



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Ecole de sages-femmes de Poitiers

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE AUPRÈS DES SAGES-FEMMES EN RÉGION NOUVELLE- AQUITAINE

Étude observationnelle, transversale portant sur les sages-femmes de la région Nouvelle-Aquitaine

Mémoire présenté

Par M^{lle} DELAGE Elise

Née le 13 janvier 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2020

Composition du jury :

Président : Monsieur Chevalet, sage-femme coordinateur (CHU Poitiers)

Membres : Madame Papin, sage-femme enseignante (Poitiers)

Madame Petit, sage-femme libérale (Poitiers)

Direction du mémoire : Madame Barandon, sage-femme coordinatrice et directrice de l'école de Bordeaux

Madame Elisabeth Glatigny, psychologue du RPNA



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Ecole de sages-femmes de Poitiers

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE AUPRÈS DES SAGES-FEMMES EN RÉGION NOUVELLE- AQUITAINE

Étude observationnelle, prospective portant sur les professionnels de la santé périnatale
dans la région Nouvelle-Aquitaine

Mémoire présenté

Par M^{elle} DELAGE Elise

Née le 13 janvier 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2020

Composition du jury :

Président : Monsieur Chevalet, sage-femme coordinateur (CHU Poitiers)

Membres : Madame Papin, sage-femme enseignante (Poitiers)

Madame Petit, sage-femme libérale (Poitiers)

Direction du mémoire : Madame Barandon, sage-femme coordinatrice et directrice de l'école de Bordeaux
Madame Elisabeth Glatigny, psychologue du RPNA

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mes directrices de mémoire, Séverine Barandon, sage-femme coordinatrice - directrice de l'école de sages-femmes de Bordeaux, et Elisabeth Glatigny, psychologue du réseau de périnatalité de la Nouvelle-Aquitaine, pour la qualité de leur enseignement et leur accompagnement qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

Cyrille Catalan, sage-femme statisticien à Limoges, pour son aide dans la mise en page du questionnaire et l'analyse des résultats.

Delphine Contal et Julia Deparis, sages-femmes enseignantes à l'école de Poitiers, pour leur dévouement, leur disponibilité et leurs précieux conseils tout au long de ce projet.

Sylvie Guinot, directrice de l'école de sages-femmes de Poitiers, et toute l'équipe pédagogique pour leur bienveillance, leur écoute et leur don du partage durant ces quatre années.

Takako Iri, sage-femme cadre et coordinatrice du centre hospitalier de Châtelleraut, pour son analyse pertinente et ses conseils bienveillants.

Ma famille et Léo, pour leur amour, leur soutien et leurs encouragements qui m'ont permis d'avancer.

Mes amies de toujours, Charlotte et Aline, merci de faire partie de ma vie et de m'avoir toujours soutenue.

A ma promotion, merci pour ces années inoubliables passées ensemble.

En dernier, un grand merci à Agathe, Audrey, Aurianne, Cloé et Florie pour leur soutien indéfectible et leur amitié sans faille.

GLOSSAIRE

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations Statistiques

UNAF : Union National des Associations Familiales

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

RPNA : Réseau Périnatalat Nouvelle-Aquitaine

NA : Région Nouvelle-Aquitaine

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UMB : Unité Mère-Bébé

SF : Sage-Femme

SFL : Sage-Femme Libérale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	11
2. METHODOLOGIE.....	15
2.1. Objectifs	15
2.2. Schéma d'étude	15
2.3. Durée d'étude	15
2.4. Population.....	15
2.5. Critères de jugement	15
2.6. Mode de collecte des données	16
2.7. Analyse statistique	17
2.8. Aspect éthique et réglementaire	17
3. RÉSULTATS	19
3.1. Généralités.....	19
3.2. Répartition géographique.....	20
3.3. Formation et connaissances	23
3.4. Critères pour proposer l'EPP.....	24
3.5. Date et lieu de réalisation de l'EPP.....	25
3.6. Contenu d'un entretien prénatal précoce	26
3.7. Supports utilisés et synthèse	28
3.8. Orientation et réaction face à une situation délicate	30
3.9. Difficultés rencontrées.....	31
3.10. Moyens et actions.....	32
3.11. Caractéristiques des sages-femmes réalisant des EPP dans notre étude	33
3.12. Analyses des connaissances des sages-femmes de l'étude.....	34
4. ANALYSE ET DISCUSSION	37

4.1. Principaux résultats.....	37
4.2. Limites de l'étude.....	38
4.3. Forces de l'étude.....	39
4.4. Confrontation à la littérature	39
4.4.1. Qui réalise les EPP ?	39
4.4.2. Recommandations de la HAS et loi du 24 Décembre 2019	40
4.4.3. Réalisation et durée de l'EPP	41
4.4.3.1. A quel moment de la grossesse ?.....	41
4.4.3.2. Durée de l'EPP face aux besoins des patientes.....	42
4.4.4. Retranscription de l'EPP.....	43
4.4.5. Coordination interdisciplinaire	45
4.4.6. Formation à l'EPP	47
5. CONCLUSION.....	49
6. BIBLIOGRAPHIE	51
7. ANNEXES	55
8. ABSTRACT AND KEYWORDS.....	63

1. INTRODUCTION

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place suite au plan de périnatalité « Humanité, proximité, sécurité, qualité » de 2005-2007 (1). Cet entretien a été créé dans l'optique d'« améliorer la santé globale des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés ». Son but principal est de coordonner les actions des professionnels de santé autour de la femme enceinte et de structurer la préparation à la naissance et à la parentalité. Il a aussi pour but de : « présenter le dispositif de suivi de la grossesse, de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels, d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques, et sociales qui pourraient advenir, de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ». Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) il devait être proposé systématiquement à la femme enceinte lors de la déclaration de grossesse ou le plus précocement pendant cette dernière, mais depuis le 1^{er} mai 2020 il est devenu obligatoire par la loi du 24 Décembre 2019 relative au financement de la Sécurité Sociale 2020 (2). Idéalement, il doit être réalisé au premier trimestre de grossesse et dure au minimum 45 minutes. La présence du conjoint y est vivement conseillée pour prendre en considération l'entourage proche de l'enfant à naître (3). L'EPP est le moment idéal pour favoriser et laisser place à l'expression des attentes des futurs parents, présenter les ressources qu'ils ont à proximité afin d'optimiser le déroulement de la grossesse et repérer les situations de vulnérabilités (violences, précarité, addictions etc.) (3,4). L'EPP peut être réalisé par une sage-femme ou par un professionnel de la naissance formé à celui-ci (médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien). Cet entretien ne se substitue pas aux séances de préparation à la naissance (PNP) puisqu'il est la première des huit séances qui sont remboursées par la sécurité sociale (3).

Aujourd'hui l'intérêt d'une prise en charge précoce dans les troubles de la relation parents-enfants tant sur le plan de la santé physique que de la santé mentale est démontré (4-7). Monique Bydlowsky, neuropsychiatre française, montrait combien il était important de repérer précocement les angoisses de début de grossesse afin d'apaiser et de rendre la femme plus disponible à elle-même mais aussi à son enfant à naître (8). Des troubles du développement, et surtout psychiques, peuvent apparaître chez le nourrisson lié à des angoisses tout au long de la grossesse. Des événements traumatisants récents ou anciens peuvent faire surface en début de grossesse car la grossesse est un état particulier

d'hypersensibilité (8–10). Il est donc important de ne pas laisser ces angoisses s'amplifier au risque d'entraîner des pathologies maternelles mais aussi fœtales (5).

