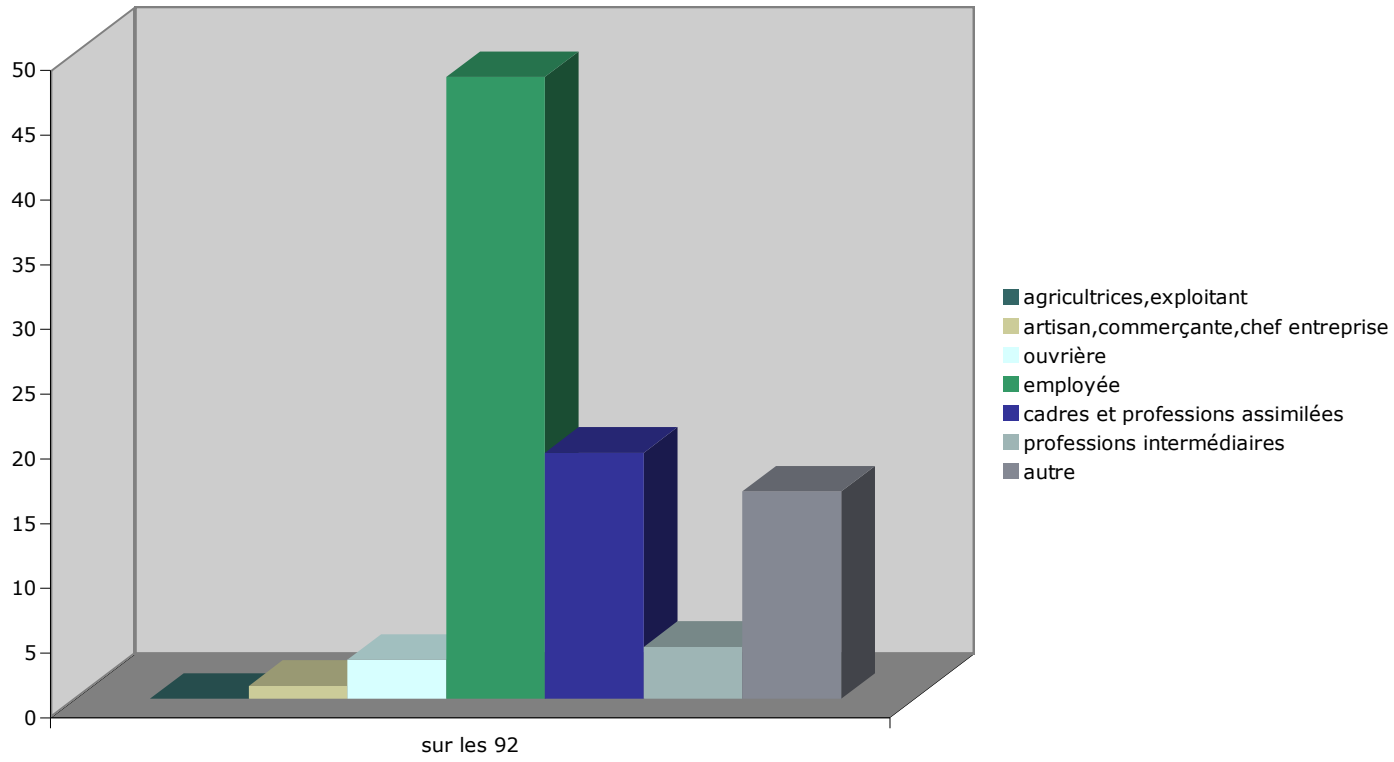
-48 sur 92 étaient employées soit 52,2%.

-19 ont déclaré être cadres, 20,6%.

-4 appartenaient aux professions intermédiaires, 4,3%.

-Enfin 16 sur 92 ont coché « autre », 17,4%. L'une d'elles a précisé « mère au foyer ».

fig 2: catégories socioprofessionnelles



4.La répartition par professionnel en charge du suivi, et en fonction de l'utilisation de l'outil « entretien prénatal précoce » (EPP).

a.Professionnel en charge du suivi.

-33 patientes sur 92 déclarent que leur grossesse a été suivie par le médecin généraliste, soit 35,9%de la population étudiée.

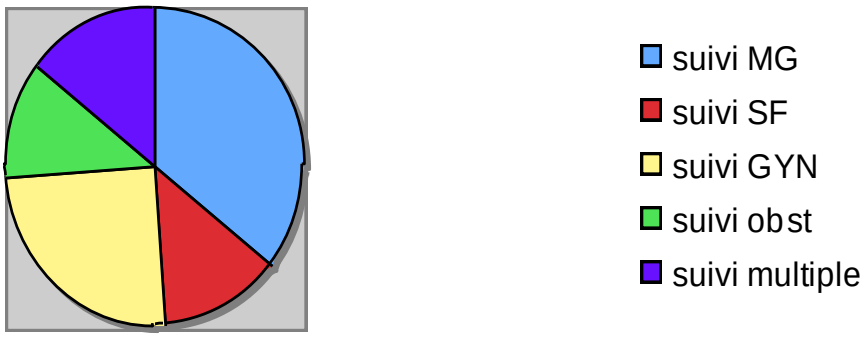
-23 patientes sur 92 déclarent que le suivi a été assuré par le gynécologue de ville, soit 25% de la population étudiée.

-11 patientes ont été suivies par l'obstétricien, soit 11,9% de la population étudiée.

-12 patientes disent avoir été suivies par la sage-femme, soit 13% de la population étudiée.

-Enfin les 13 qui restent déclarent avoir été suivies par 2, 3 ou 4 professionnels. Cette catégorie représente 14,1% de la population étudiée.

Figure 4: Répartition en fonction du suivi.



b.Pratique de l'entretien prénatal précoce.

-45 femmes sur les 92 interrogées déclarent avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce. Soit 48,9% de la population totale étudiée.

- 18 parmi celles suivies par le généraliste.
- 27 parmi celles suivies par un autre professionnel.

-33 patientes ont été suivies par le généraliste :

→18 ont eu l'entretien :- soit 54,5% d'entre elles.
-soit 19,6% de la population étudiée.

⇒**12 entretiens** se sont déroulés avec ce même **généraliste** : soit **13% de la population étudiée.**

⇒6 autres entretiens avec une sage-femme .

Les 27 entretiens réalisés par les autres professionnels se répartissent comme suit :

-23 patientes suivies par le gynécologue de ville :

→10 ont eu un entretien :-soit 43,5% d'entre elles.
-soit 10,9% de la population étudiée.

⇒**6 entretiens** se sont déroulés avec ce même **gynécologue** : **soit 6,5% de la population étudiée.**

⇒4 autres entretiens avec une sage-femme.

-12 patientes suivies par la sage-femme :

→7 ont eu un entretien :-soit 58,3% d'entre elles.
-soit 7,6% de la population étudiée.

⇒**5 entretiens** se sont déroulés avec cette **sage-femme** : soit **5,4% de la population étudiée.**

⇒1 autre entretien avec un médecin généraliste.
⇒1 autre entretien avec un gynécologue de ville.

-11 patientes suivies par l'obstétricien :

→4 ont eu un entretien :-soit 36,4% d'entre elles.
-soit 4,3% de la population étudiée.

⇒**2 entretiens** se sont déroulés avec le même **obstétricien** : soit **2,2% de la population étudiée.**

⇒2 entretiens avec une sage-femme.

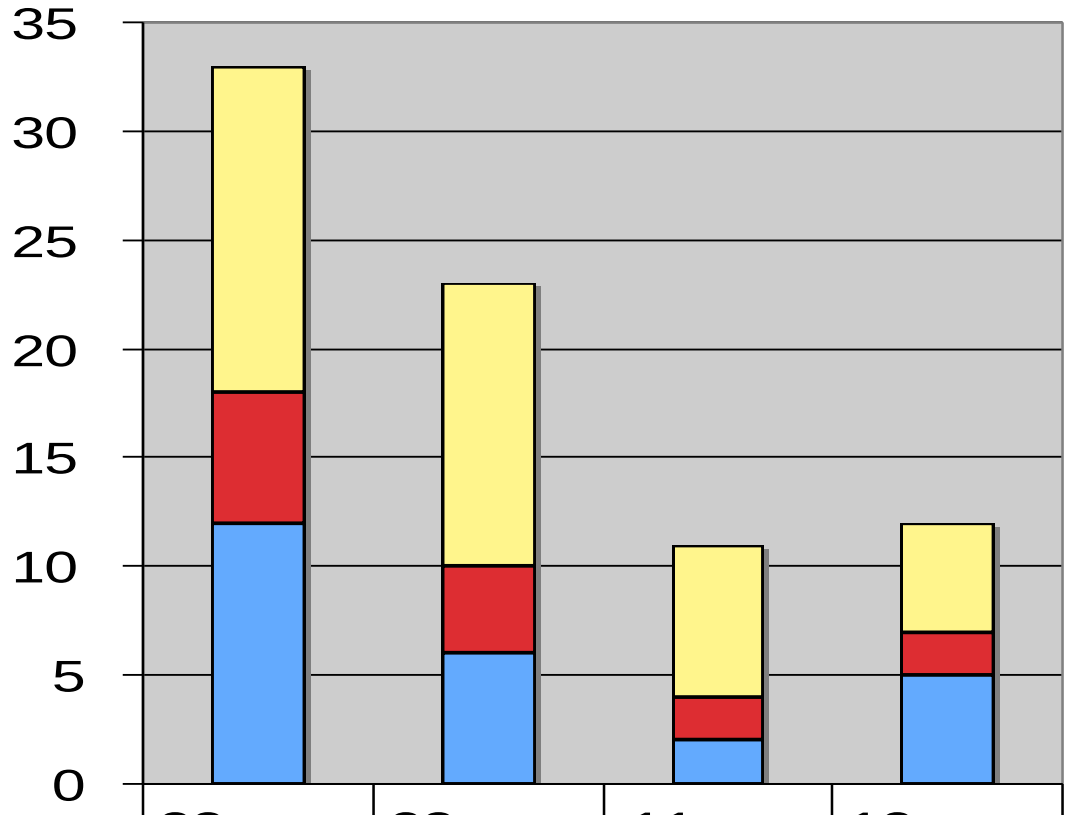
-13 patientes avec un suivi multiples :

→6 ont eu un entretien :-soit 46,1% d'entre elles.
-soit 6,5% de la population étudiée.

⇒3 entretiens avec une sage-femme.
⇒3 entretiens avec un gynécologue de ville.

Pour la catégorie « suivi multiple » nous ne pouvons déterminer si l'entretien a été délégué car nous ne pouvons déterminer quel professionnel était le principal acteur du suivi, donc nous avons décidé de ne pas la faire figurer sur notre graphique.

Figure 4 : Répartition en fonction du professionnel en charge du suivi et de la réalisation de l'entretien prénatal précoce.



	33 par MG	23 par GY	11par OBST	12 par SF
pas d'entretien	15	13	7	5
entretien délégué	6	4	2	2
entretien par le professionnel	12	6	2	5

MG=médecin généraliste GY=gynécologue SF=sage-femme OBST=obstétricien

C.Contenu abordé au cours de l'entretien prénatal précoce (EPP), suivant le professionnel.

Dans un souci d'équité, nous avons ajouté les entretiens des suivis multiples aux entretiens des suivis exclusifs par spécialité :

Les effectifs obtenus sont de :

-12 entretiens réalisés par les médecins généralistes qui suivent seuls la grossesse de leur patiente, plus 1 entretien réalisé par un médecin généraliste pour une femme, suivie par ailleurs exclusivement par une sage-femme. Soit **13 entretiens réalisés par le généraliste (14,1% de la population étudiée).**

-6 entretiens réalisés par les gynécologues de ville qui suivent seuls la grossesse de leur patiente, plus 3 entretiens réalisés par un gynécologue participant au suivi multiple d'une grossesse soit **9 entretiens réalisés par les gynécologues (9,8% de la population étudiée).**

-2 entretiens réalisés par les obstétriciens suivant seuls la grossesse de leur patiente plus 1 entretien réalisé par un obstétricien avec une patiente suivie exclusivement (déclare-t-elle) par une sage-femme. Donc **3 entretiens par l'obstétricien (3,3% de la population étudiée).**

-Les entretiens réalisés par les sages-femmes sont les plus nombreux car ils regroupent ceux réalisés dans le cadre d'un suivi exclusif de la grossesse par cette sage-femme mais également tous les entretiens délégués par tous les autres professionnels et les suivis multiples. Le total représente **20 entretiens par la sage-femme.**
On note à cette occasion que **21,7% de la population étudiée** a eu un entretien avec une sage-femme.

Il nous paraît plus commode, pour la suite de l'exposé de ces résultats, de retranscrire les chiffres bruts sous forme de tableaux :

Tableau I.a. : Répartition des 33 femmes suivies par leur généraliste, en fonction de l'entretien prénatal précoce.

	Entretien par le médecin généraliste (MG) 12 patientes		Entretien par la sage-femme(SF) 6 patientes		Pas d'entretien 15 patientes
contenu abordé	Pendant l'entretien	en dehors	Pendant	en dehors	
Situation professionnelle	5	3	3	2	10
Situation familiale	3	4	4	1	10
Conditions de vie	0	0	2	2	1
Survenue grossesse	4	0	3	2	9
Mode de vie	5	2	4	1	8
Parentalité	2	0	2	1	2
Déroulement grossesse	8	3	4	1	11
Projet de naissance	5	2	3	2	8
Signes d'alerte	9	3	3	2	13
Toutes questions	4	6	4	1	15

Tableau I.b. : Répartition des 23 femmes <u>suivies par leur gynécologue</u> de ville par rapport à l'entretien prénatal précoce.

