



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Comparaison des pratiques
de l'entretien prénatal individuel
à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy
au regard des recommandations*

Mémoire présenté et soutenu par

Julie Noël

Promotion 2009

DIRECTUR DE MEMOIRE:

Madame Galliot,
Sage-femme cadre supérieur enseignante,
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

EXPERT:

Madame Girardin,
Sage-femme cadre supérieur, responsable qualité et gestion des risques,
Maternité Régionale Universitaire de Nancy

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Sommaire | 3 |
| Préface..... | 6 |
| Introduction | 7 |
| | |
| Partie 1 Mise en place de l'entretien..... | 8 |
| 1. CONTEXTE | 9 |
| 1.1. Textes à l'origine du Plan Périnatalité 2005-2007 | 9 |
| Le concept de santé globale | 9 |
| Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) | 9 |
| Le Plan Périnatalité 1995-2000..... | 10 |
| Les décrets périnatalité n°98-899 du 9 octobre 1998..... | 10 |
| La loi du 4 mars 2002 | 10 |
| Les vingt propositions pour une politique périnatale [25] | 10 |
| La circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 [7]..... | 11 |
| 1.2. Plan Périnatalité 2005-2007 [2] | 11 |
| 1.2.1 Plus d'humanité | 11 |
| Par la mise en place d'un entretien individuel du 4ème mois. | 11 |
| Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. | 12 |
| Par la participation des usagers..... | 12 |
| 1.2.2. Plus de proximité | 13 |
| Par le développement des réseaux en périnatalité..... | 13 |
| Par le renfort et l'extension du rôle de Centres Périnataux de Proximité..... | 13 |
| Par le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). | 13 |
| 1.3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS): comment mieux informer les femmes enceintes? (2005) [3]..... | 14 |
| 1.4. Recommandations de la HAS: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (2005) [3] | 14 |
| | |
| 2. L'ENTRETIEN EN PRATIQUE | 15 |
| 2.1. Les objectifs de l'entretien..... | 15 |
| 2.2. Les thèmes à aborder..... | 15 |
| 2.3. Un temps pour l'EPI | 16 |
| 2.4. Le rôle du professionnel..... | 17 |
| 2.5. La transmission des informations | 17 |
| | |
| 3. L'ENTRETIEN EN QUESTION | 19 |
| 3.1. Ce que l'entretien ne doit pas être | 19 |
| 3.2. Les dérives de l'entretien..... | 19 |
| 3.3. Quelques enquêtes déjà réalisées | 20 |
| 3.3.1. Enquête nationale périnatale [9]..... | 20 |
| 3.3.2. L'enquête du Réseau Périnatal lorrain [21] | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3.3. Enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) | 21 |
| 3.3.4. Les patientes parlent de l'EPI..... | 21 |
| 4. A LA MATERNITE REGIONALE univrsitaire de nancy | 22 |
| 4.1. Historique en Meurthe-et Moselle | 22 |
| 4.2. Mise en place à la MRU..... | 22 |
| 4.3. Sa synthèse..... | 23 |
| 4.4. Les chiffres..... | 24 |
| 4.5. Des hypothèses..... | 24 |
| | |
| Partie 2 | 26 |
| 1. ENQUÊTE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE LA MRAP | 27 |
| 1.1. Objectifs | 27 |
| 1.2. Méthode | 27 |
| 1.3. Population étudiée..... | 27 |
| 1.4. Description des données collectées..... | 28 |
| 1.5. Recueil des données | 28 |
| 1.5.1. Les sages-femmes du service de consultations externes..... | 28 |
| 1.5.2. Les sages-femmes du service ante natal..... | 30 |
| 1.5.3. Les sages-femmes de salle de naissance | 31 |
| 1.5.4. Les sages-femmes du secteur mère-enfant..... | 32 |
| 1.5.5. Les obstétriciens..... | 33 |
| | |
| 2. REVUE DE DOSSIERS | 35 |
| 2.1. Objectif..... | 35 |
| 2.2. Échantillon | 35 |
| 2.3. Méthode | 35 |
| 2.4. Recueil des données | 35 |
| 2.4.1. La synthèse..... | 36 |
| 2.4.2. La parité | 36 |
| 2.4.3. L'âge gestationnel..... | 37 |
| 2.4.4. Le suivi de grossesse..... | 37 |
| 2.4.5. Contexte de l'entretien..... | 38 |
| 2.4.6. Les items renseignés | 38 |
| | |
| Partie 3 | 40 |
| 1. ANALYSE DES ENQUETES | 41 |
| 1.1. Difficultés rencontrées | 41 |
| 1.2. Pratique de l'entretien..... | 41 |
| 1.3. Contenu de la synthèse..... | 42 |
| 1.4. Utilisation de la synthèse | 42 |
| 1.5. Information des patientes | 43 |
| | |
| 2. DYSFONCTIONNEMENT CONSTATE..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1. Manque d'intérêt des professionnels pour l'EPI | 44 |
| 2.2. Information des patientes | 44 |
| 2.3. Problème du suivi de l'EPI | 45 |
| 2.4. Coût de l'EPI | 45 |
| 3. PROPOSITIONS POUR DEVELOPPER L'EPI | 46 |
| 3.1. Information des professionnels | 46 |
| 3.2. Information des patientes | 46 |
| 3.3. Évaluation | 47 |
| 4. PROPOSITIONS D'AMENAGEMENT DE L'EPI..... | 48 |
| 4.1. Suivi de grossesse alterné | 48 |
| 4.2. Temps de consultation augmenté..... | 48 |
| Conclusion..... | 49 |
| Bibliographie | 50 |
| TABLE DES MATIERES | 53 |
| ANNEXE 1..... | 56 |
| ANNEXE 2..... | 58 |
| ANNEXE 3..... | 59 |
| ANNEXE 4..... | 61 |

PREFACE

Aujourd'hui, l'évolution de la société fait que la notion de famille soudée, qui entoure et soutient la future puis nouvelle maman n'a plus l'importance qu'elle avait autrefois. Les femmes sont plus souvent isolées puisque leurs mères, sœurs, amies, voire mari, travaillent et sont moins disponibles. Ainsi pourrait s'expliquer ce besoin qu'ont les femmes, d'un soutien empathique plus important de la part des professionnels de la naissance. La sage-femme a en quelque sorte un rôle de « maternage », un rôle de repère pour la femme. L'émergence de la fonction de « coach » ou autres techniques de développement personnel fait également penser au rôle que l'on pourrait attendre de la sage-femme.

Par ailleurs, nous vivons dans une société où l'on idéalise la maternité qui ne devrait procurer « que du bonheur ». Dans le climat d'instabilité financière et professionnelle, le taux de fécondité augmente et dépasse deux enfants par femme. Ainsi, la femme et/ou le couple qui ne ressent pas ce complet bien être en attendant ce bébé peut se poser des questions et se trouver en situation de vulnérabilité, tant morale que matérielle. La vulnérabilité est définie comme une caractéristique principalement psychologique, qui signifie être dans une condition non protégée, et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstances physiques, psychologiques et sociologiques. Justement, cet état peut être ressenti lors des grands changements physiques, psychiques et sociaux engendrés par la grossesse. Il paraît de ce fait impensable de ne pas prendre en considération toutes ces caractéristiques d'une femme enceinte. Nous allons ainsi expliquer comment et par quelle mesure la prise en compte de ces caractéristiques a été conduite, puis nous ferons un état des lieux de cette pratique.

Introduction

Depuis de nombreuses années, l'objectif des politiques publiques en faveur de la périnatalité est de sécuriser le suivi de grossesse afin de réduire les pathologies et ainsi d'abaisser la mortalité périnatale. Cependant, en voulant se protéger au maximum des risques de santé, le caractère naturel de la grossesse et son suivi personnalisé ont peut-être été un peu négligés. La prise en charge périnatale est donc principalement médicale alors que de nombreuses pathologies trouvent leur origine dans des problèmes d'ordre social ou d'ordre psychologique. De plus, l'hypermédicalisation de la grossesse normale peut entraîner des effets iatrogènes. A partir des années 90, d'ailleurs, on commence à évoquer la santé globale de la femme enceinte. Justement, c'est dans cette optique que l'Entretien Périnatal Individuel ou en couple (EPI) a été élaboré. Il a pour objectif de prendre en compte les besoins, les attentes, les émotions des futurs parents, lors de ce moment de grande réorganisation psychique et sociale qu'est la grossesse.

Mis en place officiellement et de façon systématique par le Plan Périnatalité 2005-2007, l'EPI ne semble pas complètement intégré dans le suivi de toutes les femmes enceintes aujourd'hui. A la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRU), le département d'information médicale a enregistré 541 EPI réalisés pour 3243 accouchements, soit 16,7%. Bien que ce chiffre ne soit pas exhaustif, on constate que le nombre d'EPI est bien inférieur au nombre d'accouchements. Comment expliquer ce constat? Le problème vient-il d'un manque d'information des professionnels? Ne sont-ils pas convaincus de son intérêt? N'informent-ils pas les patientes de son existence? Ou bien les femmes le refusent-elles?

La première partie de ce travail sera consacrée à la présentation du contexte de la mise en place de l'entretien en détaillant les textes qui y ont conduit, à l'explication de sa réalisation, et à l'état des lieux de sa pratique à la MRU.

La deuxième partie sera consacrée aux enquêtes: l'une est un recueil d'opinion auprès des professionnels, l'autre est une revue de dossiers qui analyse la rédaction des synthèses de l'EPI dans les dossiers médicaux.

Enfin, la troisième partie tentera d'expliquer pourquoi si peu d' EPI sont réalisés, et de proposer quelques solutions pour améliorer la qualité de l'information autour de cet entretien.

Partie 1

Mise en place de l'entretien

1. CONTEXTE

Le suivi de grossesse comprend sept consultations médicales avec des objectifs ciblés et un certain nombre d'actes techniques (examens physiques, sérologies, échographies...). Or, le temps imparti pour chaque consultation est de 15 minutes pour un médecin et de 30 minutes pour une sage-femme, à la MRAP. Il est alors souvent difficile pour la femme ou le couple de s'exprimer sur la préparation de l'arrivée de leur enfant ou sur divers sujets personnels.

1.1. Textes à l'origine du Plan Périnatalité 2005-2007

Le concept de santé globale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1952 le concept de santé comme « un état de parfait bien-être physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité physique ».

Puis, lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986, la Charte d'Ottawa stipule que « la santé est un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».

Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP)

Le HCSP établit en 1994 un rapport visant à améliorer la sécurité et la qualité de la naissance et de la grossesse, dans lequel est soulignée la nécessité de développer et d'améliorer le système d'information périnatale. Sans parler d'EPI, il préconise une prise en compte des dimensions psychologiques, sociales et culturelles liées au suivi de la grossesse et de la naissance.