L'EPP s'inscrit dans une démarche de prévention et d'éducation. En effet, l'EPP tient à favoriser la participation de la femme enceinte au déroulement de sa grossesse et à son bien-être et en ce sens contribue à l'amélioration de l'estime de soi et à la capacité de prise de décision. Cette participation active de la femme et du couple s'ancre parfaitement dans notre système de santé actuel au sein duquel le patient devient acteur de sa santé et crée une relation de confiance, d'échange et de sécurité avec le professionnel qui suit la grossesse (5,11,12).

Selon le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique (DREES) de 2016, le pourcentage d'EPP effectué a augmenté entre 2010 et 2016 puisqu'il est passé de 21% à 28,5% (13). Ce taux peut être sous-estimé si les femmes ne distinguent pas bien l'EPP des consultations prénatales ou du début des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Malgré cette augmentation, le nombre d'entretien réalisé reste insuffisant. Pourtant 85% des maternités déclarent qu'elles en organisent (13). L'enquête de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en collaboration avec le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), réalisée auprès de 624 femmes, montrait que pour 65% d'entre elles cet entretien individuel ne leur avait pas été proposé malgré les recommandations de la HAS (14).

Le rapport de l'INSERM met en évidence de grandes disparités géographiques montrant un investissement inégal des régions dans l'organisation de cet entretien (13). Cela se confirme par l'enquête de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) menée en 2012 avec des écarts de réalisation d'EPP allant de 8 à 70% en fonction des territoires (15). Selon ces deux enquêtes, les EPP sont plus souvent réalisés chez les primipares et sont pour la majorité réalisés par les sages-femmes libérales et hospitalières (13,15).

La loi de 2007 relative à la protection de l'enfance donne une importance juridique à l'EPP au cours du quatrième mois de grossesse mais d'après l'enquête de la FFRSP, il serait réalisé au troisième trimestre dans près de 25% des cas (15,16). Malgré la découverte d'éléments pouvant impacter le déroulement de la grossesse lors de l'EPP, le rapport de la DREES révèle que la prise en charge des facteurs de risque n'est pas optimale. Seules 14,6% des femmes disent avoir été orientées vers un autre professionnel de santé pour bénéficier

d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée à leurs difficultés (difficultés sociales, tabagisme, difficultés psychologiques etc.) (13).

L'UNAF nous indique aussi que 26% des femmes interrogées disent ne pas avoir été questionnées concernant leur environnement affectif et que 21% d'entre elles estiment que leur situation sociale et professionnelle n'a pas été abordée (14). Ceci nous montre que le contenu de ces entretiens individuels peut parfois ne pas être adapté ou bien être incomplet malgré les recommandations de la HAS qui donnent un cadre à la PNP et à l'EPP (3). En revanche si l'EPP est bien mené et adapté à la situation de la patiente, il est perçu comme particulièrement rassurant et propice à un dialogue de qualité par les témoignages recueillis (14).

L'EPP est un outil intéressant en matière de prévention en santé périnatale car il permet d'anticiper les difficultés qu'elles soient somatiques ou psychologiques. Il n'a pas pour but de stigmatiser ni de créer un sentiment de dévalorisation chez la patiente, c'est pourquoi les professionnels doivent adapter leurs discours et surtout laisser la parole aux patientes. La HAS insiste sur l'empathie et l'écoute qu'il faut avoir au cours de cet entretien. En effet, une écoute attentive permet le repérage des angoisses et ainsi la mise en place d'une prise en charge préventive précoce (17).

Grâce à ces différentes enquêtes concernant l'EPP, le constat est simple. Nous savons que ce sont les sages-femmes qui informent le plus sur l'existence de cet entretien, elles ont donc un rôle tout particulier à jouer dans la promotion de celui-ci (15). L'entretien prénatal précoce n'est pas systématiquement proposé et les contenus de ces derniers ne semblent pas homogènes en fonction des professionnels de santé malgré les recommandations de bonnes pratiques éditées par la HAS. Ceci peut peut-être s'expliquer par des formations initiales et continues insuffisantes ou bien par une méconnaissance des objectifs de l'EPP.

Des freins à la mise en place et à la réalisation de l'EPP existent. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques de l'EPP auprès des sages-femmes de Nouvelle-Aquitaine dans le but de comprendre les difficultés rencontrées et de proposer des axes d'amélioration pour promouvoir l'EPP et harmoniser les pratiques au sein de la région.

Ce travail a été mené en collaboration avec le réseau de santé en périnatalité de la région Nouvelle-Aquitaine: le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (RPNA). Ce dernier permet aux professionnels de la santé périnatale de se rassembler et de leur proposer « un espace de

réflexion et de partage autour de projets pour la prévention et la promotion de la santé, l'amélioration et l'harmonisation des pratiques ». Le RPNA « coordonne et impulse des actions innovantes destinées à optimiser des prises en charge personnalisées » (18).

2. METHODOLOGIE

2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de la pratique de l'EPP auprès des sages-femmes de Nouvelle-Aquitaine.

Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les freins et les leviers à cette pratique et de proposer des axes d'amélioration pour harmoniser les pratiques de l'EPP au sein de la région Nouvelle-Aquitaine.

Le but final de ce travail était de promouvoir la pratique de l'EPP auprès des professionnels de la périnatalité (sage-femme, médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens).

2.2. Schéma d'étude

L'étude réalisée était observationnelle, transversale et prospective par questionnaire.

2.3. Durée d'étude

Le recueil des données s'étendait du 26 juillet 2019 au 9 Octobre 2019. Deux relances ont été réalisées : le 12 août et le 25 septembre.

2.4. Population

Les critères d'inclusion de l'étude étaient d'être sage-femme de la région Nouvelle-Aquitaine exerçant en établissements de santé (publics ou privés), en libéral et en Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les critères de non-inclusion étaient de ne pas être sage-femme et de ne pas exercer dans la région Nouvelle-Aquitaine.

2.5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était de connaître le taux de sages-femmes réalisant ou ne réalisant pas d'EPP.

Les critères de jugement secondaires portaient sur l'évaluation de leurs pratiques. Plusieurs thèmes ont été abordés : la formation suivie, la connaissance des objectifs de l'EPP comme dépister les situations de vulnérabilité, présenter le dispositif de suivi de grossesse, informer la patiente sur les différentes ressources qui existent à proximité mais aussi

l'organisation de la réalisation de l'entretien, les raisons pour lesquelles elles ne réalisaient pas d'entretien ou encore ce qu'elles pensaient bénéfique pour promouvoir l'EPP.

Les critères de jugement ont été élaborés à partir des recommandations de bonne pratique de la HAS et de la littérature.

2.6. Mode de collecte des données

L'étude a été menée à partir d'un questionnaire disponible sur internet et sur le site du RPNA (Annexe I).

Le questionnaire a été créé à partir des recommandations de bonnes pratiques éditées par la HAS pour la réalisation de l'EPP mais aussi à partir de la littérature.

La première partie du questionnaire concernait l'activité du professionnel et ses connaissances sur l'EPP. Elle permettait de connaître : la profession, le secteur d'activité, le département d'exercice, l'année d'obtention du diplôme, la formation à l'EPP et les connaissances des objectifs de l'EPP.

La deuxième partie du questionnaire concernait la réalisation d'EPP. Elle permettait de comprendre quels étaient les freins à la réalisation de l'EPP pour celles qui n'en réalisaient pas.