	Entretien par gynécologue(GY)=6		Entretien par sage-femme (SF)=4		Pas d' entretien=13
Contenu abordé	pendant	en dehors	pendant	en dehors	
Situation professionnelle	3	2	1	2	11
Situation familiale	3	2	2	2	9
Conditions de vie	1	2	0	0	1
Survenue de la grossesse	3	2	2	0	8
Mode de vie	2	2	1	2	7
Parentalité	1	1	1	0	4
Déroulement de la grossesse	3	2	2	2	9
Projet de naissance.	3	1	2	0	5
Signes d'alerte.	3	2	2	2	10
Toutes questions.	3	2	3	0	11

Tableau I.c. : Répartition des 11 femmes <u>suivies par leur obstétricien</u> par rapport à l'entretien.

	Entretien par l'obstétricien =2		Entretien par SF=2		Pas d'entretien=7
Contenu abordé	pendant	en dehors	pendant	en dehors	
Situation professionnelle	2	0	1	0	4
Situation familiale	1	1	1	0	5
Conditions de vie	0	1	1	0	0
Survenue de la grossesse	1	1	1	0	4
Mode de vie	1	0	0	1	6
Parentalité	1	0	0	0	0
Déroulement de la grossesse	1	0	2	0	3
Projet de naissance	2	0	1	0	4
Signes d'alerte	2	0	2	0	3
Toutes questions	2	0	2	0	4

Tableau I.d. : Répartition des 13 femmes ayant eu un <u>suivi multiple</u> pour leur grossesse en fonction de l'entretien.

	Entretien par la sage-femme SF=3		Entretien par le gynécologue GY=3		Pas d'entretien=7
Contenu abordé	pendant	en dehors	pendant	en dehors	
Situation professionnelle	3	0	1	1	6
Situation familiale	3	0	3	0	5
Conditions de vie	2	0	0	0	2
survenue de la grossesse	3	0	2	1	4
Mode de vie	2	0	1	1	3
Parentalité	2	0	0	1	3
Déroulement de la grossesse	3	0	2	1	7
Projet de naissance	3	0	2	1	5
Signes d'alerte	3	0	2	1	6
Toutes questions	3	0	1	1	6

Tableau I.e. : Répartition des 12 femmes suivies par une sage-femme en fonction de l'entretien prénatal précoce.

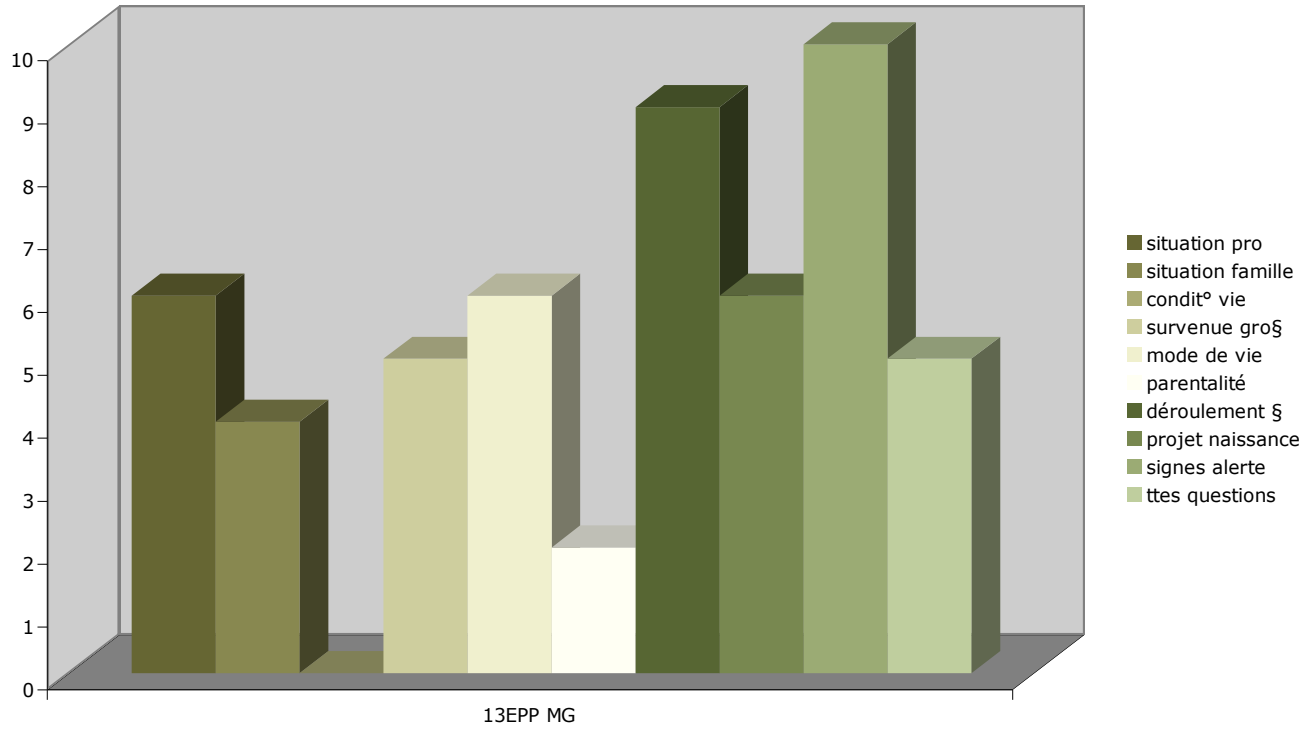
	Entretien par SF=5		Entretien par MG=1		Entretien par obst=1		sans
Contenu abordé	pendant	en dehors	pendant	en dehors	pendant	en dehors	soit 5
Situation professionnelle	3	1	1	0	0	1	5
Situation familiale	3	2	1	0	1	0	3
Conditions de vie	1	3	0	0	1	0	0
Survenue de la grossesse	3	1	1	0	1	0	2
Mode de vie	3	1	1	0	1	0	3
Parentalité	3	1	0	0	0	0	1
Déroulement de la grossesse	4	0	1	0	0	1	4
Projet de naissance	3	1	1	0	0	1	4
Signes d'alerte	5	0	1	0	1	0	4
Toutes questions	4	1	1	0	1	0	5

1.Contenu des entretiens réalisés par le généraliste.

Les thèmes abordés aux cours des 13 entretiens sont :

-Dans 46,2% des cas : la situation professionnelle (contenu évoqué avec 3 patientes sur 13).
-Dans 30,8% des cas : la situation familiale soit avec 4 patientes sur 13.
-Dans 0% des cas : les conditions de vie.
-Dans 38,5% des cas : la survenue de la grossesse soit avec 5 patientes sur 13.
-Dans 46,2% des cas : le mode de vie soit avec 6 patientes sur 13.
-Dans 15,4% des cas : le positionnement par rapport à la parentalité soit avec 2 patientes sur 13.
-Dans 69,2% des cas : les différentes modalités de déroulement de la grossesse soit avec 9 patientes sur 13.
-Dans 46,2% des cas : le projet de naissance soit avec 6 patientes sur 13.
-Dans 76,9% des cas : les manifestations physiques et psychologiques liées au déroulement normal de la grossesse et les signes qui doivent alerter et conduire à consulter soit avec 10 patientes sur 13.
-Enfin dans 38,5% des cas : toutes les questions que les patientes se posent soit avec 5 patientes sur 13.

fig 5: contenu entretien avec medecin généraliste



2.Contenu des entretiens réalisés par le gynécologue de ville.

Les sujets discutés au cours de l'entretien réalisé par le gynécologue étaient :

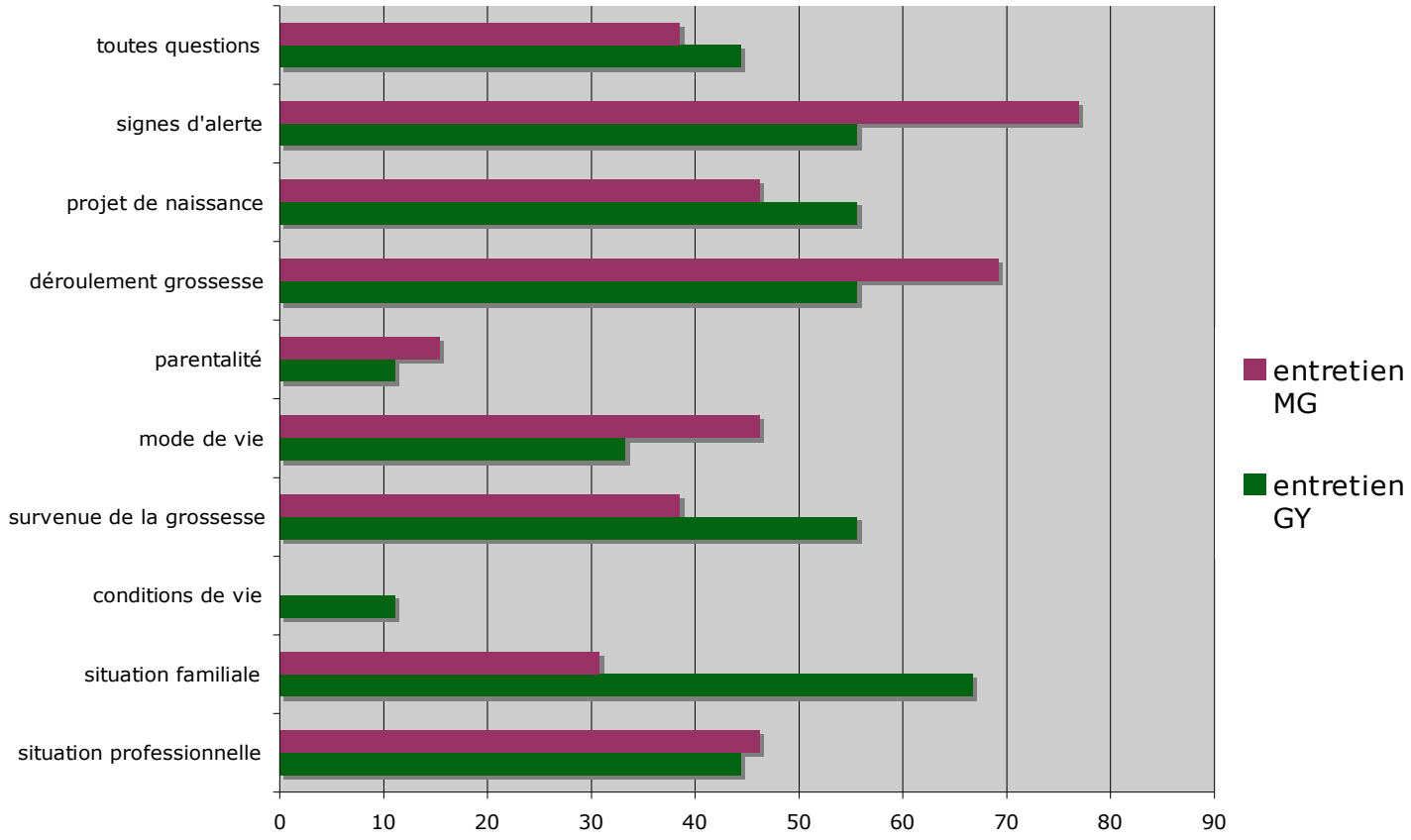
-La situation professionnelle avec 4 patientes sur 9 soit dans 44,4% des cas.
-La situation familiale avec 6 patientes sur 9 soit dans 66,7% des cas.
-Les conditions de vie avec 1 patiente sur 9 soit dans 11,1% des cas.
- La survenue de la grossesse avec 5 patientes sur 9 soit dans 55,6% des cas.
- Le mode de vie avec 3 patientes sur 9 soit dans 33,3% des cas.
- Le positionnement par rapport à la parentalité avec 1 patiente sur 9 soit 11,1% des cas.
- Les différentes modalités de déroulement de la grossesse avec 5 patientes soit dans 55,6% des cas.
- Le projet de naissance avec 5 patientes, 55,6% des cas.
- Les manifestations physiques et psychologiques normales liées à la grossesse et les signes d'alerte devant conduire à consulter avec 5 patientes, 55,6% des cas.
- Les différentes questions que se posent les patientes avec 4 d'entre elles soit 44,4% des cas.

Tableau II : Comparatif du contenu de l'entretien par le gynécologue (GY) et par le généraliste (MG).

contenu abordé.	MG pendant	% pendant	GY pendant	% pendant
Situation professionnelle.	6	46,2	4	44,4
Situation familiale.	4	30,8	6	66,7
Conditions de vie.	0	0	1	11,1
Survenue de la grossesse.	5	38,5	5	55,6
Mode de vie.	6	46,2	3	33,3
Parentalité.	2	15,4	1	11,1
Déroulement de la grossesse.	9	69,2	5	55,6
Projet de naissance.	6	46,2	5	55,6
Signes d'alerte.	10	76,9	5	55,6
Toutes questions.	5	38,5	4	44,4

Afin d'illustrer la comparaison avec le contenu de l'entretien par les médecins généralistes nous avons recours à un graphique :

Figure 6 : Comparatif contenu abordé lors entretien par généraliste et gynécologue.



GY=gynécologue et MG= médecin généraliste

3.Contenu des entretiens réalisés par la sage-femme.