Le Plan Périnatalité 1995-2000

Établi à la suite du rapport du HCSP, il a pour objectif premier de sécuriser la naissance. Il prévoit de restructurer les maternités en fermant les plus petites d'entre elles et de créer des réseaux, afin de diminuer la mortalité maternelle de 30% et la mortalité périnatale de 18%. Il comporte également un volet prévention qui sera « négligé », d'après le rapport de la cour des comptes intitulé « La politique de périnatalité » paru en 2006 [4].

Les décrets périnatalité n°98-899 du 9 octobre 1998

Ils suggèrent de transformer la première séance de préparation à la naissance en un entretien individuel, afin « d'ouvrir la voie vers une meilleure prévention ». Celui-ci serait proposé systématiquement à l'issue de la première consultation de déclaration de grossesse.

La loi du 4 mars 2002

Autrement appelée « loi Kouchner », elle reconnaît et précise les droits des personnes en relation avec le système de santé. Elle rééquilibre les relations entre le professionnel et l'utilisateur en faisant de lui un véritable acteur de santé: elle suggère son expression et sa participation, et l'écoute des professionnels. Ainsi, le professionnel a le devoir d'assurer la qualité et la sécurité des soins en se soumettant à l'accréditation et à la certification.

Les vingt propositions pour une politique périnatale [25]

En 2003, les Professeurs Bréart, Puech et Rozé rédigent vingt propositions pour une politique périnatale, à la demande du ministre de la santé de l'époque. La troisième, intitulée « pour une prise en charge psychosociale » définit l'entretien du 4^{ème} mois comme « un outil de dépistage majeur car il ouvre le dialogue, crée un climat de confiance et ainsi permet de dépister toute forme d'insécurité ». Il doit permettre la mise en place d'un réseau de praticiens selon les besoins de la femme. La sage-femme est considérée comme la plus compétente à sa réalisation.

La circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 [7]

Issue du rapport écrit par Mme Molénat, pédopsychiatre au CHU de Montpellier, la circulaire affirme que les parents n'ont pas le temps de s'exprimer lors des consultations médicales classiques trop courtes et surtout ne se doutent pas que leur ressenti émotionnel peut intéresser le praticien. Elle va plus loin en expliquant que les « messages de santé publique » ne peuvent pas être intégrés si la patiente ne s'est pas confiée sur la venue de son enfant. Ainsi, elle prône la mise en place de L'EPI, qu'elle définit comme un outil à l'ouverture du dialogue et au recueil des facteurs de vulnérabilité. De plus, Mme Molénat estime que la mise en place de réseaux de proximité est la seule solution pour permettre une bonne collaboration et éviter le suivi par une succession de spécialistes.

1.2. Plan Périnatalité 2005-2007 [2]

Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale P. Douste-Blazy a annoncé le 10 novembre 2004 la mise en œuvre d'un plan d'actions visant à « moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance » intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». Ce texte conceptualise les réflexions et avancées citées ci-dessus.

1.2.1 Plus d'humanité

Par la mise en place d'un entretien individuel du 4ème mois.

Après le constat des usagers du système de soin et de certains professionnels que « la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante » [2] , un entretien est mis en place en début de grossesse. Il a pour objectif d'instaurer un dialogue entre le professionnel et le couple qui peut ainsi confier ses attentes et ses besoins précocement. Son coût s'élève à 26 millions d'euros sur 3 ans. La sécurité sociale s'engage à financer 2,5 consultations de sages-femmes pour ce premier entretien, qui doit durer 45 minutes.

Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance.

Comme le souligne Madame Molénat, le plus important est d'assurer la sécurité émotionnelle aux futurs parents et de leur faire acquérir et maintenir la confiance dans le système. Ainsi, le couple peut se confier et la prévention des troubles de la relation parent-enfant et du développement de l'enfant est renforcée. Ces propos sont rapportés dans les circulaires DHOS de 2005 sur la collaboration entre les acteurs du champs psychique et de la périnatalité [7].

Si la sécurité de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe par celle des professionnels. Il est alors également prévu d'organiser des rencontres interprofessionnelles afin de former à l'entretien et de permettre une réflexion commune avec reprise des cas difficiles. Un réseau de professionnels cohérent de l'ante natal au post natal et centré sur chaque famille qui le souhaite.

Par la participation des usagers.

En rendant les usagers acteurs de leur santé, on les rend moins vulnérables. Ainsi, la création des Commissions Régionales de la Naissance (CRN) en 1999 leur a permis de s'impliquer dans l'élaboration et l'évaluation de la politique de périnatalité. Par ailleurs, les Schémas Régionaux de l' Organisation des Soins (SROS) sont élaborés en collaboration avec les usagers.

Le nouveau plan souhaite également d'avantage de participation au plan national: il prévoit la mise en place d'une Commission Nationale de la Naissance (CNN).

Par une information complète et continue.

Tout d'abord au sein des réseaux de périnatalité: les futurs parents doivent être informés de l'ensemble des professionnels, des maternités, et des modalités de prise en charge qui leur sont offertes, afin d'avoir un libre choix.

Puis, l'information s'effectue grâce au carnet de santé de maternité édité par le Conseil Général (en Meurthe-et-Moselle) et remis gratuitement à toutes les femmes enceintes lors du premier examen prénatal. Il contient des messages d'éducation à la santé nécessaires au bon déroulement de la grossesse et au bon développement de l'enfant. Il

permet aussi le partage d'informations entre les professionnels du réseau, indispensable à un suivi de grossesse cohérent, notamment la synthèse de l'EPI.

1.2.2. Plus de proximité

Par le développement des réseaux en périnatalité.

L'objectif principal de cette mesure est de créer une « communauté périnatale » entre les différents professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau autour du couple et de l'enfant à venir. La coopération doit se faire entre les hôpitaux dans le cadre des transferts mais aussi entre la ville, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'hôpital, afin d'assurer une prise en charge globale du suivi de grossesse.

La notion de réseau trouve son importance dans le cadre de l'EPI qui peut être réalisé par une sage-femme de PMI ou une sage-femme libérale. Cette dernière doit pouvoir transmettre aux autres praticiens les informations nécessaires à un suivi continu et coordonné de la patiente.

Par le renfort et l'extension du rôle de Centres Périnataux de Proximité.

Créés par les décrets de 1998 suite à la fermeture des maternités réalisant moins de 300 accouchements, ils organisent des EPI, des consultations prénatales, de gynécologie, de rééducation périnéale et de pédiatrie. Ils garantissent aux femmes un suivi de qualité en proximité.

Par le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

C'est un service public gratuit, accessible à tous sous aucune condition, et placé sous l'autorité du Président du Conseil Général. Il a notamment pour missions la planification et l'éducation familiale et des actions de prévention à domicile, comme par exemple l'EPI, pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans.

1.3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS): comment mieux informer les femmes enceintes? (2005) [3]

Ces recommandations visent à « permettre aux professionnels de santé de bien informer la femme enceinte et le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de grossesse et de la naissance ».

« Un entretien individuel ou en couple est systématiquement proposé au quatrième mois de grossesse. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé. Cet entretien fait partie des séances de préparation à la naissance. Il 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. La qualité des relations entre les parents et les professionnels pourrait influencer la qualité des liens ultérieurs avec l'enfant.

L'évaluation de la santé psychosociale doit être une préoccupation au cours de chaque consultation prénatale: l'ensemble des difficultés ne pouvant pas être détecté uniquement dans un entretien spécifique. »

1.4. Recommandations de la HAS: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (2005) [3]

Il y est rappelé que l'entretien doit permettre de présenter et de planifier les séances de PNP et que sa non-réalisation ne doit pas empêcher d'effectuer la PNP. Il peut avoir lieu à tout moment de la grossesse et peut être répété en particulier dans les situations difficiles.

Le futur père est encouragé à y participer.

2. L'ENTRETIEN EN PRATIQUE

2.1. Les objectifs de l'entretien

Ils sont définis par la Haute Autorité de Santé [3]:

- Établir une relation de confiance avec la femme et/ou le couple afin d'accéder au ressenti de la femme et/ou du couple et de consolider des liens.
- Repérer les situations de vulnérabilité et les facteurs de stress précocement.
- Présenter un dispositif de suivi de grossesse et le contenu des séances de préparation à la naissance.
- Situer dans ce dispositif les différents professionnels membres du réseau et préciser la manière de travailler avec eux.
- Informer sur les facteurs de risque, les comportements à risque et l'hygiène de vie.
- Identifier des besoins d'informations et des compétences parentales à développer ou à soutenir.
- Encourager à la participation aux séances de préparation à la naissance.
- Diminuer les effets négatifs des pratiques classiques (cloisonnement, manque de cohérence...).

2.2. Les thèmes à aborder

Il est important de rappeler que c'est la femme enceinte qui mène l'entretien et décide des thèmes abordés. La présence d'une grille de recueil de facteurs de risque pourrait conduire à une stigmatisation et donc à un sentiment de dévalorisation. Un entretien mené avec vigilance permettra de sentir le climat de la rencontre et de percevoir un éventuel malaise, plus qu'un simple interrogatoire systématisé.

Cependant, la HAS [3] donne une liste des principaux thèmes à aborder:

- « Qui est la femme enceinte, le couple »
- « Ce que la femme vit et a vécu »
- « Ce qu'elle ressent »

- « Ce qu'elle fait »
- « Ce qu'elle sait »
- « Ce qu'elle croit »
- « Se sent-elle menacée et par quoi »
- « Ce dont elle a envie »
- « Ce qu'elle veut connaître et apprendre »
- « Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

2.3. Un temps pour l'EPI

On sait que les transformations psychiques liées à la formation de la famille surviennent bien avant la naissance de l'enfant, au début de la grossesse. La prévention des troubles est donc importante: il faut essayer de déceler les facteurs qui pourraient entraîner des pathologies du lien parents-enfant suffisamment tôt, avant que les parents ne se sentent en échec. « Parler de l'enfant, c'est parler de ses parents et donc de prévention précoce en périnatalité », explique Michel Dugnat, pédopsychiatre à Avignon. Plus il est pratiqué tôt, plus il sera possible d'intervenir en temps utile. En outre, si des démarches sociales sont à entreprendre, mieux vaut le faire le plus tôt possible en début de grossesse.

Cependant, pour certains praticiens, d'une part s'il est pratiqué trop tôt, la femme pourrait avoir du mal à se sentir enceinte et donc à en parler, et d'autre part il y a un risque de sur investissement d'une grossesse qui ne se poursuivrait pas (fausses couches précoces).

Il est regrettable qu'aucune étude n'ait été réalisée afin de démontrer l'impact de l'EPI sur la prévention de l'apparition des troubles psychiques engendrés par la grossesse.