La troisième partie du questionnaire concernait les habitudes de pratiques pour celles qui réalisaient des EPP. Elle permettait de connaître : le nombre d'EPP réalisés par semaine, s'il était proposé en systématique ou non, le temps consacré à un EPP, la date de réalisation de l'EPP, les thèmes abordés, le support utilisé, la retranscription d'une synthèse et l'orientation vers d'autres professionnels.

La dernière partie du questionnaire concernait les solutions proposées par les sages-femmes pour promouvoir l'EPP.

Le questionnaire était composé de questions fermées, à choix multiples et semi-ouvertes.

Le questionnaire a été diffusé par mail aux sages-femmes de Nouvelle-Aquitaine présentes dans le listing de professionnels du RPNA quel que soit leur secteur d'activité.

2.7. Analyse statistique

L'analyse statistique de l'étude a été réalisée à partir de la base des données anonymisées. Les logiciels JMP de SAS industries et EpilInfo ont été utilisés. Le seuil de significativité des tests était fixé à une valeur de $p < 5\%$.

2.8. Aspect éthique et réglementaire

Un accord préalable d'un comité de protection des personnes n'a pas été nécessaire puisqu'il s'agissait d'une étude observationnelle sans aucune intervention auprès des sages-femmes. Seuls les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- l'identité du responsable du traitement des données,
- l'objectif de la collecte d'informations,
- le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- les destinataires des informations.

Les questionnaires étaient anonymes et le retour du questionnaire complété par le sujet a fait office de consentement pour participer à l'étude.

3. RÉSULTATS

3.1. Généralités

Parmi les sages-femmes en activité de la Nouvelle-Aquitaine, 243 ont participé à l'étude. Le taux de participation était donc de 13% si l'on prend en compte le nombre de sages-femmes en 2018 en Nouvelle-Aquitaine tous secteurs d'activités confondus selon la DRESS (n=1848)(19).

Au sein des sages-femmes interrogées, 60,9% (n=148) exerçaient dans le secteur public, 18,1% (n=44) en libéral, 10,7% dans le secteur privé (n=26) et 10,2% (n=25) en territorial.

En moyenne, les sages-femmes de cette étude ont été diplômées en 2000. Les dates de diplôme allant de 1975 à 2019.

Parmi les sages-femmes interrogées, 126 ont déclaré réaliser des EPP soit 51,8%. Dans le secteur hospitalier elles étaient 33,9% (n=59) à réaliser des EPP, dans le secteur libéral elles étaient 97,7% (n=43) et dans le secteur territorial elles étaient 96% (n=24).

Tous les types de maternités étaient représentés. En type 3, 20,3% (n=12) des sages-femmes déclaraient réaliser des entretiens, contre 46,4% (n=13) des sages-femmes exerçant en type 2A, 43,2% (n=16) en type 1 et 37,2% (n=19) en type 2B.

En moyenne les sages-femmes interrogées réalisaient des EPP depuis 7,2ans. Elles réalisaient 2,5 EPP en moyenne par semaine avec des écarts allant de 1 à 22 EPP par semaine. Les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales réalisaient en moyenne au moins 2 EPP par semaine et les sages-femmes hospitalières moins de 1 EPP par semaine.

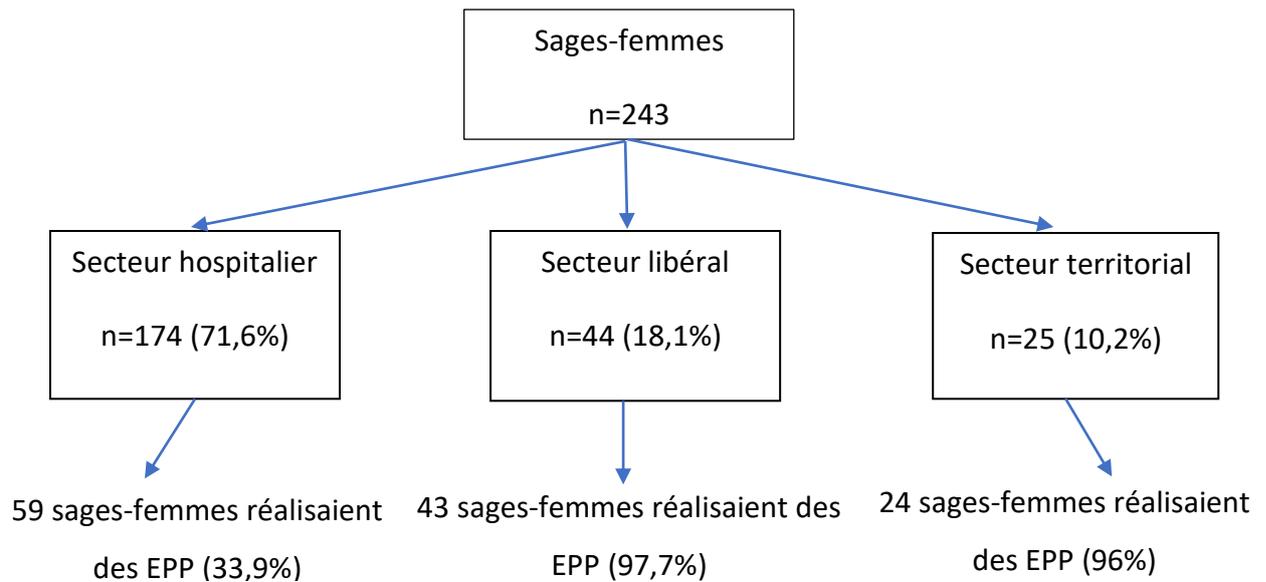


Figure 1: Nombre de réponses (%) obtenues en fonction des secteurs d'activités et de la pratique d'EPP

3.2. Répartition géographique

Les taux de participation ont été calculé à partir du nombre de sages-femmes recensées dans chaque département par la DREES en 2018(19).

Les taux de participation à l'étude selon les départements étaient de :

- Charente (16) : 33% n=30,
- Charente-Maritime (17) : 4,8% n=9,
- Corrèze (19) : 14,5% n=12,
- Creuse (23) : pas de réponse,
- Dordogne (24) : 11% n=10,
- Gironde (33) : 8,4% n=46,
- Landes (40) : 11% n=12,
- Lot-et-Garonne (47) : 8,4% n=8,
- Pyrénées-Atlantiques (64) : 13,6% n=30,
- Deux-Sèvres (79) : 16,2% n=16,
- Vienne (86) : 13,8% n=22,
- Haute-Vienne (87) : 19,4% n=27.

Données manquantes : 21

Le pourcentage de sages-femmes qui réalisait des EPP était différent d'un département à un autre : de 7,4% à 90%.

Le pourcentage de sages-femmes qui proposaient l'EPP à toutes ses patientes variait de 50% à 100% en fonction des départements.