Les champs d'exploration de l'entretien recouvraient :

-La situation professionnelle avec 11 patientes sur 20 soit dans 55% des cas.

-La situation familiale avec 13 patientes soit dans 65% des cas.

-Les conditions de vie avec 6 patientes sur 20 soit dans 30% des cas.

- La survenue de la grossesse avec 12 patientes sur 20 soit dans 60% des cas.

- Le mode de vie avec 10 patientes soit dans 50% des cas.

- Le positionnement par rapport à la parentalité avec 8 patientes sur 20 soit dans 40% des cas.

- Les différentes modalités de déroulement de la grossesse avec 15 patientes soit dans 75% des cas.

- Le projet de naissance avec 12 patientes soit dans 60% des cas.

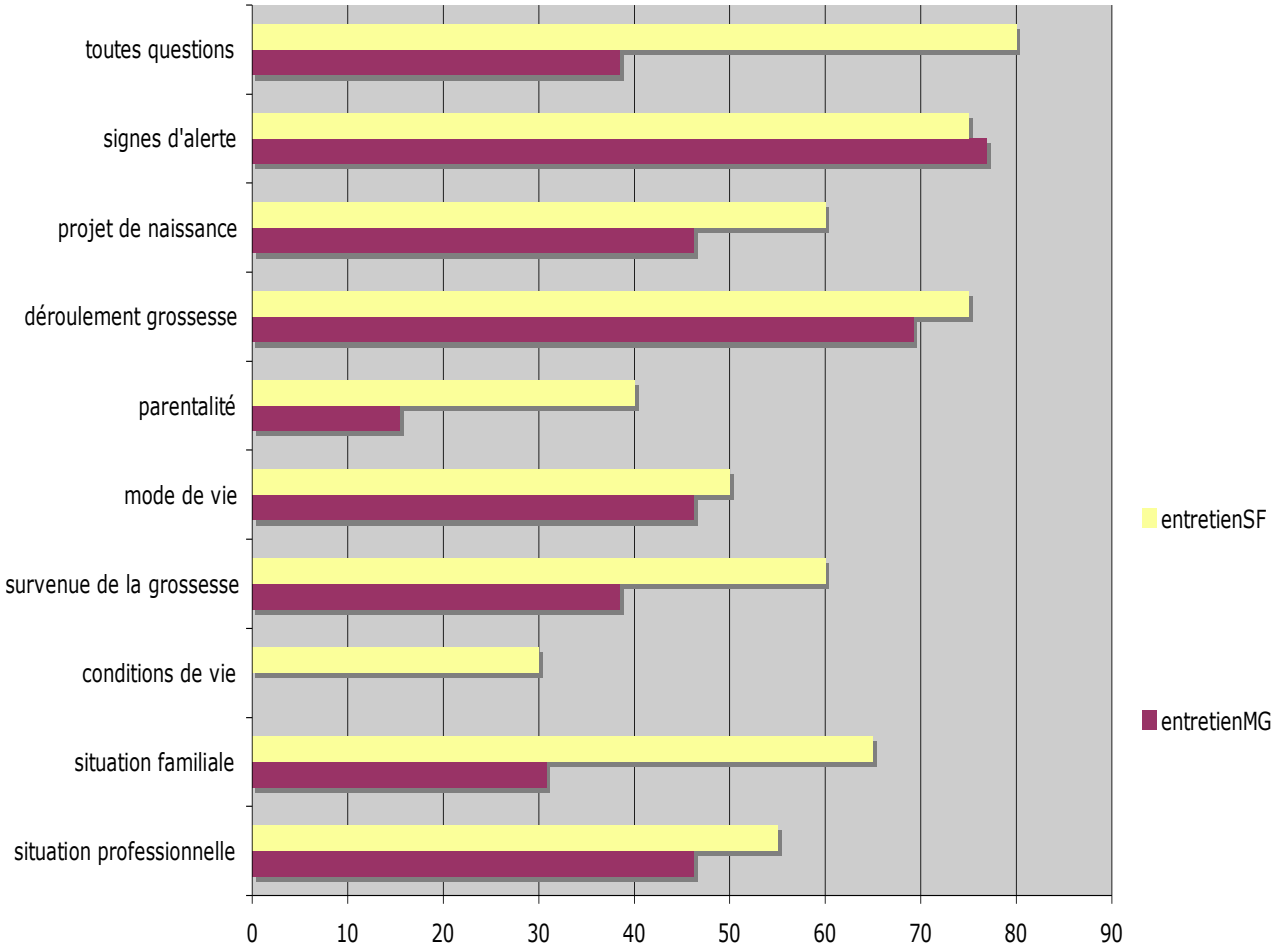
- Les manifestations physiques et psychologiques normales liées à la grossesse et les signes d'alerte devant conduire à consulter avec 15 patientes soit dans 75% des cas.
- Les différentes questions que se posent les patientes avec 16 d'entre elles soit dans 80% des cas.

Tableau III : Comparatif contenu de l'entretien par sage-femme (SF) et par généraliste (MG).

	Entretien par MG	%	Entretien par SF	%
Contenu abordé.	pendant	pendant	pendant	pendant
Situation professionnelle.	6	46,2	11	55
Situation familiale.	4	30,8	13	65
Conditions de vie.	0	0	6	30
Survenue de la grossesse.	5	38,5	12	60
Mode de vie.	6	46,2	10	50
Parentalité	2	15,4	8	40
Déroulement de la grossesse.	9	69,2	15	75
Projet de naissance.	6	46,2	12	60
Signes d'alerte.	10	76,9	15	75
Toutes questions.	5	38,5	16	80

Nous avons à nouveau résumé la mise en parallèle des contenus de l'entretien, selon qu'il est réalisé par un généraliste ou par une sage-femme, par un graphique.

figure 7:comparatif contenu abordé lors entretien par sage-femme et généralist



MG= médecin généraliste SF= sage-femme

4.Contenu des entretiens réalisés par l'obstétricien.

Compte tenu de la taille de l'échantillon (3 patientes), nous nous contenterons de noter les tiers. L'entretien avec l'obstétricien a été l'occasion d'aborder avec les femmes :

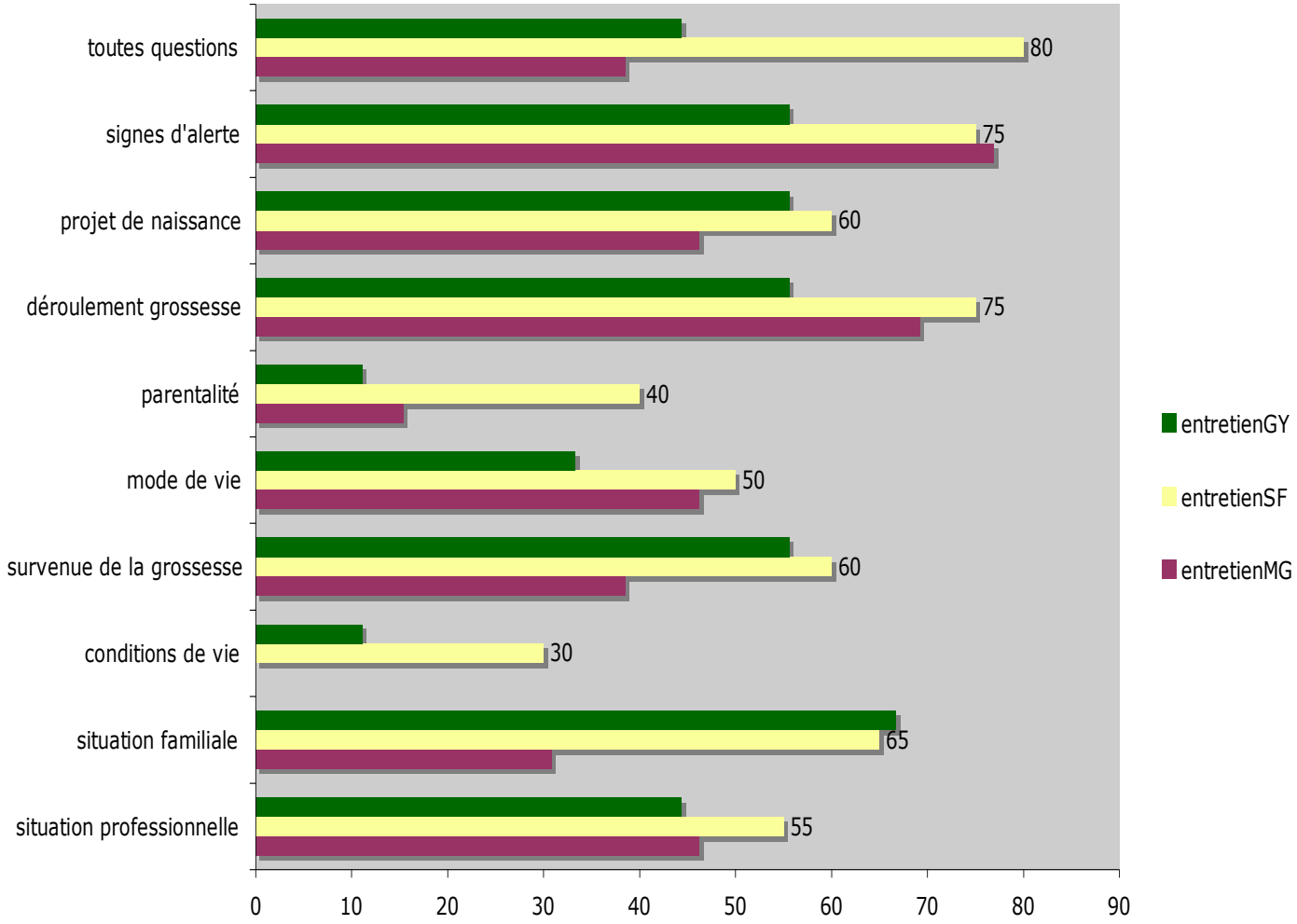
-La situation professionnelle avec 2/3 des patientes.
-La situation familiale avec 2/3 des patientes.
-Les conditions de vie avec 1/3 des patientes.
- La survenue de la grossesse avec 2/3 des patientes.
- Le mode de vie avec 2/3 des patientes.
- Le positionnement par rapport à la parentalité avec 1/3 des patientes.

- Les différentes modalités de déroulement de la grossesse avec 1/3 des patientes.
- Le projet de naissance avec 2/3 des patientes.
- Les manifestations physiques et psychologiques normales liées à la grossesse et les signes d'alerte devant conduire à consulter avec toutes les patientes.
- Les différentes questions qu'elles se posent avec les 3 patientes.

L'effectif étant très réduit, il ne nous paraît pas pertinent d'ajouter un tableau ou un graphique comparatif.

Pour résumer les variations de contenu de l'entretien prénatal précoce en fonction du professionnel qui le pratique, nous avons réaliser un graphique récapitulatif :

Fig.8: Comparatif contenu suivant le professionne



D.Thèmes abordés tout au long du suivi de grossesse.

Nous allons, dans ce paragraphe, développer pour chaque item du questionnaire, si le sujet a été abordé : au cours de l'entretien prénatal précoce (EPP), au cours du suivi ou pas abordé du tout.

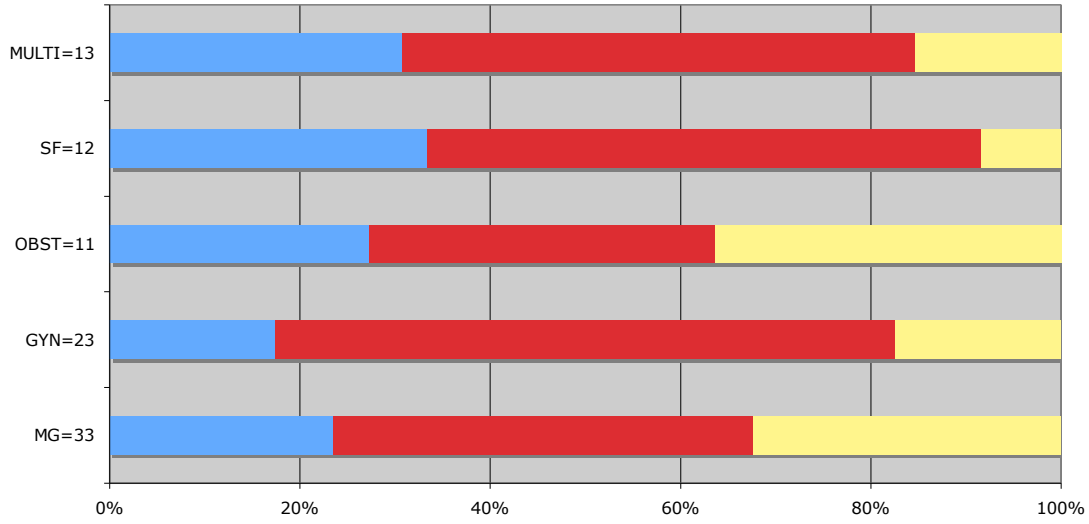
Nous raisonnons donc en fonction du professionnel qui a réalisé le suivi, afin de pouvoir effectuer des comparaisons.

Afin de rendre notre propos le plus clair possible, nous présenterons ces résultats sous formes de graphiques.