2.4. Le rôle du professionnel

Tout d'abord, qui pratique l'entretien? Puisque la grossesse n'est pas une pathologie et que l'EPI s'inscrit dans le cadre d'une démarche de prévention, il est mené par un professionnel de la grossesse tel qu'une sage-femme ou un obstétricien, et non par un psychologue ou une assistante sociale. Le médecin traitant qui connaît bien sa patiente pourrait être également bien placé. Cependant, ce sont les sages-femmes qui les pratiquent en majorité.

Le recours à un soutien psychologique pour la reprise des cas difficiles doit être possible. Le professionnel qui réalise l'entretien doit faire preuve d'empathie, d'écoute active, d'attitude encourageante non culpabilisante, de respect, afin que la femme se sente en confiance, soutenue sans a priori et puisse se livrer sans retenue. La communication humaine notamment « non verbale » est très importante.

L'EPI est l'occasion d'une information mutuelle: les futurs parents informent sur leurs attentes, leurs peurs, et sur la présence éventuelle d'un autre professionnel de confiance déjà engagé auprès d'eux.

Un « référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre » [8] a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé, par le Dr Molénat notamment.

La formation initiale des sages-femmes prévoit aussi d'aborder le contenu de l'entretien et son contexte: le réseau.

2.5. La transmission des informations

Comme nous l'avons vu, pour que les résultats des entretiens soient contributifs tout au long de la prise en charge, le professionnel doit avoir une bonne connaissance du réseau de proximité. Il est aussi important que le professionnel recueille la présence d'autres interlocuteurs avec lesquels la femme a noué des liens. Si on repère une situation de vulnérabilité, on propose, soit de la revoir, soit une visite chez un spécialiste (psychologue, psychiatre, assistante sociale, tabacologue, nutritionniste, etc.).

En rédigeant la synthèse de l'entretien, on note plutôt son ressenti puis le conseil donné, plutôt que le problème. Chaque fiche de liaison est adressée et personnalisée, avec l'accord des futurs parents.

Le Réseau Périnatal Lorrain a mis en place récemment une fiche de transmissions spécifique en trois exemplaires. Le premier est destiné à la patiente: elle pourra le présenter si elle le souhaite aux professionnels qu'elle rencontre. Le deuxième est destiné à la sage-femme ou au médecin qui a réalisé l'entretien, et le troisième est adressé au secrétariat du Réseau à des fins de statistiques. Ainsi, la femme est responsabilisée, et la transmission des informations échangées lors de l'EPI peut se faire au sein du réseau PMI/ville/hôpital.

Avant de transmettre une information, il est important que le professionnel se pose quelques questions: dans quel objectif? Qui vais-je aider? Quelles sont les retombées positives espérées? Le professionnel contacté est-il le bon? Les futurs parents sont-ils informés et d'accord pour que je transmette ces informations? Enfin, que vais-je dire et que vais-je garder pour moi? Tout ceci dans le but d'une gestion intelligente et respectueuse du secret professionnel.

3. L'ENTRETIEN EN QUESTION

3.1. Ce que l'entretien ne doit pas être

Le référentiel de formation à l'entretien du premier trimestre [8] précise ce que l'entretien ne doit pas être:

- Une consultation médicale supplémentaire,
mais une temps d'écoute et d'échange.
- Un dépistage de facteurs de risque,
mais l'occasion d'identifier ensemble les vulnérabilités et les potentialités.
- L'ouverture d'un dossier médical,
mais un apport supplémentaire à ceux qui suivent la grossesse.
- Un catalogue de conseils,
mais une information ciblée et personnalisée.
- Un entretien psychothérapeutique ou psychosocial
mais l'occasion de prendre en compte la psychologie de la grossesse.

3.2. Les dérives de l'entretien

Le but de l'EPI étant d'humaniser le suivi actuel, il est important que la femme enceinte se sente en confiance et non stigmatisée, afin de pouvoir créer une certaine proximité avec elle sans la stresser.

Certains pédo-psychiatres craignent que la systématisation de l'entretien soit perçue par les femmes comme un interventionnisme excessif et aboutisse à une « psychiatrisation » de la grossesse. Il est systématiquement proposé, mais pas obligatoire.

Aussi, la multiplication des intervenants peut être un facteur de stress, donc il paraît idéal qu'il soit réalisé par le professionnel qui suit la grossesse. Se confier sans retenue à quelqu'un d'inconnu peut être difficile pour certaines femmes, et au contraire

plus facile pour d'autres. Pour cette raison, il est essentiel de demander à la patiente ce qu'elle préfère.

Par ailleurs, à la suite de l'EPI, proposer à la patiente de rencontrer un autre professionnel peut s'avérer délicat. La connotation du « psy » est souvent mal vue et nécessite une acceptation du problème de la part de la patiente. Le recours à une assistante sociale ou à la PMI (pourtant destinée à tout public) est également perçu comme dégradant par certaines femmes. Pour faire accepter cette proposition, le professionnel doit être convaincu de son intérêt.

Souvent, l'EPI est fait en même temps que la consultation médicale du quatrième mois. Or, le fait de pratiquer un examen clinique pourrait entraîner une gêne qui empêcherait la femme de se sentir à l'aise. Mais il est possible au contraire que cela lui permette de se sentir proche physiquement et donc d'être davantage en connivence avec la sage-femme. A nouveau, il est important d'en discuter avec elle.

La présence de l'EPI ne doit pas autoriser le professionnel qui suit la grossesse à réaliser des consultations médicales plus rapides et/ou bâclées.

3.3. Quelques enquêtes déjà réalisées

3.3.1. Enquête nationale périnatale [9]

Réalisée en 2003 par l'INSERM, cette enquête témoigne d'une dégradation de certains indicateurs de la qualité de la prévention entre 1998 et 2003. Le nombre de femmes qui n'ont jamais consulté l'équipe de maternité ou qui n'ont pas eu de préparation à la naissance a en effet légèrement augmenté, alors que, dans le passé, l'évolution était très nettement en sens inverse.

3.3.2. L'enquête du Réseau Périnatal lorrain [21]

La commission prévention du Réseau Périnatal Lorrain a effectué en 2003 une étude de faisabilité de l'EPI. Une première enquête de satisfaction auprès de 307 femmes enceintes (71% d'entre elles ont répondu) y rapporte que 96% d'entre elles sont satisfaites de l'entretien, 59% le jugent souhaitable et 36% indispensable. Une deuxième enquête réalisée auprès de 73 sages-femmes a confirmé son intérêt: 94% le considèrent

nécessaire et souhaitable. Cependant, pour 39%, la généralisation de l'EPI est impossible par manque de temps et de disponibilité.

Il est intéressant de préciser que l'EPI a été systématisé au plan national après cette enquête.

3.3.3. Enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS)

Une enquête réalisée auprès de 2656 usagères des maternités en 2006 a révélé qu'une sur cinq d'entre elles sont pas ou peu satisfaites du suivi de grossesse. Elles sont particulièrement sensibles aux qualités humaines des professionnels de santé: l'écoute, l'accompagnement, le dialogue, les explications reçues. Par ailleurs, la part des femmes insatisfaites croît légèrement avec le niveau et la taille de la maternité.

3.3.4. Les patientes parlent de l'EPI...

« Pour une fois, je me suis sentie considérée comme une femme et pas comme un utérus. »

« J'ai vraiment pensé que je n'étais plus un numéro de dossier. »

« C'est un entretien très instructif qui déstresse. »

« C'est un entretien super sympa avec une sage-femme qui a répondu à toutes mes questions. »

« Entretien très intéressant car il soulève certains points auxquels on ne pense pas pendant la première grossesse et qui sont rarement abordés avec les médecins. »

Dans le cadre de la réalisation de son mémoire de sage-femme, A. Darquès a interrogé onze patientes à la suite de l'EPI: toutes sont très satisfaites de leur entretien, 64% le trouvent souhaitable, et 18% indispensable. [22]

4. A LA MATERNITE REGIONALE UNIVRSITAIRE DE NANCY

4.1. Historique en Meurthe-et Moselle

Il n'a pas fallu attendre le Plan Périnatalité pour la mise en place de cet entretien en Meurthe-et-Moselle. L'association syndicale des médecins et l'Office d'Hygiène Sociale témoignent déjà d'une volonté d'accompagnement spécifique des femmes enceintes et de la notion de partenariat appelée « entente ». (Jusqu'à la mise en œuvre de l'acte I de la loi de décentralisation, c'est l'association OHS qui gère les services de PMI.)

Un carnet de maternité est créé, il est remis d'abord par les « infirmières visiteuses » puis par les assistantes sociales. A partir de 1976, les sages-femmes de PMI prennent le relai et réalisent un entretien appelé « rencontre préalable précoce » en début de grossesse, soit à domicile, soit au centre médicosocial. Il est destiné à toutes les femmes sans distinction de statut socioéconomique et permet à 70 à 80 % des futures mamans de bénéficier d'un entretien.

Mais à partir de 1997, les caisses primaires d' Assurance Maladie décident la suppression de ce carnet, ce qui réduit considérablement le taux de réalisation d'entretiens, passé à 43% en 2003.

4.2. Mise en place à la MRU

La Maternité de Nancy est une maternité de niveau III qui comporte un service de consultations externes indépendant. Les EPI y sont réalisés depuis début 2004 avec l'aide du support du Réseau Périnatal Lorrain « votre santé, votre grossesse ». Toutes les sages-femmes du service ont reçu au préalable une formation à l'école des parents de Metz. Ainsi, 767 entretiens ont pu être menés cette année-là. A l'heure actuelle, l'école de sages-femmes de Nancy organise des formations à l' EPI qui comportent deux grands axes: le travail en réseau et la technique de communication.

Puis, un protocole est rédigé en février 2006. Celui-ci rappelle les objectifs de l'entretien, puis précise son organisation. Les patientes doivent en être informées par différents moyens: un document écrit est remis lors de la déclaration de grossesse, par les secrétaires à la prise de rendez-vous, par des affiches dans les salles d'attente et lors des inscriptions aux séances de préparation à la naissance. L'entretien doit durer de 45 minutes à une heure et est réalisé par les sages-femmes du service ou par l'obstétricien qui suit la grossesse. On observe en pratique qu'il est uniquement mené par les sages-femmes. Le support utilisé est la grille figurant dans le dossier obstétrical, elle permet d'évaluer les facteurs de vulnérabilité et d'assurer le suivi et les liaisons nécessaires au bon déroulement de la grossesse. La synthèse effectuée à l'issue de chaque EPI doit être notée dans le dossier médical et dans le carnet de maternité en accord avec les futurs parents.

Un autre protocole de mars 2006 intitulé « Aide méthodologique pour le suivi de la grossesse physiologique » stipule que l'EPI doit être présenté et qu'un rendez-vous doit être proposé à la première consultation du constat de grossesse et à celle de la déclaration.

Le premier EPI coté dans Clinicom date du 26 juillet 2006. Il bénéficie d'une cotation spéciale sage-femme (C2,5 ou SF15).