En fonction des départements :

- entre 3,3% et 100% des sages-femmes qui réalisaient des EPP ont été formées en formation continue,
- entre 0 et 45,4% des sages-femmes qui réalisaient des EPP ont été formées en formation initiale,
- entre 0 et 60% des sages-femmes qui réalisaient des EPP n'avaient pas de formation,

Tableau 1: Effectifs et pourcentages des sages-femmes réalisant des EPP par département

Département	Nombre de participation à l'étude	Nombre de SF réalisant des EPP	Pourcentage de SF réalisant des EPP
16	30	27	90
17	9	5	55,6
19	12	6	50
24	10	5	50
33	46	18	40
40	12	3	25
47	8	4	50
64	30	18	60
79	16	9	56,2
86	22	11	50
87	27	2	7,4

Tableau 2: Effectifs et pourcentages de sages-femmes proposant systématiquement l'EPP en fonction des départements

Département	Nombre de SF réalisant des EPP	Nombre de SF proposant EPP à toutes les patientes	%
16	24	18	75
17	5	4	80
19	6	5	83,3
24	5	5	100
33	18	10	55,6
40	3	3	100
47	4	4	100
64	18	17	94,4
79	9	8	88,9
86	11	10	91
87	2	1	50

Tableau 3: Type de formation des sages-femmes réalisant des EPP en fonction des départements (effectifs et pourcentages)

Département	Nombre de SF réalisant EPP	Pas de formation n (%)	Formation continue n(%)	Formation initiale n(%)
16	24	7 (29,2)	14 (58,3)	3 (12,5)
17	5	3 (60)	2 (40)	0
19	6	0	5 (83,3)	1 (16,7)
24	5	0	5 (100)	0
33	18	1 (5,6)	15 (83,3)	2 (11,1)
40	3	1 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)
47	4	0	4 (100)	0
64	18	2 (11,1%)	11 (61,1)	5 (27,8)
79	9	4 (44,4%)	3 (33,3)	2 (22,3)
86	11	2 (18,2%)	4 (36,4)	5 (45,4)
87	2	0	2 (100)	0

3.3. Formation et connaissances

En ce qui concerne la formation à l'EPP, 40,3% des SF interrogées n'ont pas été formées à la réalisation d'EPP, 41,1% ont été formées par une formation continue et 18,6% en formation initiale. Le taux de formation dans le groupe de sages-femmes qui réalisaient l'EPP (n=126) était de :

- 65% en formation continue (n=82),
- 17,4% pendant les études (n=22),
- 17,4% n'ont pas du tout été formés (n=22).

En ce qui concerne les connaissances des objectifs de l'EPP : une sage-femme a répondu ne pas connaître les objectifs de ce dernier. Aucune sage-femme n'a coché tous les items à la question des objectifs de l'EPP. Une réponse positive était attendue pour toutes les propositions car elles étaient listées dans les recommandations de la HAS.

Les objectifs ayant obtenu le moins de réponses étaient « encourager la femme et/ou le couple à participer aux séances de préparation à la naissance », « présenter le dispositif de suivi de grossesse » et « permettre un dialogue pour consolider la relation de confiance avec le système de santé » avec respectivement 37%, 57,2% et 58,4% des réponses.

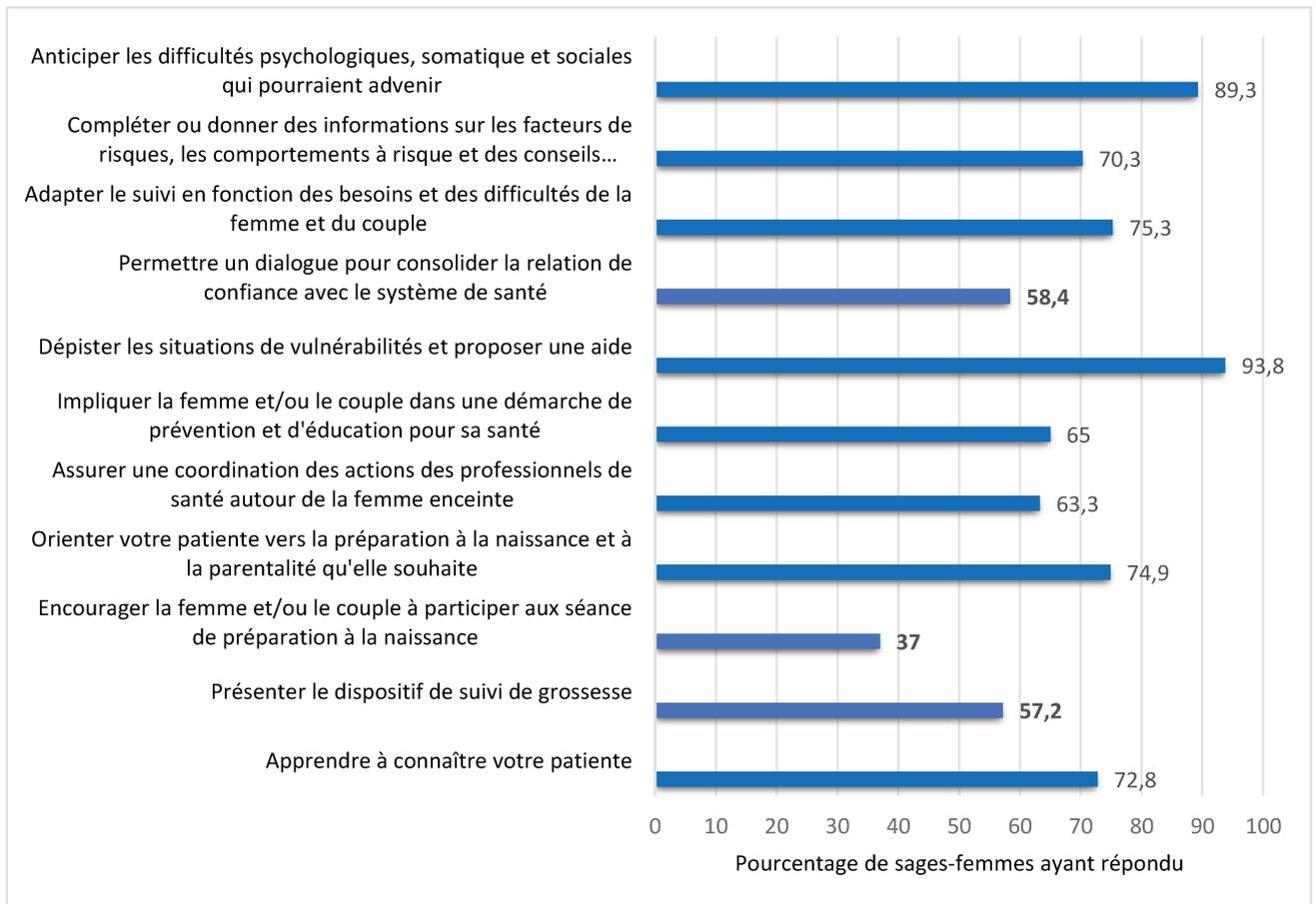


Figure 2: Connaissances des objectifs de l'EPP des sages-femmes interrogées en pourcentage

3.4. Critères pour proposer l'EPP

105 sages-femmes proposaient un entretien à toutes leurs patientes soit 83,3%. A l'inverse 20 sages-femmes soit 15,8% déclaraient ne pas proposer l'entretien à toutes leurs patientes mais seulement selon certains critères. Une sage-femme n'a pas répondu à la question.

Les sages-femmes qui ne réalisaient pas d'EPP en systématique le faisaient selon les critères suivants :

- le terme pour 45% (n=9),
- la situation psychologique pour 45% (n=9),
- la situation sociale pour 40% (n=8),
- les conditions socio-économiques pour 35% (n=7),
- l'âge pour 20% (n=4),
- la parité pour 15% (n=3),
- les pathologies pour 5% (n=1).

Neuf d'entre-elles (45%) ont précisé que ce n'était pas elles mais leurs secrétaires qui proposaient les rendez-vous pour les entretiens. Cinq sages-femmes (25%) ont précisé que parfois leurs patientes leur étaient adressées trop tardivement pour proposer un EPP et que leurs créneaux dédiés étaient déjà pris. Trois autres (15%) ont précisé qu'elles ne pouvaient pas voir toutes les patientes en entretien car leur nombre de créneaux était limité, et une sage-femme a noté que toutes les patientes ne ressentait pas le besoin de bénéficier d'un EPP.