Pour chacun d'entre eux :

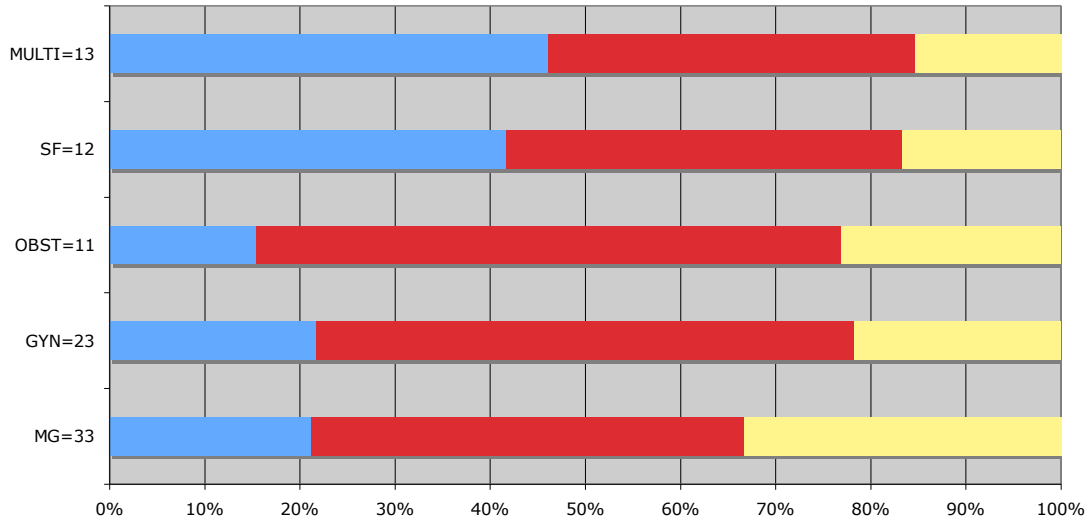
MG=médecin généraliste GYN=gynécologue OBST=obstétricien SF=sage-femme MULTI=suivi multiple

Fig.9:Situation professionnelle



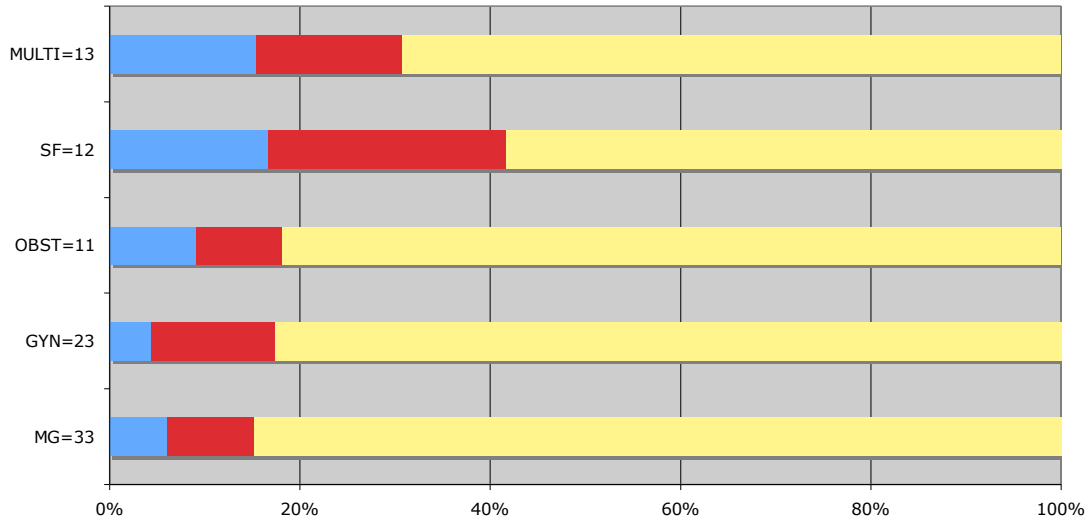
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	11	4	4	1	2
pendant suivi	15	15	4	7	7
pendant entretien	8	4	3	4	4

Fig.10:Situation familiale



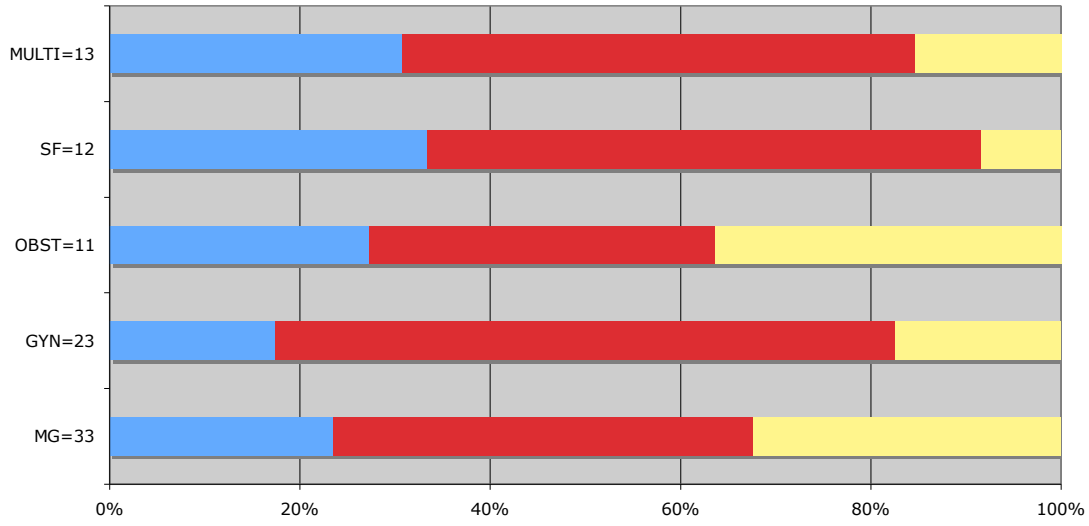
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	11	5	3	2	2
pendant suivi	15	13	8	5	5
pendant entretien	7	5	2	5	6

Fig.11:Conditions de vie



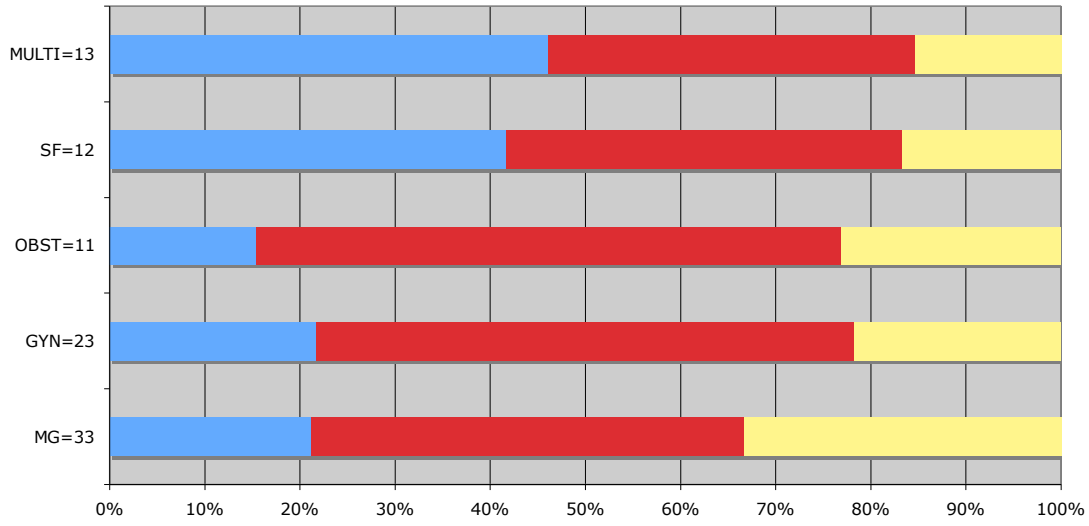
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	28	19	9	7	9
pendant suivi	3	3	1	3	2
pendant entretien	2	1	1	2	2

Fig.12:Survenue grossesse



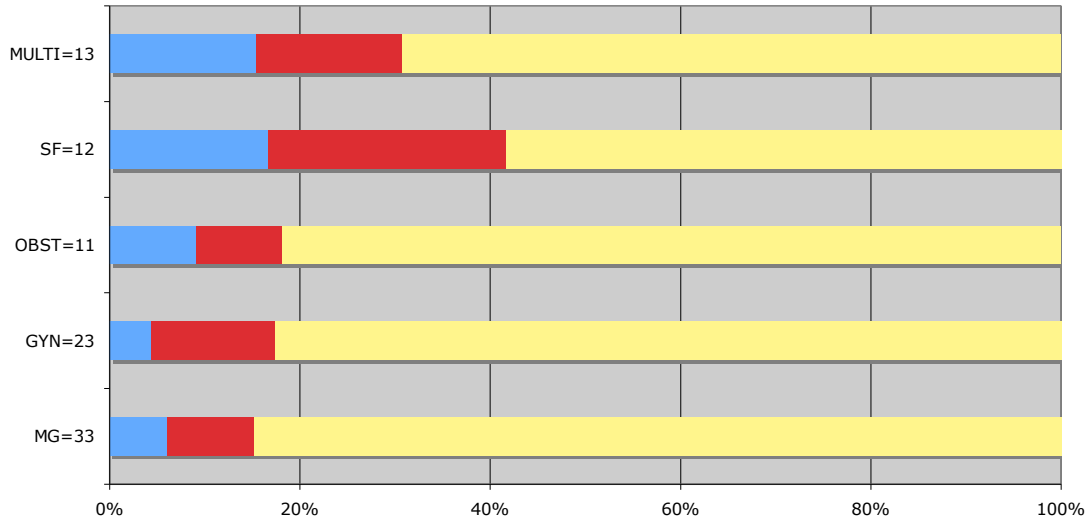
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	11	4	4	1	2
pendant suivi	15	15	4	7	7
pendant entretien	8	4	3	4	4

Fig.13:Mode de vie



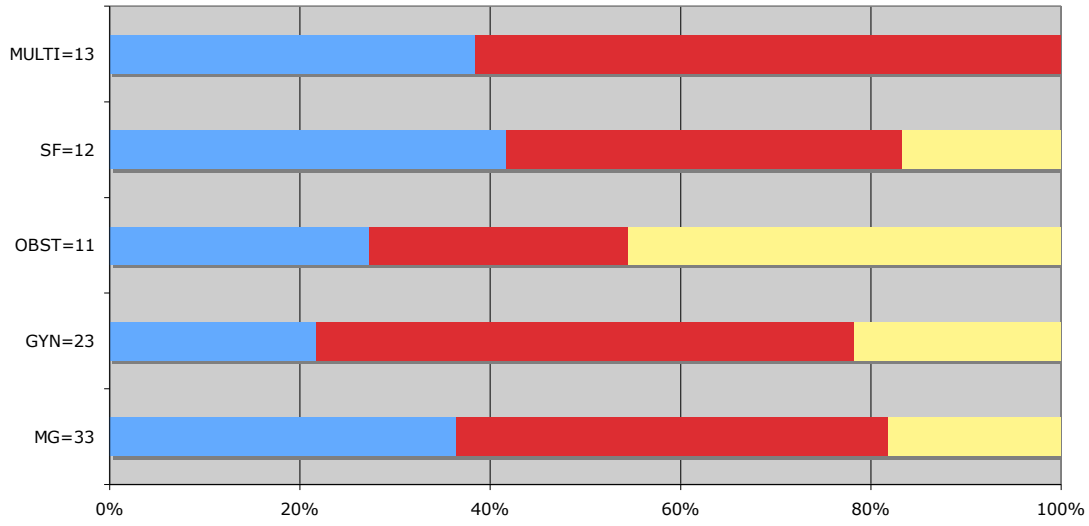
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	11	5	3	2	2
pendant suivi	15	13	8	5	5
pendant entretien	7	5	2	5	6

Fig.14:Parentalité



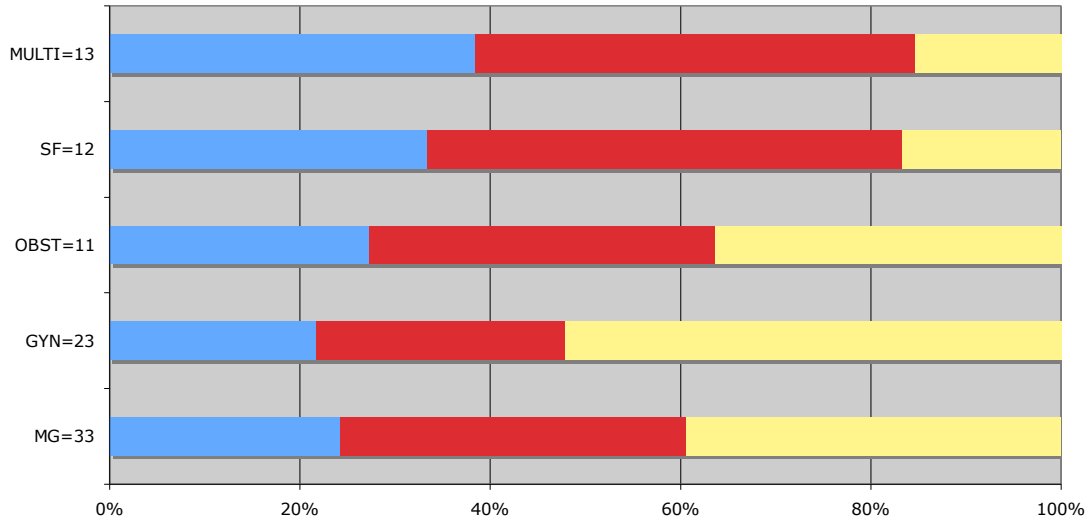
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	28	19	9	7	9
pendant suivi	3	3	1	3	2
pendant entretien	2	1	1	2	2