4.3. Sa synthèse

Depuis avril 2006, la maternité a intégré à son dossier médical une page spéciale destinée à la synthèse de l'EPI. Elle a été réalisée par un groupe de travail composé notamment de sages-femmes, psychiatres et psychologues. Elle présente un tableau avec les thèmes à aborder:

- le projet de naissance: attentes face à la grossesse, naissance, rôle des parents, expérience antérieure de maternité, allaitement, sortie précoce;
- les items médicaux: nutrition, addiction;
- les items sociaux: condition de logement, violences familiales;
- les items psychologiques: antécédents affectifs, familiaux;
- les items généraux.

La date de sa proposition, la date de sa réalisation, le nom du professionnel, et la notion de réalisation « en couple » y sont également mentionnés.

Or, on peut observer dans les différents services de la Maternité Régionale que, d'une part les synthèses sont très rarement remplies et que d'autre part, les professionnels s'en servent peu lorsqu'ils consultent un dossier médical. Une partie de l'enquête réalisée s'attache à étudier cette hypothèse: le remplissage de la synthèse, et son utilisation par les professionnels.

4.4. Les chiffres

Le Département d' Information Médicale a recensé en 2007 541 EPI cotés dans Clinicom. Or le nombre de naissances de cette année à la Maternité était de 3243. On peut donc observer que seulement 16,7% des femmes enceintes ayant accouché à la MRU y ont effectué un EPI. Bien que ce chiffre ne soit pas exhaustif pour différentes raisons citées ci-dessous, on peut supposer que beaucoup de femmes n'ont pas réalisé d' EPI, nous allons donc tenter de l'expliquer. (On peut noter que le nombre d' EPI réalisés à la MRU diminue, puisqu'en 2004, il était de 767.)

4.5. Des hypothèses

- Tout d'abord, le faible nombre d' EPI réalisés peut s'expliquer par plusieurs hypothèses.

Des EPI ont pu être réalisés mais non cotés comme tels.

On peut penser au manque d'information des femmes: des professionnels peu informés et/ou peu convaincus de son intérêt ne leur proposeraient pas.

Par ailleurs, certains professionnels peuvent estimer qu'ils pratiquent un « EPI » à chaque consultation en prenant le temps de discuter avec la femme. Ainsi, au cours des neuf mois, une relation de confiance peut s'installer et permettre à la femme de lâcher prise. Certaines situations peuvent être révélées au terme de deux ou trois consultations. Une séance ponctuelle telle qu'un EPI ne semble dans ce cas pas forcément nécessaire.

On peut également rappeler que la MRU est une maternité de niveau III. Ainsi, elle reçoit beaucoup de femmes transférées par d'autres maternités de la région. On ne sait

donc pas si elles ont bénéficié d'un EPI. Or, la fiche de transmission du Réseau évoquée précédemment n'est pas encore mise en place. Il serait intéressant d'évaluer plus tard la qualité des transmissions de l'EPI en son sein grâce à ce nouvel outil annoncé.

De plus, sans parler de transfert, parmi les femmes qui sont suivies à la maternité et qui y accouchent, certaines pratiquent l'EPI avec une sage-femme libérale ou de PMI (en 2007, les sages-femmes de PMI ont réalisé 1312 EPI en Meurthe-et-Moselle, ce qui est considérable). Cependant, le problème de la transmission des informations reste le même.

- Ensuite, le problème de la non utilisation de la synthèse au sein de la MRU peut s'expliquer par:
 - le manque d'informations initiales,
 - le manque de temps,
 - le refus de changer les habitudes de travail,
 - le refus de s'intéresser aux domaines non médicaux,
 - le manque de pertinence des informations qu'elle contient,
 - sa place non stratégique dans le dossier.

Les deux enquêtes ont été réalisées afin de tenter d'expliquer ces hypothèses.

Partie 2

Les enquêtes

1. ENQUÊTE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE LA MRAP

1.1. Objectifs

L'objectif principal de cette enquête est de comprendre pourquoi l'EPI n'est pas systématisé à la MRAP. Ainsi, nous allons tenter:

- d'évaluer les connaissances des professionnels sur l'EPI,
- de recueillir leurs avis sur l'EPI et sa synthèse,
- de savoir comment il est pratiqué,
- de mesurer la fréquence d'utilisation de sa synthèse,
- de comprendre pourquoi les professionnels semblent si peu intéressés par cet entretien,
- de proposer enfin quelques pistes pour promouvoir l'EPI auprès des professionnels et des patientes.

1.2. Méthode

L'enquête réalisée est une enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques): la population étudiée dit ce qu'elle sait, ce qu'elle pense, et ce qu'elle dit faire. Pour se faire, des questionnaires ont été adressés aux sages-femmes qui pratiquent les EPI, puis aux sages-femmes et aux médecins qui prennent en charge les patientes par la suite.

1.3. Population étudiée

L'étude porte uniquement sur les professionnels de la MRU: les obstétriciens et les sages-femmes des services de consultations externes, d'ante natal, de salle de naissance, et de secteur mère-enfant.

1.4. Description des données collectées

Les éléments recueillis sont de type qualitatif.

1.5. Recueil des données

1.5.1. Les sages-femmes du service de consultations externes

Ce sont elles qui pratiquent les EPI à la MRU. Il est donc intéressant de les interroger sur leur avis, leur ressenti et les modalités de pratique de cet entretien. Huit sages-femmes sur onze ont répondu au questionnaire.

- *Définition et objectifs de l'EPI*

Les sages-femmes le définissent comme un temps d'écoute et d'échange qui permet à la femme ou au couple de s'exprimer librement, de poser des questions. Ainsi, elles peuvent faire connaissance, répondre à leurs attentes, les rassurer. L'établissement d'un projet de naissance, le repérage des situations difficiles et la présentation du réseau de soins sont également évoqués.

- *Opinion personnelle*

Dans l'ensemble, les opinions sont positives: il est très utile, enrichissant, nécessaire voire indispensable. Une sage-femme précise qu'il est vraiment profitable s'il est demandé et préparé.

- *Réalisation*

Pour commencer, les sages-femmes laissent la patiente ou le couple exprimer ses demandes, ses attentes face à l'EPI, et choisir les sujets abordés. Puis elles donnent quelques informations.

Une sage-femme utilise la page du dossier médical comme trame pour diriger l'entretien.

- *Thèmes abordés*

Les sujets sont d'abord les angoisses, les attentes face à la grossesse, puis le suivi de grossesse, la préparation à la naissance, le travail, l'accouchement, l'accueil du bébé, le rôle des parents...

- *Apport de l'EPI au suivi*

L'EPI permet de dégager principalement du temps avec la patiente, de mieux la connaître et ainsi d'apporter un meilleur accompagnement.

Deux sages-femmes estiment que cet entretien n'apporte rien de plus à leur pratique. Elles travaillaient de la même façon avant sa mise en place: les femmes s'exprimaient au cours de toutes les consultations. Cependant, elles le pratiquent tout de même.

- *Proposition d' EPI aux patientes*

La plupart de sages-femmes le proposent à toutes les patientes quelque soit le terme de la grossesse. L'une d'entre elles le propose uniquement avant le 4ème mois et une autre uniquement si elle estime que la femme en a besoin (première grossesse, ou vécu ou accouchement difficile).

- *Réactions des femmes à la proposition*

Les femmes sont globalement intéressées, surtout les primipares. Si elles refusent, c'est par manque de temps, ou car elles estiment qu'elles n'en ont pas besoin (expérience antérieure, préfère poser les questions pendant les consultations). Une sage-femme rapporte que certaines femmes le refusent au premier abord puis le demandent à l'approche de l'accouchement. Elle explique aussi que les patientes qui refusent sont parfois celles qui fréquentent les services sociaux et se sentent « pistées ».

- *EPI réalisé lors de la consultation médicale du 4ème mois*

Lorsque les sages-femmes rencontrent des femmes suivies par des médecins, elles ne réalisent pas de consultation médicale. Pour leurs patientes, elles effectuent la consultation en même temps. Elles estiment que les femmes ne pourraient pas consacrer une heure en plus. Cependant, si la patiente en ressent le besoin, un entretien peut être consacré entièrement à la discussion et un deuxième entretien peut être proposé.

- *Utilisation de la synthèse présente dans le dossier médical*

La majorité des sages-femmes l'utilisent s'il y a un problème ou un risque particulier. Elles la remplissent en accord avec la patiente afin d'améliorer la prise en charge a posteriori. L'une d'entre elles précise qu'elle contacte elle-même directement les acteurs du réseau s'il y a besoin. Une autre sage-femme rapporte qu'elle n'utilise pas la page du dossier, car elle ne peut pas se concentrer sur ce que dit la patiente et sur le contenu de la synthèse, alors elle laisse la patiente mener l'entretien et ne transmet rien.

- *Avis sur la synthèse*

Pour une sage-femme, la synthèse n'est pas représentative de l'entretien car tout n'apparaît pas. Elle garde certaines informations pour elle.

Une autre sage-femme regrette que la synthèse ne soit pas lue en général par les autres professionnels, car « elle permettrait de mieux comprendre les patientes et d'éviter des gags souvent très blessants ».

Conclusion

Les sages-femmes qui pratiquent l'EPI sont bien informées, formées et convaincues de l'intérêt de l'EPI dans l'ensemble, surtout s'il est préparé par les femmes. Ainsi, elles proposent des entretiens à toutes leurs patientes. Cependant, certaines le refusent, soit parce qu'elles estiment qu'elles n'en ont pas besoin, soit parce qu'elles manquent de temps. C'est pour cette raison qu'il est souvent réalisé en même temps que la consultation du quatrième mois, qui dure alors une heure. Une seule sage-femme n'utilise pas la synthèse du dossier obstétrical.

Une hypothèse est que la synthèse de l'EPI présente dans le dossier médical n'est pas utilisée comme peut l'être une autre page du dossier médical, ainsi le caractère psycho-social de la patiente ne semble pas pris en compte, si l'on considère que l'EPI en est la seule preuve. Les sages-femmes des différents services de la maternité ont donc été interrogées sur leurs avis et leurs pratiques quant à l'entretien et à sa synthèse.

1.5.2. Les sages-femmes du service ante natal

Dans ce service, six sages-femmes ont répondu parmi les quinze qui y travaillent, soit 40%.

- *Ce que représente l'EPI*

Les sages-femmes le définissent comme un moment d'échange avec la patiente qui lui permet de poser des questions et d'aborder tous les sujets non médicaux.

- *Opinion sur l'EPI*

La moitié des sages-femmes le considèrent comme indispensable pour toutes les patientes et l'autre moitié comme utile pour certaines.

- *Opinion sur sa synthèse*

Elle est indispensable seulement pour trois sages-femmes.

- *Son utilisation*

Trois sages-femmes la consultent systématiquement, deux uniquement dans certains cas, et une seule ne la regarde jamais car elle n'en voit pas l'utilité.