La figure 3 ci-dessous montre la répartition des critères choisis par les sages-femmes qui ne proposaient pas l'EPP en systématique.

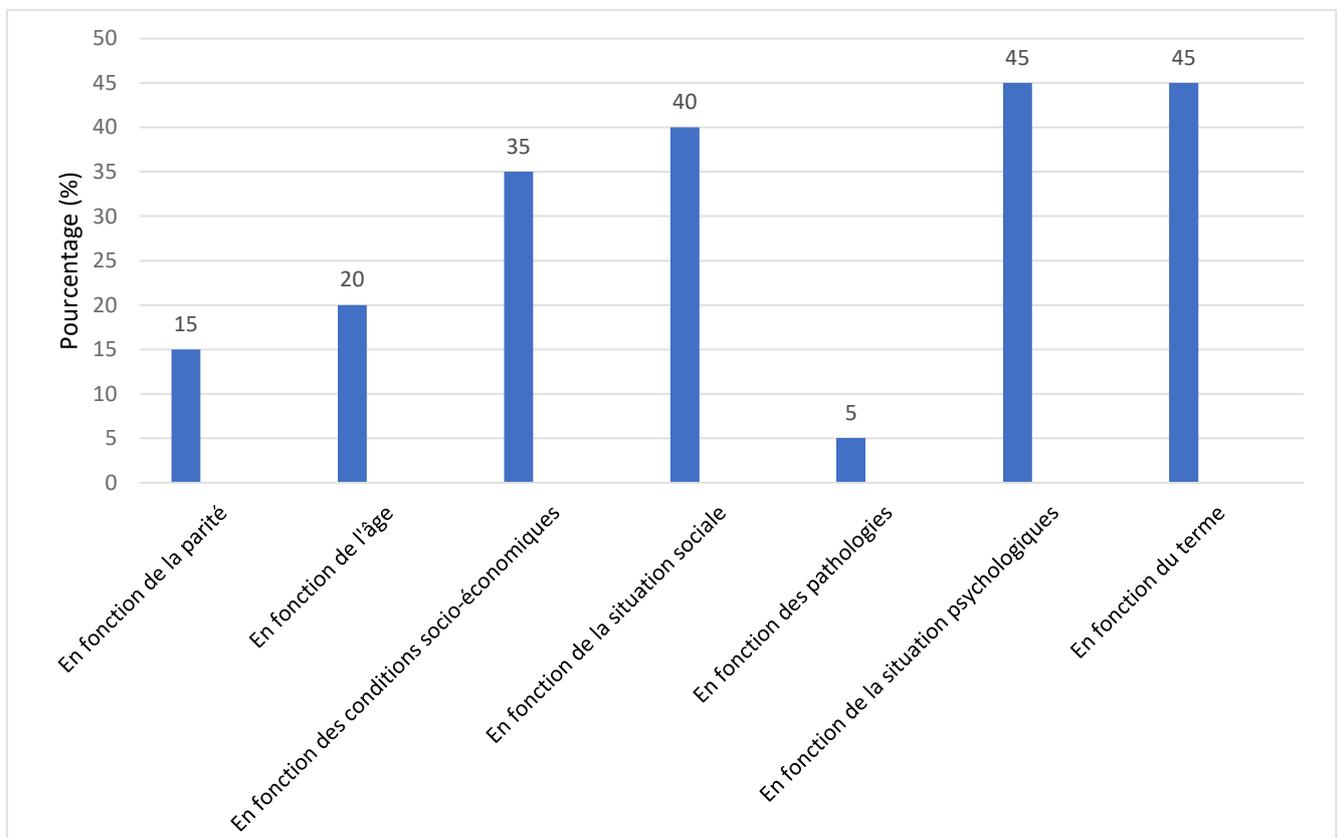


Figure 3 : Répartition des caractéristiques choisies pour la proposition d'un EPP en pourcentage (n=20)

3.5. Date et lieu de réalisation de l'EPP

19,8% (n=25) des sages-femmes interrogées réalisaient l'EPP au premier trimestre et 16,6% (n=21) au deuxième trimestre. 31,7% (n=40) déclaraient le réaliser en fonction de la période de rencontre avec la patiente. 65 sages-femmes proposaient de faire l'entretien avec leur conjoint ou conjointe (51,5%). Pour 18,2% (n=23) d'entre elles, elles le réalisaient à leur

bureau dans leur salle de consultation. Trois sages-femmes (2,4%) ont précisé qu'elles réalisaient l'entretien au domicile des patientes.

Trois sages-femmes (2,4%) réalisaient leur EPP en moins de 45 minutes. 77 sages-femmes (61,1%) prenaient plus de 45 minutes et 46 sages-femmes (36,5%) mettaient 45 minutes pour les réaliser.

Tableau 4 : Caractéristiques et habitudes de réalisation d'un EPP par les sages-femmes interrogées

	Nombre de sages-femmes (n=126)	%
Accompagnement pendant l'entretien:		
Patiente rencontrée seule à seule	8	6,3
Patiente rencontrée avec conjoint/conjointe	65	51,5
Patiente rencontrée avec personne de confiance	3	2,3
Lieu de l'entretien:		
Entretien réalisé autour du bureau en salle de consultation	23	18,2
Entretien réalisé autour d'une table	12	9,5
cercle	6	4,7
Moment de l'entretien:		
EPP réalisé au 1er trimestre	25	19,8
EPP réalisé au 2ème trimestre	21	16,6
EPP réalisé à l'ouverture de dossier	12	9,5
EPP réalisé en fonction de la période de rencontre avec la patiente	40	31,7
EPP réalisé à n'importe quel moment de la grossesse	28	22,2

3.6. Contenu d'un entretien prénatal précoce

La figure 4 ci-après représente les questions que posaient les sages-femmes pour réaliser le contenu de leur entretien. Trois questions étaient en moindre mesure pensées par les sages-femmes : « ce que croit la patiente ? » (41,2%), « se sent-elle menacée ? » (51,5%) et « ce que sait la patiente ? » (56,3%).

Trois thèmes étaient abordés systématiquement par plus de 90% des sages-femmes : la préparation à la naissance, le projet de naissance et les vulnérabilités psycho-affectives.

Trois thèmes étaient abordés par moins de 50% des sages-femmes : les antécédents familiaux, la santé physique et la sexualité avec la vie de couple.

Le ressenti des sages-femmes vis-à-vis de leur comportement pendant l'EPP :

- 94,4% (n=119) répondaient avoir une écoute active pendant l'entretien,
- 88,8% (n=112) laissaient la patiente parler librement,
- 85,7% (n=108) posaient des questions ouvertes.