Fig.15:Déroulement grossesse



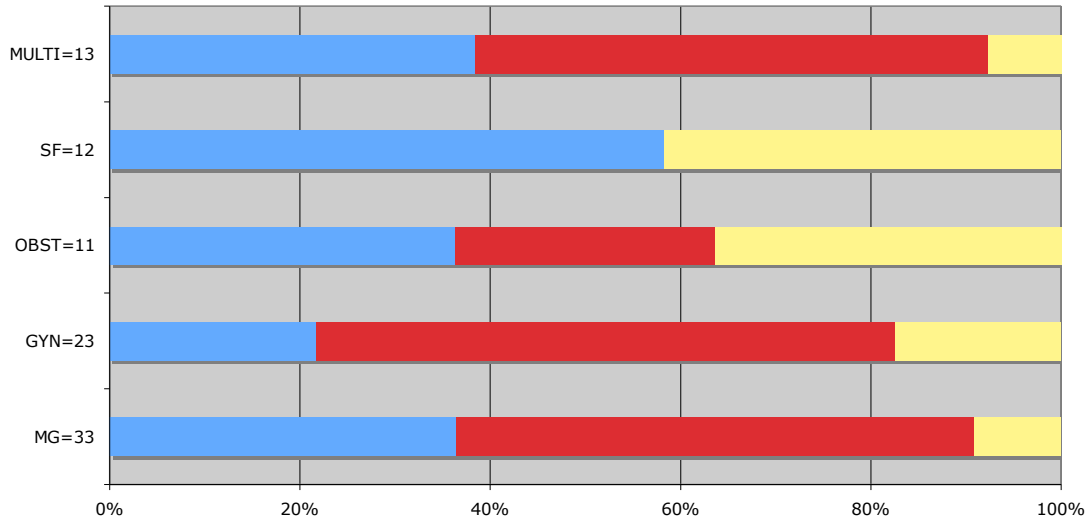
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	6	5	5	2	0
pendant suivi	15	13	3	5	8
pendant entretien	12	5	3	5	5

Fig.16:Projet de naissance



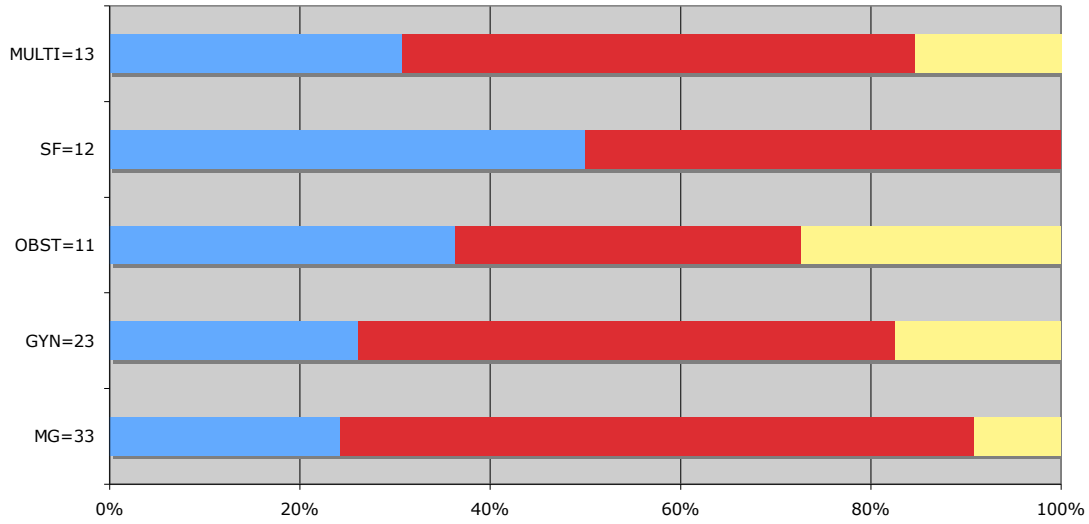
	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	13	12	4	2	2
pendant suivi	12	6	4	6	6
pendant entretien	8	5	3	4	5

Fig.17:Signes alerte



	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	3	4	4	5	1
pendant suivi	18	14	3	0	7
pendant entretien	12	5	4	7	5

Fig.18:Toutes les questions



	MG=33	GYN=23	OBST=11	SF=12	MULTI=13
pas abordé	3	4	3	0	2
pendant suivi	22	13	4	6	7
pendant entretien	8	6	4	6	4

E.Détail des femmes suivies par le médecin généraliste.

1.Thèmes abordés avec les femmes ayant eu un entretien avec leur généraliste.

Pour revenir à notre population de 12 femmes suivies par leur généraliste, avec lequel elles ont eu un entretien prénatal précoce, nous pouvons considérer : soit les thèmes abordés seulement lors de cet entretien soit ceux abordés tout au long du suivi, entretien inclus.

Ces résultats rendent comptent du contenu total du suivi et permettront un comparatif ultérieur avec les femmes qui, bien que suivies par leur généraliste, n'ont pas eu d'entretien :

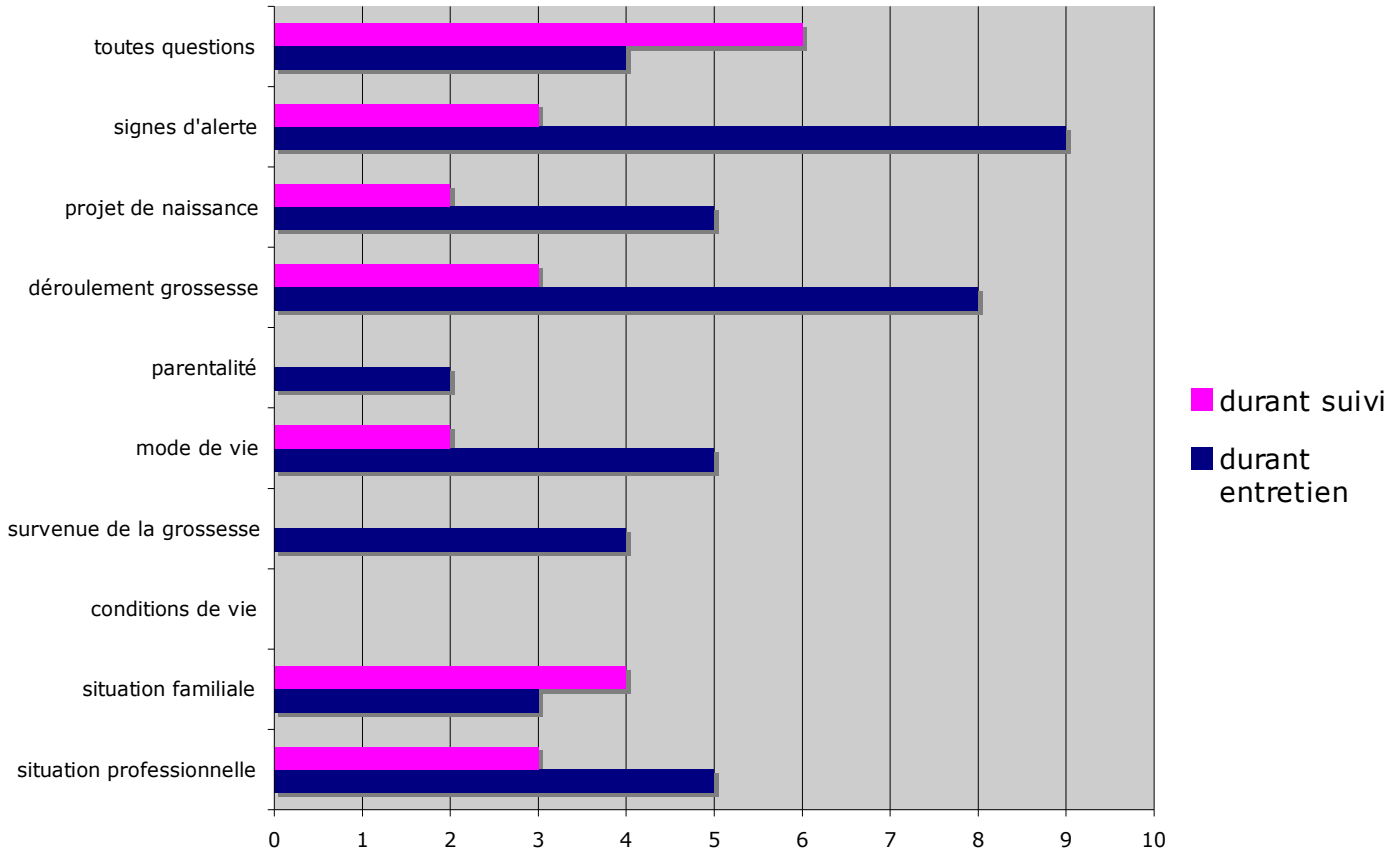
Tableau IV :Les 12 femmes ayant eu un entretien avec le généraliste. Contenu abordé exclusivement pendant l'entretien ou tout au long du suivi.

Contenu abordé.	Pourcentage durant entretien+suivi.	Pourcentage durant EPP seulement
Situation professionnelle.	66,7	41,6
Situation familiale.	58,3	25
Conditions de vie.	0	0
Survenue grossesse.	33,3	33,3
Mode de vie.	58,3	41,6
Parentalité.	16,7	16,7
Déroulement de la grossesse.	91,7	66,7
Projet de naissance.	58,3	41,6
Signes d'alerte.	100	75
Toutes questions.	83,3	33,3

Donc, si l'on considère les thèmes discutés avec les femmes aussi bien lors de l'entretien dont elles ont bénéficié avec leur généraliste qu'en dehors, pendant le suivi de leur grossesse, on s'aperçoit que l'attention du médecin a porté sur :

-La situation professionnelle avec 8 patientes sur 12 soit dans 66,7% des cas.
-La situation familiale avec 7 patientes sur 12 soit dans 58,3% des cas.
-Toujours avec aucune patiente pour les conditions de vie.
-La survenue de la grossesse avec 4 patientes sur 12 soit dans 33,3% des cas.
-Le mode de vie avec 7 patientes sur 12 soit dans 58,3% des cas.
-Le positionnement par rapport à la parentalité avec 2 patientes sur 12 soit dans 16,7% des cas.
-Les différentes modalités de déroulement de la grossesse avec 11 patientes soit dans 91,7% des cas.
-Le projet de naissance avec 7 patientes sur 12 soit dans 58,3% des cas.
-Les manifestations physiques et psychologiques normales liées à la grossesse et les signes d'alerte devant conduire à consulter avec 12 patientes sur 12 soit dans 100% des cas.
-Les différentes questions que se posent les patientes avec 10 d'entre elles soit 83,3% des cas.

Figure 19:Thèmes abordés durant EPP et durant le suivi parmi les 12 femmes suivies par leur généraliste et ayant eu l'EPP avec lui.



EPP=entretien prénatal précoce.

2.Thèmes abordés avec les femmes qui n'ont pas eu d'entretien.

-15 des femmes suivies par leur médecin généraliste n'ont pas le souvenir d'avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce. Cela représente 45,5% des femmes suivies par un généraliste et 16,3% de la population étudiée.

Toutefois les thèmes de l'entretien ont été abordés ,sans l'outil, suivant la répartition suivante :

-La situation professionnelle avec 10 patientes sur 15 soit dans 66,7% des cas.
-La situation familiale avec 10 patientes également donc dans 66,7% des cas.
-Les conditions de vie avec une seule patiente soit dans 6,7% des cas.
- La survenue de la grossesse avec 9 patientes sur 15 soit dans 60% des cas.
- Le mode de vie avec 8 patientes soit dans 53,3% des cas.
- Le positionnement par rapport à la parentalité avec 2 patientes soit 13,3% des cas.