- *Apport de la synthèse au suivi*

Pour la majorité des sages-femmes, la synthèse permet de connaître le mode de vie et l'environnement de la patiente, et ainsi de favoriser sa prise en charge globale. Cependant, deux d'entre elles estiment que la synthèse ne sert à rien même si l'entretien en lui-même est très utile pour la patiente. Une sage-femme pense qu'elle recueille elle-même toutes les informations utiles auprès de la patiente.

Conclusion

Les sages-femmes du service ante natal sont relativement bien informées et convaincues de l'intérêt de l'EPI, ainsi que de sa synthèse, à l'exception de deux d'entre elles qui estiment que cette dernière ne leur apporte rien.

1.5.3. Les sages-femmes de salle de naissance

Parmi les 25 sages-femmes qui y travaillent, 16 ont répondu au questionnaire, soit 64%.

- *Ce que représente l'EPI*

Les sages-femmes évoquent l'EPI comme un moyen de mieux connaître la femme et le couple, un moment d'échange qui lui permet d'exprimer ses attentes, ses angoisses, ses doutes. Il permet également de considérer les problèmes d'ordres psychologiques et sociaux.

- *Opinion sur l'EPI*

Treize sages-femmes le considèrent utile pour certaines patientes, et trois seulement le jugent indispensable pour toutes les patientes.

- *Opinion sur sa synthèse présente dans le dossier*

Pour douze sages-femmes, la synthèse est utile uniquement dans certaines situations. Seulement trois la considèrent comme indispensable pour toute les patientes, enfin une seule la trouve peu utile.

- *Son utilisation*

Onze sages-femmes consultent la synthèse systématiquement dans le dossier médical, trois dans certains cas (dépendances, contexte social particulier), et deux lorsqu'elles ont le temps. Cinq d'entre elles regrettent qu'elle soit rarement renseignée...

- *Apport de la synthèse au suivi*

Pour la majorité des professionnels, la synthèse permet une connaissance plus globale de la patiente et ainsi de l'accompagner mieux si elle a des attentes particulières ou des antécédents à risque. Cependant, une sage-femme estime que la synthèse est une perte de temps et qu'elle n'apporte rien à sa pratique, elle fausse la relation que l'on pourrait avoir avec la femme en donnant des a priori. Une autre rapporte que la synthèse a peu d'impact sur la pratique en salle de naissance.

Conclusion

Les sages-femmes du service de salle de naissance qui ont répondu semblent bien informées et convaincues de l'intérêt de l'EPI et de sa synthèse, pour la patiente et pour améliorer leur prise en charge, à l'exception de l'une d'entre elles.

1.5.4. Les sages-femmes du secteur mère-enfant

Ce service est composé de 22 sages-femmes et 10 d'entre elles ont répondu, soit un taux de participation de seulement 45%.

- *Ce que représente l'EPI*

C'est un moment privilégié pour la femme ou le couple qui peut poser des questions, recevoir toutes les informations désirées, et être écouté. Il permet de repérer les facteurs

de risque et les difficultés rencontrées par les futurs parents, ainsi de faire le point sur leur situation psycho-sociale.

- *Opinion sur l'EPI*

Quatre sages-femmes le considèrent comme indispensable pour toutes les patientes, et six le jugent utile pour certaines femmes.

- *Opinion sur la synthèse présente dans les dossiers médicaux*

Pour deux sages-femmes seulement, la synthèse est indispensable pour permettre une prise en charge globale de la femme. Six d'entre elles la trouvent utile dans certaines situations (lorsque la femme ne s'est pas exprimé pendant le séjour) et une la juge peu utile. Une sage-femme avoue ne pas connaître l'existence de la synthèse.

- *Son utilisation*

Six sages-femmes la consultent systématiquement, une lorsqu'elle a le temps, et trois la regardent uniquement dans certains cas (lorsque la situation de la femme est particulière). Quatre d'entre elles rapportent que cette page est rarement renseignée.

- *Apport de la synthèse au suivi*

La synthèse permet de mieux connaître la femme, de comprendre certains comportements, et ainsi d'améliorer sa relation avec la sage-femme. Parfois, elle permet aussi la découverte de situations nécessitant la mise en place d'une prise en charge spécifique pendant le séjour et/ou après la sortie.

Conclusion

Les sages-femmes qui ont répondu semblent bien informées et plutôt convaincues de l'intérêt de l'EPI. Cependant, on ne peut pas dire que la synthèse soit intégrée systématiquement dans le suivi, car toutes ne la considèrent pas comme indispensable et ne la consultent pas pour chaque patiente. Il est à nouveau évoqué le nombre important de synthèse non renseignées.

1.5.5. Les obstétriciens

Certaines femmes enceintes sont suivies par des médecins, ainsi, il est intéressant de savoir s'ils leur proposent d'effectuer un EPI avec une sage-femme puisqu'ils ne les réalisent pas, et s'ils utilisent par la suite sa synthèse. Leurs avis et leurs pratiques quant

à cet entretien ont alors été recueillis, soit par mails, soit lors de courts entretiens. Le taux de participation est faible puisque sur les dix-huit obstétriciens sollicités, seulement sept ont répondu (trois par mail et quatre oralement). Deux tendances ont été retrouvées: une partie est plutôt favorable à l'entretien et l'a bien adopté, et une autre partie reste réticente voire refuse l'EPI.

Une partie se considère bien informée et convaincue de l'intérêt de l'EPI puisqu'ils en proposent à leurs patientes. Trois d'entre eux sont vraiment enthousiastes. Cependant, ils ne le proposent pas systématiquement, certains en proposent uniquement aux primipares ou aux patientes qu'ils estiment fragiles. Pour eux, l'entretien permet de délester leur travail puisque la sage-femme réalise ce qu'ils n'ont pas le temps de faire, mais la synthèse n'apporte rien à leur pratique.

Une autre partie est plus hostile à L' EPI. Certains ne se sentent pas bien informés à son sujet. Un médecin n'en propose jamais puisqu'il ne s'intéresse qu'au versant médical, un autre en propose seulement dans des situations très particulières mais estime que c'est une perte de temps.

Concernant la synthèse, elle est utilisée par un seul médecin et uniquement en consultation: il estime ne pas avoir le temps de la lire dans les autres services. Les autres obstétriciens disent qu'elle n'apporte rien à leur pratique et certains n'en connaissent pas l'existence.

2. REVUE DE DOSSIERS

2.1. Objectif

Le but de ce recueil est d'analyser les contextes de réalisation des EPI et la manière dont sont remplies les synthèses.

La non utilisation de la synthèse est-elle due à un problème de présentation, de positionnement dans le dossiers, de contenu? Les synthèses ne sont-elles pas remplies? Est-elle inintéressante? Quels sont les items les plus renseignés?

2.2. Échantillon

Le Département d' Information Médicale a tiré au sort cent dossiers parmi ceux où l'EPI avait été coté dans Clinicom en 2007.

2.3. Méthode

Le recueil des informations a été réalisé à l'aide d'un tableau mentionnant:

- *si la synthèse est renseignée,
- *la parité de la patiente,
- *l'âge gestationnel au moment de l'EPI,
- *si la grossesse a été suivie par une sage-femme ou un médecin,
- *si un examen médical a été pratiqué en même temps,
- *les items renseignés.

2.4. Recueil des données

Il faut tout d'abord évoquer le manque de données: il n'y avait aucune notion d'EPI dans 15 dossiers sur les cent dossiers étudiés. Ces 15 dossiers ont été exclus de l'étude.

2.4.1. La synthèse

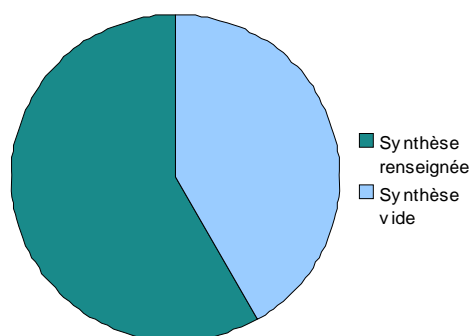


Fig.1. Proportion de synthèses renseignées.

Seulement 63,52% des synthèses sont renseignées. Dans les autres dossiers, la mention « EPI fait » apparaît seule sans précisions.

2.4.2. La parité

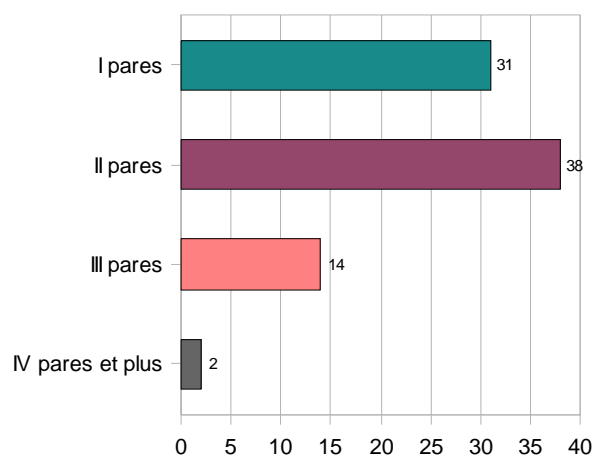


Fig.2. La parité des patientes ayant effectué un EPI.

Il est étonnant de constater que ce ne sont pas les primipares les plus nombreuses à effectuer des EPI: elles sont 31%, alors que les deuxièmes pares représentent 38%. On peut noter également un nombre élevé de troisièmes pares: 14%.

On peut regretter que certains professionnels proposent des EPI uniquement aux primipares, puisque les multipares semblent largement intéressées aussi.

D'après une étude menée par le Réseau Périnatal Aurore de Lyon sur 1119 entretiens réalisés, 80% des multipares seront rassurées sur le plan de la sécurité émotionnelle, notamment lorsqu'elles ont subi un traumatisme lors d'une grossesse ou d'un accouchement précédent.

2.4.3. L'âge gestationnel

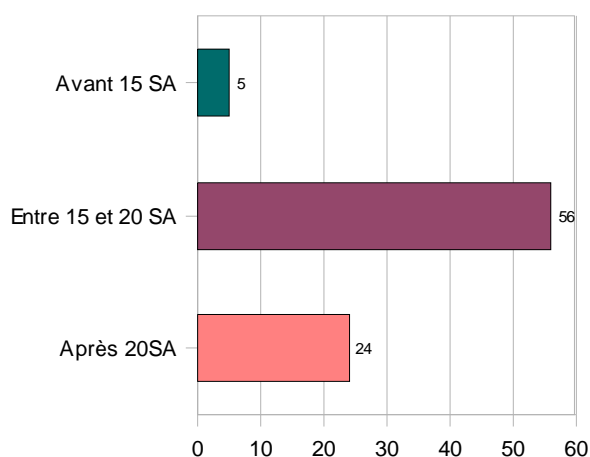


Fig.2. L'âge gestationnel au moment de la réalisation de l'EPI (SA=semaines d'aménorrhées).