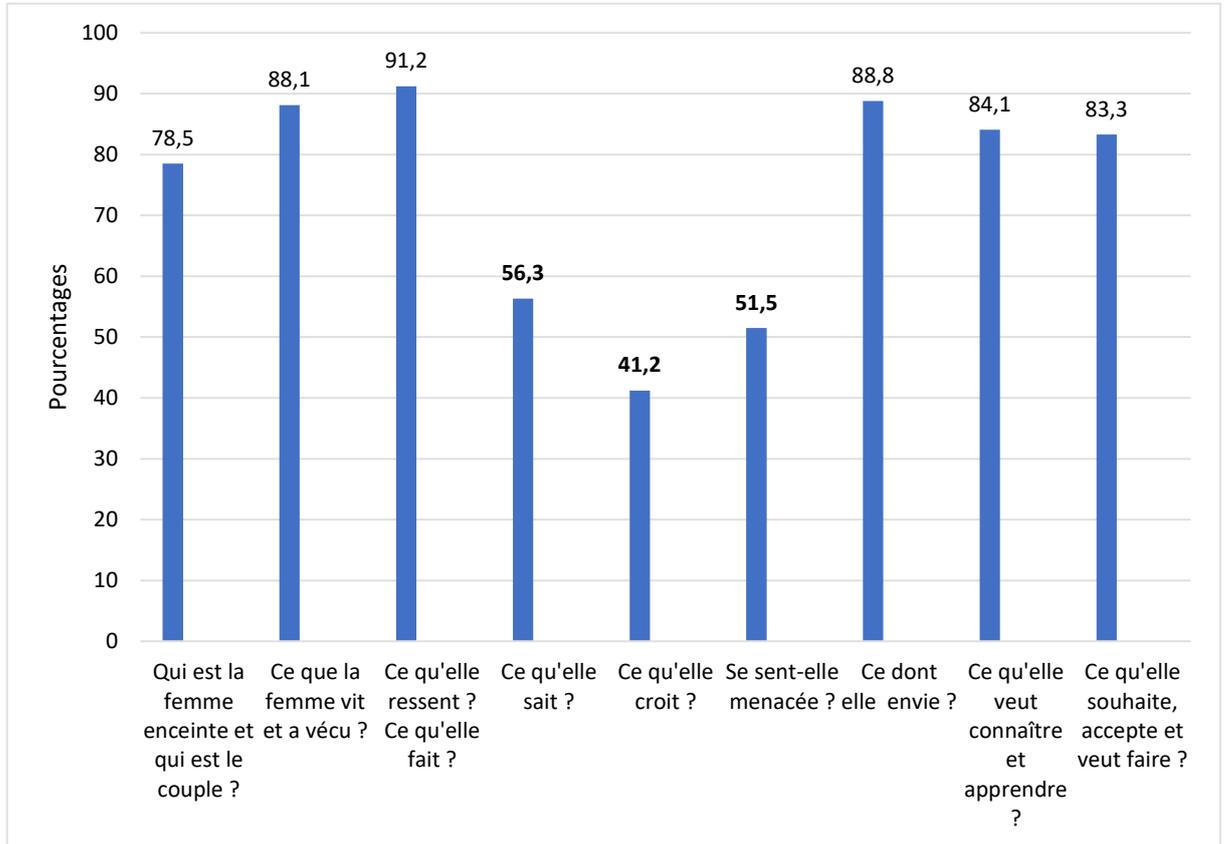


Figure 4 : Répartition des questions que se posaient les sages-femmes pour réaliser un EPP en pourcentage (n=126)

Tableau 5 : Ressenti des sages-femmes sur leur comportement pendant l'entretien (n=126)

	Oui		Pas suffisamment	
	%	n	%	n
Laisser la parole à la patiente et/ou le couple	88,8	112	10,3	13
Formuler des questions ouvertes	85,7	108	14,2	18
Avoir une écoute active	94,4	119	4,7	6

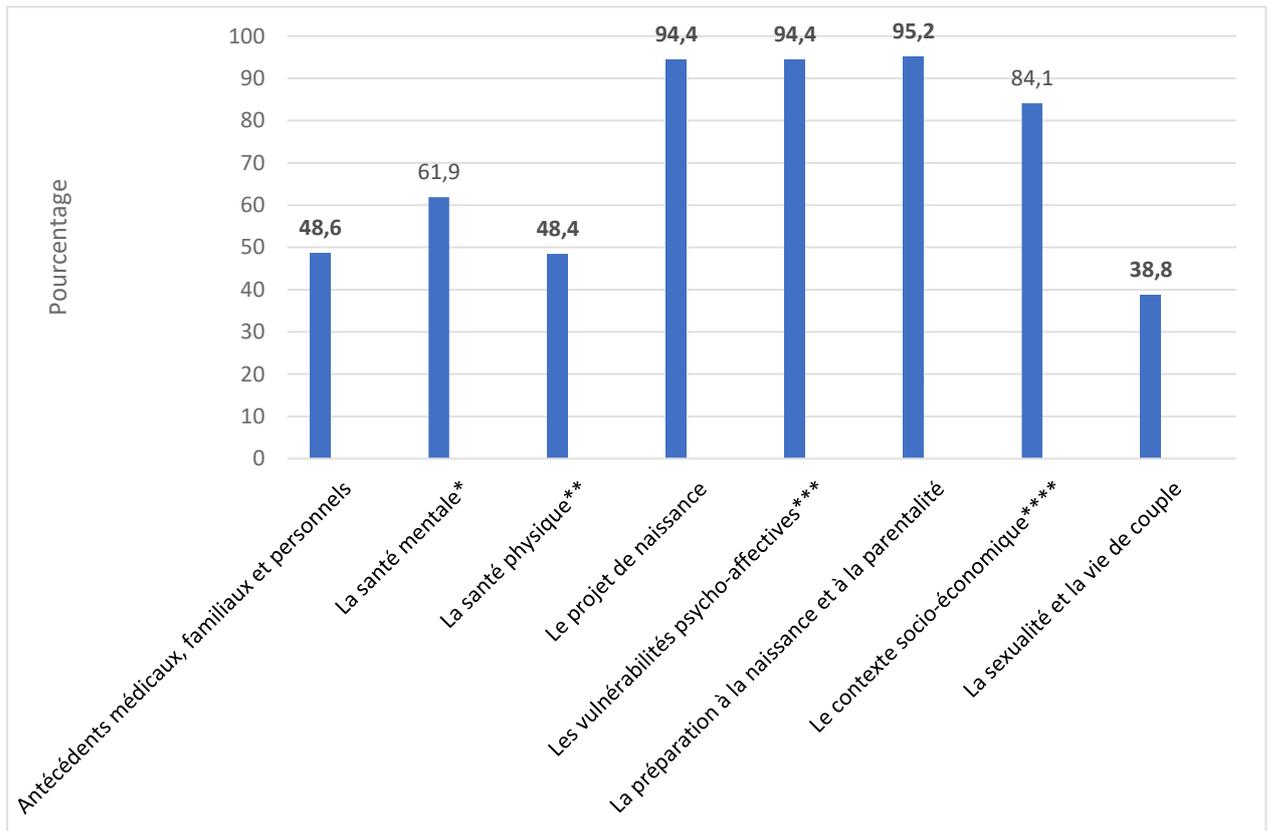


Figure 5 : Répartition des thèmes abordés systématiquement par les sages-femmes pendant l'EPP en pourcentage (n=126)

*La santé mentale comprend les antécédents de dépression et/ou dépression du post-partum, les psychoses puerpérales

** La santé physique intègre la pratique d'une activité physique mais aussi la présence de maladies chroniques

*** Les vulnérabilités psycho-affectives comprennent le stress, les angoisses, les addictions, les violences, les antécédents obstétricaux douloureux, les troubles du sommeil, l'isolement

**** Le contexte socio-économique comprend les revenus, le lieu d'habitat, l'équipement, l'entourage

3.7. Supports utilisés et synthèse

60 sages-femmes (47,6%) utilisaient un support papier et 17 (13,4%) utilisaient l'informatique. Nous pouvons noter que 92,1% (n=116) des sages-femmes retranscrivaient leurs entretiens et que 7,9% (n=10) ne le faisaient pas.