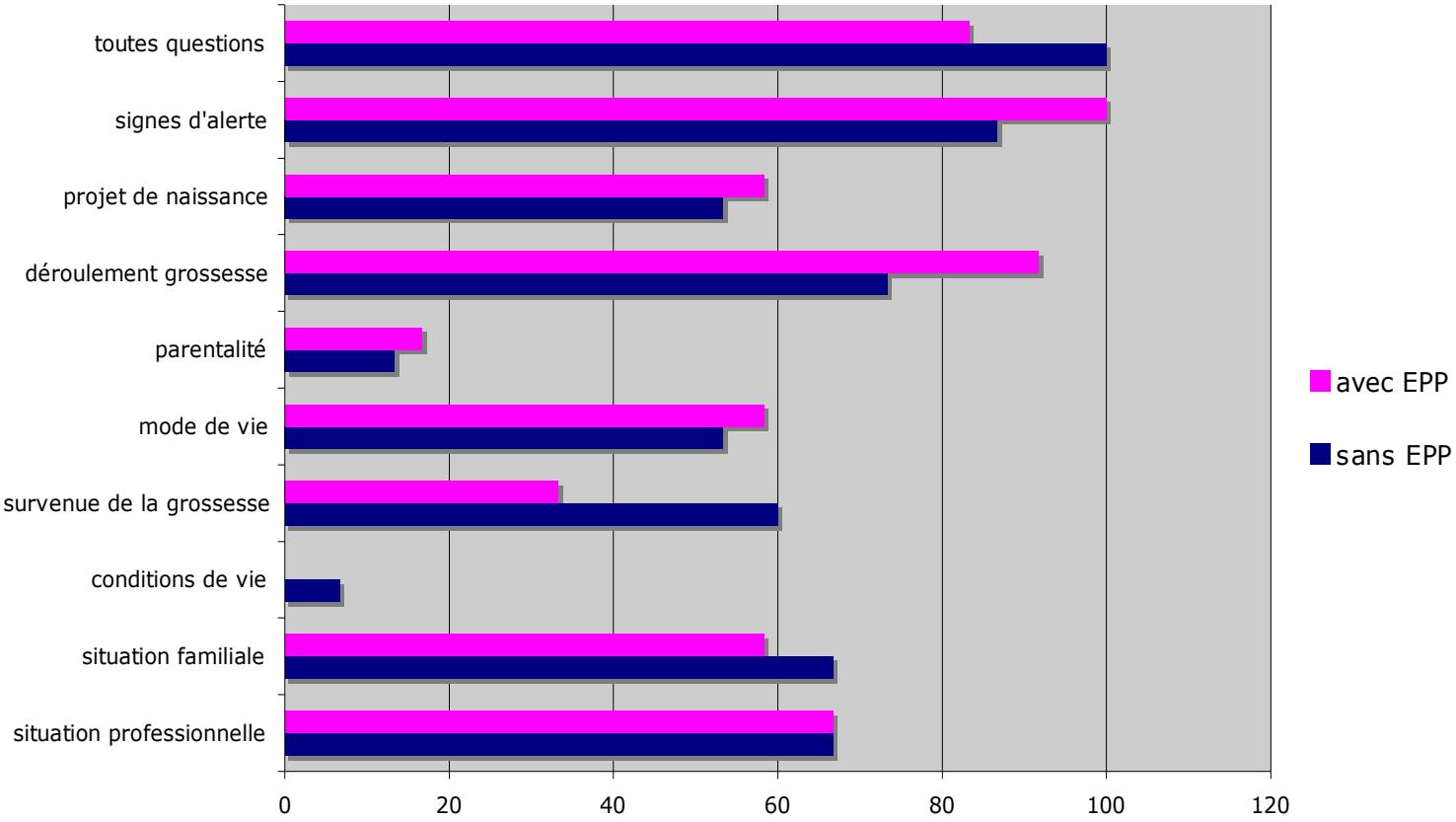
- Les différentes modalités de déroulement de la grossesse avec 11 patientes soit 73,3% des cas.
- Le projet de naissance avec 8 patientes soit 53,3% des cas.
- Les manifestations physiques et psychologiques normales liées à la grossesse et les signes d'alerte devant conduire à consulter avec 13 patientes soit 86,7% des cas.
- Les différentes questions que se posent les patientes avec toutes soit 100% des cas.

Au total, si l'on compare, au sein des femmes suivies par leur généraliste, celles qui ont eu un entretien avec lui, à celles qui n'en ont pas eu du tout :

Tableau V : Récapitulatif des contenus abordés par le médecin généraliste au cours du suivi de grossesse, dans la population des 12 femmes ayant bénéficié d'un entretien avec lui et dans la population des 15 qui n'en ont pas eu.

	Nombre interrogé sur les 15 patientes	%	Nombre interrogé sur les 12 patientes	%
Contenu abordé	sans entretien		Pendant entretien et en dehors.	
Situation professionnelle	10	66,7	8	66,7
Situation familiale	10	66,7	7	58,3
Conditions de vie	1	6,7	0	0
Survenue de la grossesse	9	60	4	33,3
Mode de vie	8	53,3	7	58,3
Parentalité	2	13,3	2	16,7
Déroulement de la grossesse	11	73,3	11	91,7
Projet de naissance	8	53,3	7	58,3
Signes d'alerte	13	86,7	12	100
Toutes questions	15	100	10	83,3

Fig.20:Comparatif entre les thèmes abordés au cours du suivi par le généralist suivant utilisation EPP.



EPP= entretien prénatal précoce.

F.Perception par les femmes de leur prise en charge pendant la grossesse.

1.Femmes suivies par leur généraliste.

-100% des femmes suivies par le médecin généraliste et ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce avec lui sont satisfaites, ce qui représente 12 femmes sur 12.

-100% des femmes suivies par le médecin généraliste et ayant eu l'entretien avec une sage-femme sont également satisfaites (6 femmes sur 6).

-20% des femmes suivies par le généraliste et n'ayant pas le souvenir d'avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce ont eu le sentiment d'être **prises pour des malades** et **pas considérées comme des femmes** vivant un processus naturel par le médecin généraliste.
Ce qui représente 3 femmes sur 15.
Soit 9% des femmes prises en charge par un généraliste.
Soit **3,3% de la population étudiée**.

2.Femmes suivies par un autre professionnel.

-Il n'y a que 2 patientes sur les 59 suivies par un autre professionnel que le médecin généraliste qui ont eu le sentiment **d'être considérées comme des malades** et pas prises en compte comme femme au cours de leur suivi de grossesse soit 3,4% de cette population et **2,2% de la population totale étudiée.**
Les deux appartenaient au groupe suivi de grossesse réalisé par gynécologue de ville seul, n'ayant pas bénéficié d'un entretien prénatal précoce.
On notera qu'une des femmes interrogées a ajouté sous cette question, bien qu'elle ait coché oui pour la satisfaction du suivi, qu'elle n'avait pas du tout eu l'impression d'être une femme aux yeux de l'obstétricien et des sages-femmes pendant l'accouchement.

CHAPITRE 3 : DISCUSSION

1.Synthèse des principaux résultats.

A. Caractéristiques générales des patientes.

La population étudiée est constituée de femmes majoritairement âgées de 21 à 30 ans (57,6%), à près de 50% primipares et majoritairement employées (52,2%).

B. Pratique de l'entretien prénatal précoce.

Sur les 92 femmes interrogées, 45 ont le souvenir d'avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce, soit 48,5%, quasiment la moitié de la population étudiée.

Cet entretien est pratiqué principalement par les sages-femmes (20 entretiens soit 44,4%des cas), puis en terme de fréquence par les généralistes (13 entretiens soit 28,9% des cas), puis par les gynécologues de ville (9 entretien soit 20% des cas). L'usage par les obstétriciens est anecdotique : 3 entretiens soit 6,7% des cas.

C. Contenu de l'entretien.

1. Entretien réalisé par le médecin généraliste.

a. Analyse du contenu de l'entretien exclusivement.

Parmi les entretiens réalisés, 13 l'ont été par un médecin généraliste, soit dans près de 30% des cas.
L'exploration des facteurs de vulnérabilité, telle qu'elle est décrite dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé et telle que nous avons cherché à la mettre en évidence dans ce questionnaire, a été limitée à moins de 50% des cas pour huit thèmes sur dix lors de l'entretien réalisé par le médecin généraliste.

Il n'y a pas, dans notre échantillon, un entretien qui ait donné lieu à des interrogations sur les conditions de vie des femmes. Dans 15,4% des cas seulement, le praticien a discuté avec la femme ou le couple de parentalité. Dans 30,8% des cas la situation familiale a été abordée, dans 38,5% des entretiens réalisés par le médecin généraliste il a été question de la survenue de la grossesse ou des questions que se posent les femmes.
Plus fréquemment, dans 46,2% des cas, ils se sont entretenus de la situation professionnelle, du mode de vie et du projet de naissance des futurs parents.
Les éléments les plus approfondis sont les différentes modalités de déroulement de la grossesse et les manifestations physiques et psychologiques liées au déroulement normal de la grossesse ainsi que les signes d'alerte.

b. Analyse des thèmes abordés au cours du suivi.

Nous avons étudié à quelle fréquence les thèmes abordés de façon privilégiée au cours de l'entretien, étaient discutés finalement au cours du suivi global, entretien inclus. Ceci sur la population de femmes suivies par leur généraliste et se souvenant d'avoir bénéficié un entretien prénatal précoce avec lui.
Globalement les conditions de vie, la parentalité et la survenue de la grossesse restent des sujets pas ou peu discutés (respectivement dans 0%, 15,4% et 38,5% des cas).
En revanche les sept autres champs sont explorés dans plus de 60% des cas.

c. Confrontation avec la population suivie par le généraliste mais sans entretien.

Les facteurs de vulnérabilité sont recherchés de façon globalement similaire que le médecin généraliste utilise l'outil entretien prénatal précoce ou pas. Les deux thèmes pas ou peu abordés dans les deux cas sont les conditions de vie et la parentalité soit des facteurs psychologique et social. Les seules différences sont que la survenue de la grossesse est plus fréquemment discutée parmi les femmes qui n'ont pas le souvenir d'un entretien (dans 60% des cas versus 33,3% parmi celles ayant eu l'entretien). Et que les différentes modalités de déroulement de la grossesse sont abordés dans 91,7% des cas quand elles ont bénéficié de l'entretien contre 73,3% des cas quand leur suivi n'en comprenait pas.

2. Comparaison des contenus d'entretien suivant les professionnels.

Nous développons les contenus des entretiens réalisés par les sages-femmes, les généralistes et les gynécologues de ville.

Les entretiens les plus complets, si l'on considère le nombre de sujets discutés, sont ceux accomplis par les sages-femmes. Sur les dix thèmes, recouvrant les vulnérabilités, exposés dans le questionnaire, huit ont été abordés dans au moins 50% des cas.

Les entretiens réalisés par les gynécologues de ville et les médecins généralistes sont globalement superposables. Les divergences portent sur la situation familiale qui est plus fréquemment étudiée par les gynécologues de ville que par les généralistes (dans 66,7% des cas versus 30,8%). Alors que ces derniers abordent plus volontiers les différentes modalités du déroulement de la grossesse et les manifestations physiques et psychologiques liées à une grossesse normale ainsi que les signes d'alerte (respectivement 69,2% versus 55,6% et 76,9% versus 55,6% des cas).

Toutes catégories de professionnels confondues : les aspects les plus explorés, sont d'ordre médical : les différentes modalités de déroulement de la grossesse, les manifestations physiques et psychologiques liées à une grossesse normale et les signes d'alerte. Les thèmes peu ou pas abordés concernent les conditions et le mode de vie et la parentalité. Donc ceux d'ordre psychologique et social.
Certaines questions ne semblent pas avoir été posées par les généralistes au cours de l'entretien prénatal précoce, alors qu'elles le sont dans plus de 50% des cas par les sages-femmes et les gynécologues de ville : la situation familiale de la future mère, la survenue de la grossesse, et toutes les questions que se pose la femme enceinte ou son conjoint.
La situation professionnelle et le projet de naissance sont l'objet de l'attention des professionnels dans 50% des cas environ, les pourcentages des sages-femmes étant toujours supérieurs à ceux des gynécologues de ville et des médecins généralistes.

3. La perception des femmes au cours de leur suivi de grossesse.

-2 personnes parmi les femmes suivies par un gynécologue de ville uniquement et n'ayant pas le souvenir d'avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce, n'avaient pas eu le sentiment d'être prise en compte comme Femme, mais plutôt comme une malade, au cours de leur grossesse.
Ce qui représente 2,2% de la population totale étudiée.

-3 femmes, suivies exclusivement par leur médecin généraliste pour leur grossesse et sans souvenir d'un entretien, déclarent la même chose.
Elles représentent 3,3% de la population totale étudiée.

2.Limites méthodologiques.

A. Biais inhérents au recueil des données.

Compte tenu du nombre de questionnaires recueillis, les résultats indiquent une tendance mais ne sont pas statistiquement significatifs.

Le recueil des données a été réalisé à l'aide de questions fermées, utilisées dans le but de simplifier le traitement des réponses, qui ne permettent pas une collection exhaustive des informations.
Ainsi il aurait mieux valu demander l'âge exact des femmes au lieu d'imposer des catégories afin de refléter au mieux les caractéristiques de l'échantillon par rapport à la population générale.
De même le dernier item, au sujet de la perception des femmes en tant que malades ou en tant qu'être humain vivant un phénomène naturel pendant le suivi, aurait pu faire l'objet d'une question ouverte concernant plus largement le ressenti des femmes par rapport à leur suivi de grossesse et éventuellement leur entretien.

La formulation de certaines questions aurait pu induire des biais de confusion également.

Les questions 4, 5 et 7 auraient pu être libellées plus clairement et être regroupées afin de faciliter l'interprétation des résultats ;
Nous aurions ainsi pu débuter par la question du professionnel en charge du suivi de la grossesse, en stipulant jusqu'au 7ème mois. Peut-être aurions-nous limité le nombre de suivi multiple.
Ensuite nous aurions demandé si ce même professionnel avait réalisé un entretien du 4ème mois, même si l'expression est aujourd'hui erronée, elle reste plus « parlante » dans l'esprit des femmes interrogées. De plus cette question en aurait entraînée une autre : le professionnel en charge du suivi a-t-il délégué l'entretien à un autre intervenant ? Si oui, lequel ? Nous aurions alors pu conclure quant à la délégation de tâche.

Pour finir nous aurions pu faire la distinction, au sein des professionnels assurant le suivi, entre les sages-femmes libérales et hospitalières, ce qui aurait permis d'exploiter les résultats en fonction du mode d'exercice des professionnels (libéral ou salarié).

3.Discussion des résultats.

A. Caractéristiques des femmes interrogées.

1.L'âge.

Les résultats de l'enquête périnatale de 2003 [3] faisaient état d'un glissement de l'âge maternel vers un âge plus tardif, avec 45,3% de femmes entre 30 et 39 ans et seulement 33,3% de femmes âgées de 25 à 29 ans.
La population de notre échantillon ne correspond pas à ces moyennes nationales.
Une majorité de la population étudiée, 63 personnes soit 57,6% d'entre elles, avaient entre 21 et 30 ans.
Et 35 personnes, soit 38% seulement, étaient âgées de 31 à 38 ans.