On peut observer que plus de la moitié des EPI sont effectués au quatrième mois de grossesse, comme le préconise la HAS. Si 24% sont réalisés après 20 SA, on peut supposer que ceci est dû à une proposition trop tardive. Cependant, nous avons vu que sa réalisation à un terme avancé peut avoir des avantages.

2.4.4. Le suivi de grossesse

25% des grossesses ont été suivies par un obstétricien.

On peut alors en déduire que ce sont les sages-femmes les plus nombreuses à proposer des entretiens.

2.4.5. Contexte de l'entretien

65% des EPI ont été réalisés lors de la consultation médicale du 4^{ème} mois. Ce qui correspond environ au nombre de grossesses suivies par des sages-femmes, et qui peut s'expliquer par la volonté de gain de temps pour les patientes et pour les sages-femmes.

16% ont été effectués en couple. On peut s'interroger sur ce faible pourcentage : les conjoints sont-ils invités à s'y rendre aussi, si oui, ne sont-ils pas disponibles, sont-ils désintéressé, ou bien c'est un choix délibéré de la patiente ?

2.4.6. Les items renseignés

NB: Ces pourcentages sont calculés à partir du nombre de synthèses renseignées (54).

| Liste des items de la synthèse | Renseignés |
|--|-----------------|
| Projet de naissance | |
| Attentes face à la grossesse, naissance, rôle des parents | 11 soit 20,37% |
| Expériences antérieures | 24 soit 44,44% |
| Allaitement | 47 soit 87% |
| Sortie précoce | 26 soit 48,10% |
| Items médicaux | |
| Nutrition | 22 soit 40,82% |
| Addiction | 17 soit 31,45% |
| Items sociaux | |
| Conditions de logement | 28% soit 51,81% |
| Violences familiales | 7% soit 12,97% |
| Items psychologiques | |
| Antécédents affectifs, familiaux | 38% soit 70,42% |
| Événements stressants survenus durant les 12 mois précédents | 0 |
| Items généraux | 15 soit 27,78% |

Fig.3. Fréquences de renseignement des différents items de la synthèse

Cependant, certains thèmes sont évoqués à plusieurs reprises sans être mentionnés dans la grille du dossier obstétrical.

| Autres thèmes | Évoqués |
|-----------------------------|----------------|
| Préparation à la naissance | 17 soit 31,45% |
| Analgsie péridurale | 4 soit 7,41% |
| Consultation de tabacologie | 4 soit 7,41% |
| Consultation psychologique | 5 soit 9,82% |
| Travail, congé parental | 23 soit 42,55% |

Fig.4. Items évoqués pendant l'entretien non mentionnés dans la grille du dossier.

Partie 3

Un avenir pour l'EPI

1. ANALYSE DES ENQUETES

1.1. Difficultés rencontrées

On peut tout d'abord évoquer le manque d'enthousiasme des professionnels pour collaborer à l'enquête puisque 47 ont répondu sur 91 sollicités. Est-ce par manque de temps? Ou bien est-ce par manque d'intérêt porté à ce sujet non médical, donc considéré comme secondaire, voire inutile? Ils sont nombreux à ne pas avoir répondu du tout ou à avoir répondu partiellement aux questions. Ils ont rarement justifié leurs réponses. L'interprétation est donc surtout faite d'hypothèses.

L'enquête auprès des professionnels a eu lieu en décembre 2008 et janvier 2009, alors que la revue de dossiers concernait des EPI réalisés en 2007. Les pratiques ont donc pu quelque peu évoluer. De plus, le départ de certains professionnels puis leurs rotations entre les différents services ont pu fausser certains résultats. On envisager un manque d'objectivité de la part des professionnels interrogés. L'enquête ne donne qu'une tendance générale.

Concernant la revue de dossiers, la lecture fut parfois difficile, et le nombre de données manquantes important: il n'y avait aucune notion d' EPI dans 15 dossiers sur les 100 consultés.

1.2. Pratique de l'entretien

Au vu des résultats, on ne peut pas considérer que l'EPI est une pratique systématisée à la MRAP. Bien que les professionnels soient plutôt convaincus de son intérêt pour la patiente, ils ne considèrent pas tous qu'il permet d'améliorer sa prise en charge. Ainsi, on peut penser que certains n'incitent pas leurs patientes à les pratiquer, voire ne leur proposent pas d' EPI. Quelques professionnels sont très critiques à l'égard de l'entretien. On peut comprendre qu'ils ne l'adoptent pas s'ils n'y voient pas d'intérêt, ainsi un message de promotion de l' EPI est à envisager.

1.3. Contenu de la synthèse

Les items de la synthèse les plus renseignés sont l'allaitement (87%), les conditions de logement (51,81%), les antécédents affectifs et familiaux (70,42%), puis les expériences antérieures de maternité (44,44%), la sortie précoce (48,10%), la nutrition (40,82%), les attentes face à la grossesse, à la naissance et le rôle des parents (20,37%).

Parmi les thèmes qui sont les moins évoqués, on retrouve les addictions (30,45%), et les violences familiales (12,97%).

On peut penser que lorsque certains sujets ne sont pas renseignés, la sage-femme a considéré qu'il n'y avait rien à signaler de particulier, ou que la patiente a refusé que certaines informations soient transmises.

Cependant, certains thèmes souvent abordés ne figurent pas dans la grille de départ: la préparation à la naissance (31,45%), le travail et les congés (42,55%), la proposition de consultation avec un spécialiste (important dans l'objectif d'un suivi continu au sein du réseau) (17,23%), et l'analgésie péridurale (7,41%).

On peut conclure que le contenu de la synthèse, lorsqu'elle est utilisée, est assez intéressant puisque la plupart des items sont renseignés dans l'ensemble.

On pourrait alors penser à un nouveau support pour guider l'entretien. Il permettrait à la sage-femme de lancer des thématiques à un couple qui n'aurait pas préparé son entretien. Il faciliterait également le travail de synthèse qui n'est pas facile, afin d'améliorer la qualité des transmissions. Mais ce principe risquerait de conduire à la réalisation d'un interrogatoire qui entraverait la libre expression de la patiente.

Une nouvelle fiche de transmissions vient d'être réalisée par le Réseau Périnatal Lorrain dans le cadre du nouveau carnet de maternité. Il a été décidé de ne mentionner aucun thème pour permettre une réelle liberté dans le contenu de l'entretien.

1.4. Utilisation de la synthèse

Les sages-femmes qui pratiquent les EPI utilisent la page consacrée du dossier médical à l'issue de l'entretien, sauf l'une d'elles, d'après l'enquête réalisée par questionnaires. Cependant, la revue de dossier rapporte que seulement 54% des synthèses sont renseignées sur l'ensemble des dossiers étudiés.

Par la suite, les professionnels ne l'utilisent pas systématiquement lorsqu'ils consultent un dossier médical, soit par manque de temps, soit par désintérêt, soit car ils n'en connaissent pas l'existence. Il est nécessaire de les en informer.

1.5. Information des patientes

L'étude montre que 75% des femmes qui réalisent un entretien sont suivies par une sage-femme. Il peut donc être supposé que les médecins proposent moins ou incitent peu à réaliser un entretien.

Rappelons que les femmes sont satisfaites de l' EPI, d'après les enquêtes réalisées par le Réseau Périnatal Lorrain [21] et par Aurélie Darquès [22].

Par ailleurs, certains professionnels témoignent qu'ils proposent des entretiens uniquement aux primipares. Or, elles ne sont pas les plus nombreuses à les suivre. Il faut donc également en informer les professionnels.

2. DYSFONCTIONNEMENT CONSTATE

On observe que la promotion de l' EPI n'a pas provoqué l'enthousiasme attendu auprès de tous.

2.1. Manque d'intérêt des professionnels pour l'EPI

Chaque professionnel qui réalise un constat de grossesse se doit de présenter et de proposer un EPI, et ce de façon positive. Cependant, on a pu constater que ce n'est pas toujours le cas. Il faut comprendre que la sécurité apportée par l' EPI peut éviter la survenue de certaines pathologies obstétricales, en dépistant précocement des troubles d'origines socio-économiques ou psychologiques. Ce n'est pas une perte de temps, au contraire, on peut penser qu'il permet de réaliser des économies en évitant de lourdes prises en charge ultérieure et beaucoup de souffrances. L' EPI s'inscrit bien dans une démarche de prévention. Aucune étude n'a été retrouvée concernant les bénéfices concrets matériels et financiers de l'entretien. Ceci pourrait être un argument pour convaincre certains...

2.2. Information des patientes

Les femmes enceintes ne sont pas toutes informées de l'existence de cet entretien. Certaines sages-femmes et certains médecins proposent l'EPI uniquement aux primipares ou aux femmes qu'ils considèrent comme vulnérables, voire pas du tout. Cependant, même si la vulnérabilité peut paraître parfois évidente, elle est beaucoup plus souvent difficile à percevoir, notamment lorsqu'il s'agit d'une vulnérabilité psychique. Il paraît alors judicieux de proposer à toutes les femmes enceintes d'effectuer un EPI, y compris aux multipares. Elles en sont d'ailleurs informées par divers moyens: par une lettre qui doit leur être remise lors de la déclaration de grossesse, par le carnet de maternité, par une lettre adressée par la PMI, par des affiches dans les salles d'attente, et enfin par les secrétaires à la prise de rendez-vous.

Par ailleurs, les femmes ne sont encouragées à y participer que si le professionnel qui leur propose est convaincu lui-même de son intérêt.

2.3. Problème du suivi de l'EPI

Bien que les professionnels se montrent plutôt convaincus de l'utilité de l'EPI pour les patientes, ils ne semblent guère intéressés par sa synthèse et s'en servent peu. Ceci confirme une des hypothèses de départ. Ils soulignent également qu'elle est rarement renseignée, ce qui pourrait les décourager à la chercher systématiquement. Deux professionnels avouent qu'ils ne connaissent pas l'existence de cette synthèse dans le dossier obstétrical. Est-elle mal positionnée? Peu attrayante visuellement?

De toute façon, cette synthèse va être remplacée prochainement par celle commune au Réseau Périnatal Lorrain. Il semble indispensable d'en informer les professionnels et de leur expliquer son fonctionnement. Il serait aussi souhaitable qu'une étude soit réalisée afin de mesurer son utilisation, par le professionnel qui fait l'entretien, par les autres professionnels, puis si la patiente se l'approprie comme prévu.

Nous avons vu que sans sa synthèse, l'entretien a un intérêt ponctuel uniquement. Ainsi, la femme pourrait se sentir abandonnée si sa parole n'a pas de conséquence ou des effets négatifs.