En ce qui concerne le devenir de la synthèse de l'entretien, quatre sages-femmes (3,4%) ont précisé qu'elles laissaient choisir la patiente : soit elles rangeaient la synthèse dans le dossier, soit elles donnaient un double à la patiente en fonction de leur souhait.

Dix sages-femmes ne retranscrivaient pas leurs entretiens. Parmi ces dernières, 5 (50%) ne savaient pas quoi en faire, 3 (30%) ne voyaient pas l'utilité de rédiger un compte-

rendu, 1 sage-femme (10%) avait des difficultés de rédaction et une autre (10%) manquait de temps pour rédiger.

Tableau 6 : Supports utilisés et retranscription des EPP par les sages-femmes interrogées en effectif et pourcentage (n=126)

	%	n
Support utilisé :		
papier	47,6	60
informatique	13,4	17
créé par la sage-femme	12,7	16
créé par le réseau de périnatalité	13,4	17
pas de support	12,7	16
Retranscription de l'entretien :		
sur une feuille spécifique EPP	44,4	56
dans le dossier médical avec rubrique dédiée	23	29
papier libre	20,6	26
pas de retranscription	7,9	10

Tableau 7 : Rédaction et devenir des comptes-rendus des EPP en effectif et pourcentage (n=116)

	%	n
Rédaction de l'entretien :		
fait par la sage-femme	52,5	61
fait par la patiente et/ou le couple	1,7	2
fait ensemble	31,8	37
rédigé par la sage-femme et relu par la patiente et/ou le couple	12,9	15
Devenir du compte-rendu :		
reste dans le dossier médical	56,8	66
relu par la patiente	5,1	6
double donné à la patiente	32,7	38
partage aux professionnels qui suivent la grossesse	0,8	1

3.8. Orientation et réaction face à une situation délicate

Toutes les sages-femmes (n=126) ont répondu positivement au fait d'orienter leurs patientes vers d'autres professionnels et 19,8% d'entre elles avouaient être démunies en fonction des situations.

Les sages-femmes orientaient leurs patientes vers un psychologue à 97,6% (n=123), vers une assistante sociale à 87,3% (n=110) et vers un addictologue à 81,7% (n=103) (tableau 9).

Certaines sages-femmes ont précisé orienter leurs patientes vers un acupuncteur, un chiropracteur, une puéricultrice, un ostéopathe, un kinésithérapeute, un gynécologue, la maternité de référence, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), le Centre de Planification et d'Education Famille (CPEF), des centres sociaux culturels ou bien encore le relai petite enfance.

Tableau 8 : Réactions des sages-femmes lors d'une situation délicate en effectif et pourcentage (n=126)

	%	n
Accueillir l'information et aborder le sujet avec la patiente au fur et à mesure des consultations	42	53
Orienter directement la patiente via le réseau de professionnels en fonction de la gravité et de la nature de l'information	81,7	103
Se renseigner auprès du réseau ou de l'hôpital le plus proche pour orienter la patiente dans un second temps	49,2	62
Etre démunies en fonction des situations	19,8	25

Tableau 9 : Répartition des différents professionnels et différentes structures vers qui sont orientés les patientes (n=126)

	%	n
Professionnels :		
psychologue	97,6	123
assistante sociale	87,3	110
addictologue	81,7	103
confrère ou consoeur ayant d'autres compétences	68,2	86
diététicienne	54,7	69
sophrologue	15	19
Structures :		
Protection Maternelle et Infantile (PMI)	70,3	89
Unité Mère-Bébé (UMB)	20,6	26
association	42	56

3.9. Difficultés rencontrées

Parmi les 117 sages-femmes qui ne réalisaient pas d'EPP environ 75,2% (n=88) ne faisaient pas de suivi de grossesse. Quatre sages-femmes (3,4%) ont précisé qu'elles ne faisaient pas d'EPP car elles travaillaient exclusivement de nuit ou bien en salles de naissances ou suites de couche. Quatre autres (3,4%) ont souligné le fait que des sages-femmes de leur établissement étaient chargées spécifiquement de la réalisation des entretiens. 15,3% (n=18) des sages-femmes orientaient leurs patientes pour réaliser l'EPP et le manque de formation empêchait 10,2% (n=12) des sages-femmes de réaliser des entretiens.

Tableau 10 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes interrogées ne réalisaient pas d'EPP (n=117)

	%	n
Ne faisaient pas de suivi de grossesse	75,2	88
Ne se sentaient pas assez formées	10,2	12
Orientation de la patiente pour la réalisation de l'EPP	15,3	18
Activité chronophage	2,5	3
EPP incompatible avec leur activité	10,2	12
Pas de créneaux dédiés à l'EPP dans l'établissement	10,2	12

3.10. Moyens et actions

Selon les sages-femmes interrogées les moyens qui permettraient de sensibiliser davantage la femme et le couple à la réalisation de l'EPP étaient :

- d'expliquer l'intérêt de l'EPP au moment de la déclaration de grossesse (42% ; n=103),
- de faire des campagnes de prévention et promotion de la santé périnatale (27% ; n=66),
- de mettre un livret explicatif dans le carnet de maternité (23% ; n=56),
- de créer des flyers (7% ; n=17).

D'autres propositions ont été faites par quelques sages-femmes comme proposer systématiquement un rendez-vous EPP à toutes les patientes, renommer l'entretien pour qu'il paraisse plus accessible aux patientes ou enfin que les patientes soient directement contactées par le réseau de proximité.

Le tableau 11 ci-après expose les moyens qui permettraient de favoriser et promouvoir la réalisation d'EPP auprès des professionnels selon les sages-femmes interrogées.

Tableau 11 : Actions qui permettraient de favoriser et promouvoir la réalisation d'EPP par les professionnels (n=243)

	%	n
Une formation initiale	24,6	60
Des propositions de formations continues	36,2	88
Des staffs médicaux-psycho-sociaux*	22,2	54
Mise en place d'un poste de coordinateur**	13,5	33
Création d'un annuaire***	30,4	74
Elaboration d'une grille d'entretien	17,7	43

*Des staffs médicaux-psycho-sociaux pour échanger entre professionnels sur des situations difficiles.

**Mise en place d'un poste de coordinateur pour assurer la cohérence et le maintien de la continuité des soins sur besoins des patients, demandes des soignants et des prestations possibles

***La création d'un annuaire répertoriant les différents professionnels ressources pour orienter et prendre en charge la patiente de manière adaptée

3.11. Caractéristiques des sages-femmes réalisant des EPP dans notre étude

En moyenne, les sages-femmes qui réalisaient des EPP étaient diplômées depuis plus longtemps que celles qui ne réalisaient pas d'EPP ($p=0,002$). Les sages-femmes qui réalisaient des entretiens étaient diplômées en moyenne depuis 1999 (min= 1975 et max= 2019) alors que les sages-femmes qui ne réalisaient pas d'entretiens prénataux précoces étaient diplômées en moyenne depuis 2002 (min= 1979 et max= 2019).

Dans notre étude, les sages-femmes hospitalières en type 3 étaient moins nombreuses à réaliser des EPP (20,3% ; $n=12$) par rapport aux sages-femmes qui travaillaient :

- en type 1 (43,2% ; $n=16$; $p<0,001$),
- en type 2A (46,4% ; $n=13$; $p<0,005$),
- en type 2B (37,3% ; $n=19$; $p<0,005$).

La proportion de sages-femmes issues du secteur hospitalier est significativement plus élevée dans le groupe de sages-femmes qui ne réalisaient pas d'EPP par rapport à celles qui en réalisaient.