2.La parité.

Toujours d'après l'enquête périnatale de 2003, la répartition en fonction de la parité était la suivante :
-43,7% de primipares.

-34,5% de 2ème pare.
-21,7% de 3ème pare et plus.
Notre échantillon là encore ne correspond pas à ces données nationales, il comportait plus de primipares, 48,9%, et moins de multipares (3 grossesses et plus) : 15,2%. La proportion de 2ème part est identique, 34,8% dans notre échantillon.

3.Les catégories socioprofessionnelles.

D'après le dernier recensement de la population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) de 2006, la population de femmes nantaises âgées de 20 à 39 ans (soit un total de 49994 femmes) est répartie suivant les catégories socioprofessionnelles de la manière suivante :
-0,02% sont agricultrices, exploitantes.
-1,1% sont artisans, commerçantes ou chefs d'entreprises.
-12% sont cadres et assimilées.
-23,2% ont une profession intermédiaire.
-30,9% sont employées.
-4,6% sont ouvrières.
-28,1% autres.
Notre échantillon, une fois de plus diffère de la population générale comparable (nantaises de 20 à 39 ans).
Les proportions d'agricultrices, artisans et ouvrières sont les mêmes, en revanche la distribution entre cadres, employées, professions intermédiaires et autres est significativement différente.

B. Pratique de l'entretien.

On note, en premier lieu, que la proportion de femmes suivies par leur généraliste dans notre échantillon est bien plus importante que les chiffres attendus d'après l'enquête périnatale de 2003, plus du double en réalité : au niveau national 15,4% des grossesses seulement étaient suivies par un médecin généraliste jusqu'au septième mois, contre 35,9% des femmes de l'échantillon.
Les chiffres de l'enquête nationale périnatale représentent une moyenne nationale sans être le reflet des diversités de densités médicales sur le territoire. Ce qui peut, en partie expliquer, cette disparité.

Le deuxième point, essentiel, des résultats de cette étude, est que notre hypothèse de départ semble fausse, l'outil « entretien prénatal précoce » est connu et utilisé par les médecins généralistes. En effet 18 femmes parmi les 33 suivies par leur généraliste pour leur grossesse, se souviennent d'avoir bénéficier d'un entretien, soit plus d'une sur deux.

Ce score (54,5%) place les généralistes en deuxième place parmi les professionnels qui proposent cet outil derrière les sages-femmes (58,3%) et devant les gynécologues de ville (43,5%) et les obstétriciens (36,4%).

Peut-être s'agit-il d'une spécificité nantaise, le réseau sécurité naissance des Pays de la Loire naître ensemble, étant très actif et ayant diffusé l'information largement par voie de courrier à l'ensemble des médecins de la région dès 2006 (Cf ANNEXE 2). Il a organisé également une journée d'information en 2007 [5] et un guide est à disposition sur le site internet du réseau.

Un groupe de travail avait tenté dès 2006 de définir des critères de repérage des femmes en situation de précaritéou de vulnérabilité sociale [31]. Et la même année dans le cadre d'un DES de gynécologie, un état des lieux de la mise en place de l'outil était réalisé [35].

Un an plus tard l'entretien est l'objet d'une thèse de médecine, DES de gynécologie médicale [40], qui insiste également sur l'impérative association avec un travail en réseau.

Toutefois, quelles qu'en soient les raisons, l'outil est répandu parmi les généralistes en charge du suivi des femmes interrogées.

Mieux dans 66,7% des cas l'entretien est réalisé par le généraliste lui-même.

Compte tenu du temps nécessaire à sa réalisation et de l'absence de rémunération en conséquence pour les professionnels libéraux, hors sages-femmes, nous pensions que s'il était connu, il serait largement délégué à ces dernières.

Nous avions eu, à ce propos, un entretien avec Mme Lecamp, sage-femme à la polyclinique de l'Atlantique. Elle nous avait expliqué que lorsque sa formation à cet outil (licence de psychologie et DU de maternologie en deux ans sous la responsabilité du Pr Delassus) lui avait permis d'accéder à un temps plein au sein de la maternité, elle avait adressé un courrier à tous les médecins de Loire-Atlantique (800 courriers) afin de les informer qu'elle réalisait cet entretien et qu'ils pouvaient lui envoyer leurs patientes.

Les obstétriciens de la clinique à qui nous avons parlé procèdent de cette façon.

De même, à la clinique Jules Verne, les patientes ont la possibilité s'il n'a pas été réalisé plus tôt d'avoir cet entretien au début de leur préparation à la naissance et à la parentalité.

Au CHU, la même organisation se met en place.

En réalité, dans notre échantillon, le taux de délégation de tâche est stable pour tous les professionnels, autour de 17,6% en moyenne : l'entretien a été délégué dans 17,4% des cas par le gynécologue de ville, dans 18,2% des cas pour les obstétriciens et les généralistes, dans 16,7% des cas par les sages-femmes.
On peut supposer qu'ils se sentent parfaitement légitimes et à l'aise avec cet outil. Ou bien que la délégation de tâche n'est pas une pratique bien diffusée parmi les professionnels de santé. Ou encore qu'ils n'ont pas connaissance du réseau de proximité. Peut-être que la transmission d'informations est un domaine encore sensible pour la plupart d'entre eux et qu'ils répugnent à augmenter le nombre d'intervenants dans l'intimité de leurs patients.
Il serait intéressant de faire une étude complémentaire à ce sujet.

C. Les vulnérabilités, thèmes de l'entretien, explorés grâce à l'outil ou bien au cours du suivi.

Comme nous l'avons vu précédemment, la fréquence à laquelle, au cours du suivi, sont abordés les thèmes de l'entretien prénatal précoce est la même que les médecins généralistes utilisent l'outil ou non.
Elle est d'ailleurs identique à celle des gynécologues de ville.
L'outil est donc utilisé, mais il ne change pas fondamentalement les sujets abordés, ou non, durant le suivi de grossesse.

Les sages-femmes ont un éventail plus complet de champs explorés que tous les autres professionnels.
Il faut dire que l'outil leur était principalement destiné et que leur formation initiale intègre désormais le développement des compétences requises pour son usage. L'entretien fait l'objet d'un certain nombre de mémoires dans cette discipline. Ils démontrent tous son utilité dans leur pratique [20] [39].
Par ailleurs, l'entretien prénatal précoce correspond à leur première prise de contact avec les femmes, du fait de leur champ d'intervention limité à la grossesse. Ce n'est pas le cas de la médecine générale ni de la gynécologie. La connaissance des vulnérabilités et des facteurs de risques des patients fait partie intégrante des compétences de la discipline médecine générale. L'approche doit être centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale (avec souvent suivi concomitant des enfants,du conjoint, voire des parents, suivi ultérieur de l'enfant à

naître) et communautaire. C'est un exercice spécifique qui s'inscrit dans la durée (avant, pendant et après la grossesse). On peut donc interpréter ces résultats comme une bonne connaissance préalable de la femme et de son « terrain » en médecine générale facilitant l'identification des besoins de la famille sans recourir à une exploration explicite.

Pour revenir aux thèmes eux-mêmes, certains sont unanimement peu ou pas abordés pendant le suivi, avec ou sans entretien. Il s'agit de la parentalité et du mode et des conditions de vie.
Cela peut sembler paradoxal puisque ces sujets d'ordre psychologique et social sont au cœur de la prévention souhaitée par les créateurs de l'outil.
En ce qui concerne les généralistes, il ressort de l'étude qu'ils ne posent pas non plus de questions sur la situation familiale, la survenue de la grossesse et qu'ils répondent moins à toutes les questions que se posent les patientes que les autres professionnels.

C'est ici qu'il faut se souvenir de la spécificité de la médecine générale : la position du médecin généraliste, médecin de famille, est justement souvent centrale dans la naissance d'une famille : jusqu'à récemment par la consultation prénuptiale puis la consultation pré-conceptionnelle, de même que le suivi de contraception, les consultations pour bilan d'infertilité et les différents certificats médicaux. Cette place particulière donne un accès direct à la plupart des vulnérabilités qui, bien qu'elles soient l'objet d'un surcroît de vigilance pendant la grossesse, sont une préoccupation majeure pour le praticien tout au long de la relation médecin patient.
Il nous semble malgré tout important de ne pas tenir ce que l'on croit savoir des patientes pour acquis et la grossesse, de part les modifications psychiques profondes qu'elle entraîne, peut être le moment propice pour rediscuter. Les femmes sont en période de transparence psychique, plus promptes à répondre aux questions plus personnelles et, devant la perspective d'un nouvel avenir, plus motivées parfois pour apporter des changements.
L'outil prend alors toute sa place.

D. Ressenti des patientes.

L'ensemble des patientes qui déclarent ne pas avoir eu le sentiment d'être prises en compte comme femmes mais plutôt comme des malades par le professionnel en charge du suivi, n'a pas le souvenir d'un entretien prénatal précoce cela représente 5,4% de la population étudiée.

Bien que les valeurs ne soient pas statistiquement significatives, on peut s'interroger sur une relation directe entre ces deux évènements. Il serait intéressant de l'étudier sur une plus grande population.
Nous souhaitons également pondérer ces résultats. Il s'agit d'une donnée subjective et cela ne signifie pas que l'entretien fasse la différence, toutefois il nous semble que les futures mères sont sensibles aux manifestations d'intérêt. C'est le sens des revendications du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Même si toutes les champs de vulnérabilité ont été explorés durant leur suivi de grossesse, il faut que les femmes en soient conscientes, et l'outil « entretien prénatal précoce » peut avoir aussi cette fonction : accorder à la patiente un espace visible, lisible, d'écoute et d'attention.

4.Conclusion.

Les résultats de notre étude sont encourageants du point de vue de l'exploration des vulnérabilités par les professionnels en charge du suivi de grossesse.
L'utilisation de l'outil « entretien prénatal précoce » à cet effet semble bien répandu, y compris chez les médecins généralistes, sans que cela modifie leurs performances en terme de contenu abordé.
Une étude sur une plus grande population permettrait d'établir s'il existe une différence significative de ressenti des patientes au sujet de leur suivi de grossesse selon qu'elles ont bénéficié d'un entretien ou non.
Une étude de plus grande ampleur et plus ciblée sur les 7 premiers mois de grossesse et la délégation de tâche trouverait ici aussi son intérêt.

Il serait maintenant intéressant de poursuivre ce travail par une étude auprès des médecins généralistes. Afin de déterminer, par exemple sur trois mois, combien de suivi de grossesse ils réalisent, ce qu'ils savent des vulnérabilités de ces femmes, s'ils ont l'intention d'aborder ces sujets, s'ils vont utiliser l'outil « entretien prénatal précoce », qu'en attendent-ils, vont-ils le déléguer ou le faire eux-mêmes et pourquoi.

CONCLUSION

La France a fait le constat, grâce à différentes enquêtes menées depuis 1995, de mortalités maternelle et périnatale plus élevées que ces voisins. Face à cet enjeu de santé publique, elle se fixe pour objectifs de déterminer les causes évitables et de mettre en œuvre de nouveaux moyens afin d'améliorer la situation.

Un facteur de risque commun à ces deux indicateurs périnataux est, entre autres, mis en évidence : l'insuffisance de suivi au cours de la grossesse, notamment au sein des populations les plus vulnérables.

Des missions ministérielles ont alors permis de comprendre l'intérêt d'outils qualitatifs, au rang desquels figure l'entretien prénatal précoce (EPP), dans une politique de prévention des complications de la grossesse, de l'accouchement et de la relation parent enfant.

Les médecins généralistes n'ont pas été consultés lors de l'élaboration de cet outil.

L'entretien doit permettre d'ouvrir le dialogue tôt dans la grossesse pour assurer la sécurité émotionnelle des parents, qu'ils se sentent en confiance avec le système de soins et donc mieux identifier ensemble leurs vulnérabilités. Il conditionne par conséquent un bon ajustement du suivi.

On attend des professionnels un certain état d'esprit lors de l'utilisation de cet outil, qui a fait l'objet d'une loi, de recommandations de la Haute Autorité de Santé, de guide et de référentiel d'utilisation.

Un avenant à la convention des sages-femmes libérales a été apporté fixant les honoraires pour cet entretien à 2,5C. Il n'y a pas d'équivalence pour les autres professionnels en charge des suivis de grossesse.

Les compétences requises pour l'entretien sont par ailleurs les mêmes que celles attendues pour l'exercice de la médecine générale. Dans les deux cas, une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire est indispensable. Cet outil paraissait adapté à la discipline mais peu connu.

Nous avons donc entrepris, de déterminer si l'entretien prénatal précoce était un outil utilisé par les médecins généralistes et dans quelle mesure son usage modifiait les pratiques. Nous avons également comparé avec les autres professionnels en charge des suivis de grossesse.

Cette étude a été conduite à l'aide d'un auto questionnaire destiné aux accouchées des maternités de Nantes.

Nous avons obtenu un échantillon de 92 femmes. Du fait de la taille de l'échantillon, les résultats ne sont malheureusement pas significatifs. Les caractéristiques de notre échantillon diffèrent des données nationales et locales. Nous avons un taux de grossesses suivies par un médecin généraliste de deux fois supérieur aux derniers résultats nationaux (dans 35,9% des cas). Ces femmes s'étaient vues proposer un entretien dans 54,5% des cas et 66,7% d'entre elles l'ont eu avec ce même généraliste.