2.4. Coût de l'EPI

Le Plan Périnatalité prévoyait 26 millions d'euros sur trois ans pour sa mise en place. Alors que la tendance actuelle des politiques de santé est à la rigueur avec l'arrivée de la tarification à l'activité, et puisque l'entretien ne semble pas être une dépense inutile, il faut s'interroger sur sa mise à profit, ou bien promouvoir une alternative plus économique.

Par ailleurs, l'EPI nécessite la disponibilité des patientes et des sages-femmes. Puisque l'on observe déjà une pénurie du nombre de sages-femmes, il est indispensable de rationaliser leur temps de travail et donc de profiter de toutes leurs missions, notamment de celle de l'EPI. Certains établissements ont choisi de créer un poste de sage-femme consacré uniquement à la réalisation des EPI.

3. PROPOSITIONS POUR DEVELOPPER L'EPI

Puisque l'EPI a un coût important. Puisque l'EPI nécessite la formation et la disponibilité des professionnels. Puisque l'EPI demande du temps aux femmes et semble les satisfaire. Il paraît vraiment indispensable de réfléchir sur sa pratique. Le Plan Périnatalité l'impose: il doit être proposé systématiquement.

3.1. Information des professionnels

La mise en place de l'EPI représente un changement d'état d'esprit et nécessite une transformation des pratiques. Pour qu'un tel changement soit accepté, il ne faut pas décréter, mais au contraire essayer de convaincre les professionnels afin qu'ils se l'approprient. Ainsi, il semble judicieux d'organiser une information collective afin que tous les médecins et sages-femmes prennent connaissance de l'EPI, ses finalités, et ses modalités. Les professionnels doivent percevoir les intérêts de l'EPI: il permet d'améliorer leur relation avec la patiente en offrant une vision globale de sa santé, et donc améliore la prise en charge. De plus, il doivent avoir connaissance de la satisfaction des femmes vis à vis de l'entretien.

Il est nécessaire également de les informer sur l'existence de sa synthèse, sans laquelle l'entretien a peu d'impact sur le suivi a posteriori et ne permet pas une coordination inter professionnelle.

Ils doivent avoir une bonne connaissance des acteurs du réseau afin d'offrir toutes les possibilités à la femme.

Un exposé oral aurait de l'influence et marquerait d'avantage l'esprit des professionnels. Puis une lettre d'information par courrier ou par mail pourrait la compléter.

3.2. Information des patientes

L'information des femmes passe par l'information des professionnels: si ces derniers connaissent l'entretien, ses finalités et ses modalités, ils pourront naturellement

en parler plus facilement. Ensuite, s'ils sont convaincus de son intérêt, les femmes pourront à leur tour en être convaincues et motivées pour s'y rendre. Comme vu précédemment, plusieurs moyens d'information sont disponibles, mais la proposition faite par le professionnel qui suit la grossesse sera sûrement celle qui aura le plus d'impact.

L'enquête réalisée rapporte que certains professionnels ne proposent des EPI qu'aux primipares alors que ce ne sont pas celles qui en réalisent le plus. Ainsi, il semble essentiel de les en informer: ils doivent en proposer à toutes leurs patientes.

3.3. Évaluation

Dans le but d'améliorer constamment notre accompagnement des patientes et de rendre des comptes sur la qualité de notre travail, il semble indispensable d'évaluer la pratique et l'impact de l'entretien. En effet, la mise en place d'une telle mesure doit être suivie: il faut en mesurer les effets et les améliorations attendues, puis quantifier les moyens nécessaires pour y parvenir.

D'autre part, l'avis des patientes est à prendre en considération, toujours dans le but de s'améliorer et de s'adapter à leurs attentes. L'avis des professionnels est également à considérer. Pour parvenir à faire accepter ce changement de pratique, ils doivent être entendus.

4. PROPOSITIONS D'AMENAGEMENT DE L'EPI

Puisque l'EPI n'est pas adopté par tous, des propositions ayant les mêmes finalités peuvent être évoquées.

4.1. Suivi de grossesse alterné

En cas de grossesse pathologique ou lorsque la femme décide de faire suivre sa grossesse par un obstétricien, il pourrait être intéressant de proposer un suivi alterné médecin/sage-femme. Ainsi, la femme aurait l'opportunité de discuter avec la sage-femme, si elle n'en a pas le temps avec son médecin. Ceci nécessite une bonne communication entre les deux professionnels afin de permettre un suivi cohérent, améliorer la prise en charge et éviter les redites.

4.2. Temps de consultation augmenté

Plutôt que de consacrer un entretien ponctuel en début de grossesse, augmenter le temps de chaque consultation de dix minutes pourrait permettre à la femme d'échanger sur des sujets personnels, d'autant plus qu'une relation de confiance pourra s'instaurer au fil de la grossesse. Cela éviterait à la patiente de consulter une fois de plus. Cependant, il faudrait que tous les professionnels coopèrent dans ce sens.

Conclusion

L'entretien prénatal individuel et le travail en réseau qui en découle sont des dispositifs qui ouvrent vers de nouvelles perspectives qui humanisent à nouveau le suivi de la femme enceinte de l'ante natal au post natal. Il nécessite une acceptation des changements de pratique de la part des professionnels, même s'ils estiment remplir les mêmes objectifs par leur pratique antérieure à cet entretien. Sa mise en place relève d'une carence en matière de prise en compte psycho-sociale dans le suivi des patientes, qui pourtant, on le sait, améliore considérablement le déroulement d'une grossesse. Afin de se donner tous les moyens pour parer ou palier à cette carence, il faut agir et tenter de tirer profit de ce qu'on met à notre disposition.

L'étude réalisée montre des dysfonctionnements dans la mise en place de l'EPI à la MRAP, même si certains l'ont déjà intégré à leur pratique. En effet, elle rapporte qu'une partie des professionnels est convaincue de son intérêt, et qu'une autre partie reste encore réticente, ceci malgré la satisfaction des patientes et son caractère obligatoire. Sa synthèse n'est pas non plus utilisée systématiquement et intégrée à chaque dossier médical.

L'appropriation des enjeux de l'entretien sera le véritable levier d'une généralisation de son application. Une information sur ses modalités pratiques et ses points forts semble à envisager auprès de tous les professionnels de la grossesse. Ils doivent percevoir les bénéfices qu'ils peuvent tirer d'une telle mesure, puis les avantages pour la patiente.

Une évaluation de son impact sur la santé des femmes enceintes serait intéressante à réaliser, afin d'appuyer la nécessité de sa mise en œuvre.

Afin d'adhérer à une dynamique d'amélioration continue du service rendu aux patients, une évaluation des impacts de l'EPI sur la santé des femmes devra être régulièrement effectuée. Ceci permettra aux professionnels de réajuster leurs actions de prévention sur la prise en charge physique et psycho-sociale des patientes.

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels:

[1] Plan « Périnatalité » 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité.

[2] Décret périnatalité n°98-899 parus au Journal Officiel le 9 octobre 1998.

[3] Recommandations HAS:

Comment mieux informer les femmes enceintes, 2005.

Préparation à la naissance et à la parentalité, 2005.

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2007.

[4] Dossier de la Cour des comptes

La politique de périnatalité.

[5] Agence Régionale de l' Hospitalisation de Lorraine

Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011

Thème: périnatalité.

[6] Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

[7] Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité: Périnatalité et prévention en santé mentale.

[8] Molenat F, Toubin RM, Roy J

Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre.

[9] Enquête nationale périnatale 2003

Ministère des solidarités, de la santé, de la famille.

Ouvrages:

[10] ATD QUART MONDE

Pour une politique de la maternité

[11] Page L-A

Le nouvel art de la sage-femme ; Elsevier ; Paris ; 2004 ; 418p.

[12] Chalifour J

La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste ; Lamarre ; Paris ; 1989 ; 352p.

[13] Vander Linden R, Roegiers L

Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance ; coordination de l'aide aux victimes de maltraitance ; Bruxelles ; 64p.

Périodiques:

[14] Masselot-Guir A
L'entretien du 4^e mois-Repérer les situations de fragilité
Profession sage-femme 2005 ; 112 ; 36-38

[15] Debar M-A, Poutas M
L'entretien individuel du quatrième mois en Lorraine: expériences de sages-femmes
Profession sage-femme 2005 ; 120 ; 20-27

[16] Mignot S ; Richard-Guerrondj N
Précarité et grossesse
Profession sage-femme 2006 ; 122 ; 4-9

[17] Blanc G ; Jouanne C
L'entretien du 4^eme mois
Les dossiers de l'obstétrique 2006 ; 351

[18] Ballouard C ; Merg D
L'entretien individuel du quatrième mois de grossesse
Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; 304 ; 2-5

[19] Moulinier M-C
A propos de l'entretien du 4^eme mois de grossesse
Les dossiers de l'obstétrique 2007 ; 365 ; 38-39

Mémoires et thèses:

[20] Descamps A
Maternité et précarité en 2002, un certain regard
Mémoire sage-femme; Nancy; 2002

[21] Korzanska Bartela A
L'entretien prénatal individuel en Lorraine: étude de faisabilité du réseau périnatal lorrain
Mémoire DESS Information médicale à l'hôpital; Nancy; 2004

[22] Darques A
Entretien prénatal individuel ou en couple: quand les mots ont le pouvoir d'apaiser les maux
Mémoire sage-femme; Nancy; 2006

[23] Chauvet-Baron A
La prévention globale en périnatalité: quelle place pour un entretien prénatal précoce?