L'entretien prénatal précoce est donc un outil connu et utilisé en médecine générale à Nantes. On constate, par ailleurs, toutes catégories de professionnels confondues, un taux stable de délégation de tâche (17,6% en moyenne).

L'exploration explicite des vulnérabilités au cours du suivi de grossesse n'est que partielle par les médecins généralistes comme par les gynécologues. Il faut toutefois replacer cette mission dans le contexte spécifique de la médecine générale : une continuité dans le suivi qui donne accès, préalablement à la grossesse, à bon nombre d'informations sur les thèmes abordés lors de l'entretien prénatal précoce.

Les patientes ayant un ressenti négatif de la perception de la grossesse par les professionnels n'ont pas le souvenir d'un entretien. Il serait intéressant pour en tirer des conclusions d'étudier la relation entre ces deux évènements à plus grande échelle.

Au total, même s'il n'est pas aussi contributif en médecine générale que pour les sages-femmes, cet outil reste un moyen, non seulement, de mettre à jour les informations concernant les familles et de ne pas méconnaître une fragilité, mais encore, de rendre la vigilance des professionnels plus patente aux yeux des femmes.

Une nouvelle étude pourrait être menée, afin de préciser auprès des généralistes leur mode d'exploration des vulnérabilités au cours de la grossesse, l'utilisation de l'outil « entretien prénatal précoce » et son intérêt dans leur pratique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Attal-Toubert K, Vandershelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Rapport de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, de l'Etude et de la Statistique (DREES), février 2009.

[2] Bataillon R, Samzun JL. Enquête relative au suivi des grossesses par les médecins généralistes. URML (Union régionale des médecins libéraux) de Bretagne, juin 2007.

[3] Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale 2003, Situation en 2003 et évolution depuis 1998. DGS, DREES, INSERM (Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé périnatale et Santé des femmes), février 2005.
Disponible à partir de : URL : « http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm »

[4] Bowlby J. Attachement et perte. PUF, coll. « le fil rouge », Paris 1978 (1ère édition) et 1984.

[5] Branger B, « Vulnérabilité, précarité, difficultés psychologiques : travaux du réseau » communication, Réseau Sécurité Naissance Naître ensemble en Pays de la Loire, octobre 2006.
Disponible à partir de : URL : « http://www.reseau-naissance.com »

[6] Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité : Vingt propositions pour une politique périnatale. Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.
Disponible à partir de : « http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/perinatalite.pdf »

[7] Bydlowski M. La transparence psychique de la femme enceinte. In Mazet P, Lebovic S., Psychiatrie périnatale. Paris, PUF, 1998.

[8] CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance). Plate-forme de propositions en quarante points. Etats Généraux de la naissance, juin 2003.

[9] CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance). Les usagers s'organisent pour contribuer à améliorer les conditions de naissance en France . Octobre 2003.

[10] Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

[11] Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Agir aux racines de la violence (contribution à l'exercice de préparation de la Loi d'orientation en santé publique). Mars 2003.

[12] CNEMM (Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle). Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Invs (Institut national de veille sanitaire), INSERM, décembre 2006.

[13] Code de la Santé publique. Loi n°2007-293 du 05-03-2007 article R2112-1 relative à la Protection de l'enfance.
Disponible à partir de : URL : « http://legifrance.gouv.fr

[14] Cours des comptes. « La politique de périnatalité », Rapport 2005.
Disponible à partir de : URL :
« http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/rp2005/perinatalite.pdf ».

[15] DREES (Direction de la Recherche, de l'Evaluation, de l'Etude et de la Statistique). La situation périnatale en France en 2003 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Mars 2005.

[16] Dugnat M, Douzan M. Pas de zéro de conduite pour les femmes enceintes et les fœtus de 3 mois : pour un entretien prénatal « prévenant ». Revue Spirale n°41, 2007.

[17] Etats généraux de la naissance. Conclusions. 6 juin 2003.

[18] Foix-L'Hélias L, Ancel PY, Blondel B. Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 : 55-65.

[19] Gerard M. Pratiques de l'entretien prénatal précoce au CHU de Nantes. Réseau Sécurité Naissance Naître Ensemble, journée du 5 octobre 2006.
Disponible à partir de : URL :
http://www.reseau-naissance.com/medias/pratiques_chunantes.pdf

[20] Glemin V. L'entretien du quatrième mois de grossesse. Memoire de Sage-Femme, Université d'Angers, 2006.

[21] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (Recommandations pour la pratique clinique). Saint Denis la Plaine : HAS, 2005.

[22] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (Argumentaire). Saint Denis la Plaine : HAS, 2005

[23] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (Fiches de synthèse). Saint Denis la Plaine : HAS, 2005

[24] Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. Saint Denis la Plaine : HAS, 2005

[25] Ministère des affaires sociales, de la santé, de la ville, Haut Comité de Santé Publique (HCSP). La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Janvier 1994.

[26] Molénat F. La collaboration médico-psychologique en périnatalité (Rapport à la DHOS). Janvier 2004.

[27] Molénat F. Naissances, pour une éthique de la prévention. Toulouse, Eres, 2001.

[28] OMS (Organisation Mondiale pour la Santé). Pour un système de santé plus performant (Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : tableau 1 de l'annexe statistique « Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997) p. 174. 2000.

[29] Panchet-Traversat AF. Comment se prépare-t-on à la naissance et à l'accueil de l'enfant ?. Revue Actualité et Dossier en Santé Publique (ADAP) n°61-62, décembre 2007-mars 2008.

[30] Papiernik K. Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP). La Presse Médicale, 1969.

[31] Philippe HJ et coll. Propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité ou en situation de vulnérabilité sociale. Compte rendu de la réunion du groupe de travail « grossesse et précarité », mars 2006.

[32] Pierrehumbert B,et coll. Théorie de l'attachement et parentalité. In Dugnat M. Devenir père, devenir mère. Erès, 1999.

[33] Plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 », février 2005.

[34] Plan Périnatalité 2005-2007, « Humanité, proximité, sécurité, qualité », novembre 2004.

[35] Proust S, Philippe HJ. Etat des lieux de la mise en place de l'entretien prénatal précoce au niveau régional et national. Mémoire de DES de gynécologie-obstétrique, Université de Nantes, octobre 2006.

[36] Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre (rapport à la Direction Générale de la Santé), 2006.

[37] République Française. Avenant à la convention des sages-femmes libérales du 21 novembre 2004. JO n°271 du 21/11/04 p. 19636.

[38] Schauder C. L'entretien systématique du quatrième mois de grossesse : vers une nouvelle police des familles. Revue Spirale n°61-62 décembre 2007-mars 2008.

[39] Veschambre C. L'entretien du quatrième mois de grossesse : une amélioration pour la prise en charge des femmes enceintes ? Mémoire Sage-Femme, Université de Nantes, 2007.

[40] Vieillard-Baron Chauvet A. La prévention globale en périnatalité. Quelle place pour un entretien prénatal précoce ? Thèse :Med : Université de Nantes, janvier 2007, n°101.

[41] WONCA. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. Wonca Europe 2002.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ACCOUCHEES :

1) Quel est votre âge ?

☐ <18ans
☐ 18-20ans
☐ 21-30ans
☐ 31-38ans
☐ >38ans

2) Cette grossesse était ?

☐ la 1ére
☐ la 2ème
☐ la 3ème et plus

3) Votre catégorie socio professionnelle ?

☐ agriculteur exploitant
☐ artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐ ouvrier
☐ employé
☐ cadres et professions assimilées
☐ professions intermédiaires
☐ autre

4) Avez-vous le souvenir d'avoir bénéficié d'un entretien (= discussion), prénatal précoce (= au début de la grossesse)?

☐ oui
☐ non

5) Par qui ?

☐ sage femme
☐ généraliste, médecin traitant
☐ gynécologue de ville
☐ obstétricien

6) Pendant votre suivi de grossesse, les sujets suivants ont-ils été abordés ?

	OUI lors d'un entretien spécifique	OUI en dehors d'un entretien spécifique	NON
a) votre situation professionnelle			
b) votre situation familiale			
c) vos conditions de vie			
d) la survenue de cette grossesse			
e) votre mode de vie			
f) votre positionnement par rapport à la parentalité			
g) les différentes modalités de déroulement de votre grossesse			
h) Votre projet de naissance			
i) Les manifestations physiques et psychologiques liées au déroulement normal de votre grossesse et les signes qui doivent vous alerter et vous amener à consulter			
j) toutes les questions que vous vous posez			

a) exemples : **vous a-t-on demandé si vous étiez :**
Active ? En recherche d'emploi ? Au RMI ? En situation de précarité ?
Vos horaires, pénibilité du travail ?
Mode et durée du transport ?
Exposition éventuelle à des solvants ou des radiations ?

b) exemples : **vous a-t-on demandé si vous étiez :**
En couple ?
Vos relations actuelles avec votre conjoint ?
Violence conjugale ?
Maman célibataire, isolée, entourée, parents, amis, communauté…?

c) exemples : **vous a-t-on demandé :**
Votre type de logement : précarité, salubrité, chauffage ?

d) exemples : **vous a-t-on demandé si votre grossesse est :**
Spontanée ?
Faisant suite à une ou des fausses couches ou à une ou des interruptions de grossesse ?
Médicalement assistée, accidentelle, non désirée…?

e) exemples : **vous a-t-on demandé si vous consommiez :**
Tabac, alcool, toxiques, sommeil, alimentation…?

f) exemples : **vous a-t-on demandé si vous étiez :**
Déjà parent ?
Comment ça se passe avec vos autres enfants ?
Quel rôle voulez-vous avoir pour le bébé à venir ?
Quelle place va t-il avoir dans votre vie (physique : dans votre environnement et quels aménagements éventuels vont en découler ? et psychologique ?)

g) exemples : **vous a-t-on informé de :**
La préparation à la naissance ?
Le type de suivi en fonction des complications potentielles de la grossesse, le libre choix du suivi en ville ou à l'hôpital…?
Les indications du niveau de la maternité, la possibilité de transfert…?

h) exemples : **vous a-t-on demandé si :**
Vous souhaitiez une péridurale ou pas ?
La présence ou non du papa ?
Vos souhaits concernant le travail ? La position dans laquelle vous souhaitez accoucher … ?

i) exemples : vous a-t-on parlé de :
La prise de poids, la persistance des signes « sympathiques » de grossesse c'est à dire les nausées, vomissements, fatigue intense, les douleurs sus pubiennes en fin de journée, les contractions, les angoisses et cauchemars…?

7) Par qui avez-vous été suivie pendant cette grossesse ?

- ☐ généraliste, médecin traitant
- ☐ sage femme
- ☐ gynécologue en ville
- ☐ obstétricien

8) Avez-vous eu le sentiment d'être prise en compte comme Femme, et pas seulement comme une « malade » par les professionnels, pendant votre grossesse ?

- ☐ oui
- ☐ non

ANNEXE 2

Réseau
Sécurité Naissance – Naître ensemble
Pays de la Loire

Entretien individuel de début de grossesse

Madame, Monsieur, cher confrère,

Le plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » a prévu de mettre en place un **entretien individuel de début de grossesse**, dit « du 4ème mois » mais qui peut avoir lieu à tout moment.
Cet entretien doit être proposé **en complément du suivi médical** de la grossesse et de la préparation à la naissance. La durée est d'au moins 45 mn.
Il a pour objectif de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets de la femme et du couple, et de donner les informations utiles au déroulement de la grossesse.
En particulier, il peut être l'occasion d'aborder les questions relatives à l'environnement psycho-social de la grossesse telles que les conduites addictives, les situations de précarité et de vulnérabilité.
Nous vous encourageons à **informer les femmes et les couples de la mise en place de cet entretien**, et des lieux où il est proposé (cabinets libéraux de médecins et de sages-femmes, PMI, maternités….).
Vous pouvez vous mettre en relation avec le Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire pour de plus amples informations et sur le site internet www.reseau-naissance.fr. Des brochures d'information pour les mères et les couples peuvent vous être adressées. Par ailleurs, nous joignons un extrait du Plan de Périnatalité de novembre 2004 à la page suivante (voir rapport complet au http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf)
Vous souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur et cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Chef de service Cadre sage-femme

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

RESUME :

Les mortalités périnatale et maternelle en France sont plus élevées que chez nos voisins européens. Ceci est partiellement dû à un suivi insuffisant des grossesses, surtout dans les populations vulnérables. Dans la première partie de ce travail, nous effectuons un historique de la création de l'outil « entretien prénatal précoce », destiné à améliorer la qualité des suivis de grossesse, en assurant la sécurité émotionnelle des parents et en permettant aux professionnels de cibler leur accompagnement. Ensuite nous expliquons en quoi les aptitudes fondamentales à la médecine générale rendent, en théorie, aisé son usage. Toutefois cela n'a pas encore été évalué en pratique.

Donc dans une deuxième partie nous rendons compte de notre étude, réalisée par auto questionnaire auprès des accouchées des maternités de Nantes entre août et septembre 2009. 92 femmes y ont répondu, les résultats font l'objet d'une discussion. Le point de vue des médecins généralistes sur l'intérêt de cet outil pour leur pratique reste à évaluer.

||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||

MOTS-CLES

Entretien prénatal précoce – Prévention périnatale – Vulnérabilités - Suivi de grossesse – Médecins généralistes – Etude descriptive