Thèse docteur en médecine; université de Nantes; 2007

[24] Brennstuhl A
Entretien prénatal individuel: quel avenir en Moselle?
Mémoire sage-femme; Metz; 2008

Articles issus d'Internet:

[25] Bréart G, Puech F, Roze JC
Ministère de la santé
Vingt propositions pour une politique périnatale
www.sante.gouv.fr (les dossiers de la santé, périnatalité)
(consulté le 20/05/2008)

[26] Collège National des Sages-Femmes
5ème journée: réflexions sur l'entretien prénatal individuel, F.Galley-Raulin,
2006
www.cnsf.asso.fr
(consulté le 22/05/2008)

[27] Réseau Sécurité Naissance-Naître Ensemble
www.reseau-naissance.com
(consulté le 26/05/2008)

[28] Houzelle N, Cecchi C, Ricard E
Périnatalité et parentalité: une révolution en marche? »
La Santé de l'homme (INPES) 2007 ; 391
www.inpes.sante.fr
(consulté le 08/05/2008)

[29] Topuz B, Depinoy M, Bouznah S, et al.
Naître et grandir au milieu des siens: quel accompagnement?
Synthèse des débats des journées de la prévention de l'INPES
<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=jp/cr/2007.htm>
(consulté le 26/05/2008)

[30] Académie nationale de médecine; Binet J-L
[http://www.academie-
medecine.fr/UserFiles/File/henrion_rapp_10juin_2008.doc](http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/henrion_rapp_10juin_2008.doc)
(consulté le 24/02/2009)

[31] Doulas de France
<http://www.doulas.info/>
(consulté le 24/02/2009)

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| Sommaire | 3 |
| Préface..... | 6 |
| Introduction | 7 |
| | |
| Partie 1 Mise en place de l'entretien..... | 8 |
| 1. CONTEXTE | 9 |
| 1.1. Textes à l'origine du Plan Périnatalité 2005-2007 | 9 |
| Le concept de santé globale | 9 |
| Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) | 9 |
| Le Plan Périnatalité 1995-2000..... | 10 |
| Les décrets périnatalité n°98-899 du 9 octobre 1998..... | 10 |
| La loi du 4 mars 2002 | 10 |
| Les vingt propositions pour une politique périnatale [25] | 10 |
| La circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 [7]..... | 11 |
| 1.2. Plan Périnatalité 2005-2007 [2] | 11 |
| 1.2.1 Plus d'humanité | 11 |
| Par la mise en place d'un entretien individuel du 4ème mois. | 11 |
| Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. | 12 |
| Par la participation des usagers..... | 12 |
| 1.2.2. Plus de proximité | 13 |
| Par le développement des réseaux en périnatalité..... | 13 |
| Par le renfort et l'extension du rôle de Centres Périnataux de Proximité..... | 13 |
| Par le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). | 13 |
| 1.3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS): comment mieux informer les femmes enceintes? (2005) [3]..... | 14 |
| 1.4. Recommandations de la HAS: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (2005) [3] | 14 |
| | |
| 2. L'ENTRETIEN EN PRATIQUE | 15 |
| 2.1. Les objectifs de l'entretien..... | 15 |
| 2.2. Les thèmes à aborder..... | 15 |
| 2.3. Un temps pour l'EPI | 16 |
| 2.4. Le rôle du professionnel..... | 17 |
| 2.5. La transmission des informations | 17 |
| | |
| 3. L'ENTRETIEN EN QUESTION | 19 |
| 3.1. Ce que l'entretien ne doit pas être | 19 |
| 3.2. Les dérives de l'entretien..... | 19 |
| 3.3. Quelques enquêtes déjà réalisées | 20 |
| 3.3.1. Enquête nationale périnatale [9]..... | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3.2. L'enquête du Réseau Périnatal lorrain [21] | 20 |
| 3.3.3. Enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) | 21 |
| 3.3.4. Les patientes parlent de l'EPI... .. | 21 |
| 4. A LA MATERNITE REGIONALE univrsitaire de nancy | 22 |
| 4.1. Historique en Meurthe-et Moselle | 22 |
| 4.2. Mise en place à la MRU | 22 |
| 4.3. Sa synthèse | 23 |
| 4.4. Les chiffres..... | 24 |
| 4.5. Des hypothèses..... | 24 |
| | |
| Partie 2 | 26 |
| 1. ENQUÊTE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE LA MRAP | 27 |
| 1.1. Objectifs | 27 |
| 1.2. Méthode | 27 |
| 1.3. Population étudiée..... | 27 |
| 1.4. Description des données collectées..... | 28 |
| 1.5. Recueil des données | 28 |
| 1.5.1. Les sages-femmes du service de consultations externes..... | 28 |
| 1.5.2. Les sages-femmes du service ante natal..... | 30 |
| 1.5.3. Les sages-femmes de salle de naissance | 31 |
| 1.5.4. Les sages-femmes du secteur mère-enfant..... | 32 |
| 1.5.5. Les obstétriciens..... | 33 |
| | |
| 2. REVUE DE DOSSIERS | 35 |
| 2.1. Objectif..... | 35 |
| 2.2. Échantillon | 35 |
| 2.3. Méthode | 35 |
| 2.4. Recueil des données | 35 |
| 2.4.1. La synthèse..... | 36 |
| 2.4.2. La parité | 36 |
| 2.4.3. L'âge gestationnel..... | 37 |
| 2.4.4. Le suivi de grossesse..... | 37 |
| 2.4.5. Contexte de l'entretien..... | 38 |
| 2.4.6. Les items renseignés | 38 |
| | |
| Partie 3 | 40 |
| 1. ANALYSE DES ENQUETES | 41 |
| 1.1. Difficultés rencontrées | 41 |
| 1.2. Pratique de l'entretien..... | 41 |
| 1.3. Contenu de la synthèse..... | 42 |
| 1.4. Utilisation de la synthèse | 42 |
| 1.5. Information des patientes | 43 |

| | |
|---|-----------|
| 2. DYSFONCTIONNEMENT CONSTATE..... | 44 |
| 2.1. Manque d'intérêt des professionnels pour l'EPI | 44 |
| 2.2. Information des patientes | 44 |
| 2.3. Problème du suivi de l'EPI | 45 |
| 2.4. Coût de l'EPI | 45 |
| 3. PROPOSITIONS POUR DEVELOPPER L'EPI | 46 |
| 3.1. Information des professionnels | 46 |
| 3.2. Information des patientes | 46 |
| 3.3. Évaluation | 47 |
| 4. PROPOSITIONS D'AMENAGEMENT DE L'EPI..... | 48 |
| 4.1. Suivi de grossesse alterné | 48 |
| 4.2. Temps de consultation augmenté | 48 |
| Conclusion..... | 49 |
| Bibliographie | 50 |
| TABLE DES MATIERES | 53 |
| ANNEXE 1 | 56 |
| ANNEXE 2..... | 58 |
| ANNEXE 3..... | 59 |
| ANNEXE 4..... | 61 |

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DU SERVICE DE CONSULTATIONS EXTERNES

Je suis étudiante sage-femme en 4ème année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un état des lieux sur la pratique de l'entretien prénatal individuel ou EPI à la Maternité Régionale. Je me permets donc de vous solliciter pour répondre à ces quelques questions, de manière anonyme. Je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez.

1. Pour vous, que représente l'EPI? Quel est son but?

.....
.....
.....
.....

2. Qu'en pensez-vous?

.....
.....
.....
.....

3. Pouvez-vous expliquer comment vous procédez et quels sont les sujets que vous abordez?

.....
.....
.....
.....

4. Que vous apporte l'EPI?

.....
.....
.....
.....

5. Le pratiquez-vous en même temps que la consultation prénatale du 4ème mois?

- Oui toujours
- Parfois
- Jamais

Pourquoi?

6. Le proposez-vous systématiquement à toutes les femmes que vous rencontrez?

- Oui, quel que soit le terme de la grossesse
- Uniquement si vous la rencontrez avant le 4ème mois de grossesse
- Lorsque vous estimez que la patiente en a besoin, précisez :
.....
- Lorsque vous y pensez
- Jamais

7. Comment réagissent les femmes? Quels sont les motifs de refus?

.....
.....
.....
.....

8. Utilisez-vous la page du dossier médical prévue à cet effet pendant l'entretien?

- Oui toujours
- Vous la remplissez en accord avec la patiente
- Lorsqu'il y a besoin
- Jamais

9. Vous en servez-vous a posteriori au cours de la grossesse?

- Vous la regardez toujours
- Il vous arrive d'ajouter des informations
- Vous ne vous en servez plus, une fois que l'EPI a été fait

10. Que pensez-vous de cette synthèse?

.....
.....
.....
.....

N' hésitez pas à me faire part de vos remarques:

.....
.....
.....
.....

Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à mon questionnaire.

*Julie Noël,
étudiante sage-femme en 4ème année*

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DES SERVICES ANTENATAL, SALLE DE NAISSANCE ET SECTEUR MERE-ENFANT

Je suis étudiante sage-femme en 4ème année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un état des lieux sur la pratique de l'entretien prénatal individuel ou EPI à la Maternité Régionale. Je me permets donc de vous solliciter pour répondre à ces quelques questions, de manière anonyme. Je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez.

1. Pour vous, que représente l'EPI?

.....
.....
.....

2. Qu'en pensez-vous?

- Indispensable pour toutes les patientes
- Utile pour certaines patientes
- Peu utile
- Inutile

3. Que pensez-vous de la synthèse présente dans le dossier médical?

- Indispensable pour permettre une prise en charge globale de la femme
- Utile dans certaines situations
- Peu utile
- Inutile

4. La consultez-vous?

- Systématiquement
- Lorsque j'ai le temps
- Dans certains cas:.....
- Jamais

5. Qu'apporte-t-elle à votre pratique?

.....
.....
.....

N'hésitez pas à me faire part de vos remarques.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES OBSTETRICIENS

Je suis étudiante sage-femme en 4ème année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un état des lieux sur la pratique de l'entretien prénatal individuel ou EPI à la Maternité Régionale. Je me permets donc de vous solliciter pour répondre à ces quelques questions, de manière anonyme. Je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez.

1. Pour vous, que représente l'EPI?

.....
.....
.....

2. Qu'en pensez-vous?

- Indispensable
- Utile pour certaines patientes
- Inutile

3. Qu'apporte-t-il à votre pratique?

.....
.....
.....

4. Lorsque vous rencontrez une patiente pour la première fois en consultation, lui proposez-vous d'effectuer un EPI?

- Systématiquement, quel que soit le terme de la grossesse
- Systématiquement, lorsque vous la rencontrez avant le 4ème mois de grossesse
- Uniquement lorsque vous estimez qu'elle en a besoin, préciser.....
- Lorsque vous y pensez
- Jamais

5. Lorsque vous proposez l'EPI, les patientes acceptent-elles?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais, pourquoi?.....

6. Vous servez-vous de la synthèse de l'EPI présente dans les dossiers médicaux?

- Systématiquement
- Lorsque vous avez le temps
- Rarement
- Jamais,
pourquoi?.....

7. Que pensez-vous de sa présence dans les dossiers? De son contenu?

.....
.....
.....

8. Que vous apporte-t-elle dans le suivi des patientes?

.....
.....
.....

N'hésitez pas à me faire part de vos remarques:

.....
.....
.....

Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à mon questionnaire.

*Julie Noël,
étudiante sage-femme en 4ème année.*

ANNEXE 4

BORDEREAU DE RECUEIL

| | Oui | Non | Précisions |
|--|-----|-----|------------|
| L'EPI a-t-il été réalisé. | | | |
| Suivi de grossesse par une sage-femme? | | | |
| La patiente est-elle primipare? | | | |
| Quel est l'AG au moment de l'EPI? | | | |
| Le conjoint est-il présent? | | | |
| La synthèse est-elle renseignée? | | | |
| Projet de naissance | | | |
| Attentes face à la grossesse, naissance, rôle des parents | | | |
| Expériences antérieures/maternité | | | |
| Allaitement | | | |
| Sortie précoce | | | |
| Items médicaux: | | | |
| Nutrition | | | |
| Addictions | | | |
| Items sociaux: | | | |
| Conditions de logement | | | |
| Violences familiales | | | |
| Items psychologiques: | | | |
| Antécédents affectifs, familiaux | | | |
| Événements stressants survenus durant les 12 mois précédents | | | |
| Items généraux | | | |