La proportion de sages-femmes issues du secteur libéral et du secteur territorial est significativement plus élevée dans le groupe de sages-femmes qui réalisaient des entretiens par rapport à celles qui n'en réalisaient pas.

Le nombre de sages-femmes hospitalières est significativement plus élevé que le nombre de sages-femmes libérales ($p<0,05$) et que le nombre de sages-femmes de PMI ($p<0,001$) dans le groupe de sages-femmes qui réalisaient des EPP.

Le nombre de sages-femmes libérales est significativement plus élevé que le nombre de sages-femmes de PMI ($p<0,005$) dans le groupe de sages-femmes qui réalisaient des EPP.

Tableau 12 : Répartition du nombre et pourcentage de sages-femmes qui réalisaient des EPP ou non par secteur d'activité

	Sages-femmes qui réalisaient des EPP ($n=126$)		Sages-femmes qui ne réalisaient pas d'EPP ($n=117$)		p
	%	n	%	n	
Secteur hospitalier	46,8	59	98,2	115	<0,001
Secteur libéral	34,1	43	0,8	1	<0,001
Secteur territorial	19	24	0,8	1	<0,001

3.12. Analyses des connaissances des sages-femmes de l'étude

D'une manière générale, les sages-femmes qui réalisaient des entretiens ont été plus nombreuses à donner les réponses attendues aux objectifs de l'EPP par rapport aux sages-femmes qui n'en réalisaient pas, étant donné que tous les items étaient à cocher.

La seule sage-femme qui a répondu ne pas connaître les objectifs de l'entretien prénatal précoce faisait partie de la population de sages-femmes qui ne réalisaient pas d'entretien.

Les 2 objectifs de l'EPP qui étaient significativement mieux connus par les sages-femmes réalisant des entretiens étaient celui d'orienter la patiente vers la préparation à la naissance et à la parentalité qu'elle souhaite et celui d'adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et/ou du couple.

Deux objectifs étaient significativement mieux connus selon le secteur d'activité : « apprendre à connaître votre patiente » et « encourager la participation aux séances de préparation à la naissance ». En ce qui concernait l'objectif « apprendre à connaître votre patiente » :

- le secteur libéral connaissait significativement mieux cet objectif par rapport au secteur hospitalier ($p < 0,001$) et par rapport au secteur territorial ($p = 0,039$),
- le secteur territorial connaissait significativement mieux cet objectif par rapport au secteur hospitalier ($p < 0,001$).

Pour l'objectif « encourager à participer aux séances de préparation à la naissance » :

- le secteur libéral connaissait significativement mieux cet objectif que le secteur hospitalier ($p = 0,004$) et que le secteur territorial ($p < 0,001$),
- le secteur hospitalier connaissait significativement mieux l'objectif d'encourager la participation à la préparation à la naissance que le secteur territorial ($p = 0,021$).

Tableau 13 : Tableau comparatif des connaissances des objectifs de l'EPP entre les sages-femmes qui réalisaient des entretiens et celles qui n'en réalisaient pas

	Sages-femmes qui réalisaient des EPP (n=126)		Sages-femmes qui ne réalisaient pas d'EPP (n=117)		p
	%	n	%	n	
Apprendre à connaître votre patiente	76,6	96	69,2	81	0,249
Présenter le dispositif de suivi de grossesse	58,7	74	55,5	65	0,697
Encourager à participer aux séances de préparation à la naissance	40,5	51	33,3	39	0,288
Orienter votre patiente vers la préparation à la naissance et à la parentalité souhaitée	82,5	104	66,6	78	0,004
Informar la patiente sur les différentes ressources qu'elle a à proximité	89,7	113	82	96	0,097
Assurer une coordination des actions des professionnels de santé autour de la femme enceinte	67,5	85	58,9	69	0,184
Impliquer la femme et/ou le couple dans une démarche de prévention et d'éducation pour sa santé	68,2	86	61,5	72	0,284
Dépister les situations de vulnérabilités et proposer une aide	95,2	120	92,3	108	0,427
Permettre un dialogue pour consolider la relation de confiance avec le système de santé	61,1	77	55,5	65	0,434
Anticiper les difficultés psychologiques, somatiques et sociales	91,2	115	87,1	102	0,406
Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés	80,9	102	69,2	81	0,037
Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risques, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie	68,2	86	72,6	85	0,484

Tableau 14 : Tableau comparatif des connaissances des objectifs de l'EPP en fonction du secteur d'activité des sages-femmes (n=243)

	Sages-femmes qui exerçaient en secteur hospitalier (n=174)		Sages-femmes qui exerçaient en secteur libéral (n=44)		Sages-femmes qui exerçaient en secteur territorial (n=25)		p
	%	n	%	n	%	n	
Apprendre à connaître votre patiente	68,3	119	90,9	40	72	18	0,011
Présenter le dispositif de suivi de grossesse	56,3	98	61,3	27	56	14	0,826
Encourager à participer aux séances de préparation à la naissance	35	61	59	26	12	3	<0,001
Orienter vers la préparation à la naissance et à la parentalité souhaitée	71,2	124	88,6	39	76	19	0,059
Informers les différentes ressources qu'elle a à proximité	83,9	146	93,1	41	88	22	0,272
Assurer une coordination des actions des professionnels de santé autour de la femme enceinte	61,4	107	72,7	32	60	15	0,359
Impliquer la femme et/ou le couple dans une démarche de prévention et d'éducation pour sa santé	63,2	110	77,2	34	56	14	0,132
Dépister les situations de vulnérabilités et proposer une aide	93,1	162	100	44	88	22	0,104
Permettre un dialogue pour consolider la relation de confiance avec le système de santé	58,6	102	65,9	29	44	11	0,206
Anticiper les difficultés psychologiques, somatiques et sociales qui pourraient advenir	87,9	153	95,4	42	88	22	0,344
Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés	72,4	126	81,2	36	84	21	0,246
Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risques, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie	68,9	120	75	33	72	18	0,722

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

Nous avons obtenu 243 réponses soit un taux de participation de 13%, avec une sage-femme sur deux qui réalisaient des EPP (n=126) dans cette étude. Tous les secteurs d'activités étaient représentés : 97,7% des SFL réalisaient des EPP contre 96% des SF de PMI et 33,9% des SF hospitalières.

Plus de 80% des sages-femmes interrogées proposaient l'EPP en systématique à toutes leurs patientes (n=105). Pour le reste, elles proposaient l'EPP selon certains critères comme le terme de la grossesse, la situation psychologique, la situation sociale ou bien les conditions socio-économiques.

Parmi les sages-femmes réalisant des EPP, 31,7% (n=40) s'adaptaient et organisaient l'entretien en fonction de la date à laquelle elles rencontraient la patiente.

Un quart des sages-femmes ont précisé que les patientes étaient parfois adressées trop tardivement et que leurs créneaux dédiés étaient déjà pris.

Plus de la moitié des sages-femmes déclaraient consacrer au moins 45 minutes pour cet entretien.

La proportion de sages-femmes qui ne retranscrivait pas l'entretien représentait 7,9%.

Toutes les sages-femmes (n=126) orientaient leurs patientes vers un autre professionnel de santé lorsque cela était nécessaire mais 19,8% (n=25) d'entre elles rapportaient se trouver démunies en fonction des situations rencontrées.

Parmi le groupe de sages-femmes réalisant des EPP, 17,4% (n=22) d'entre elles n'avaient bénéficié d'aucune formation qu'elle soit initiale ou continue. Un manque de formation était vécu comme un frein à la réalisation d'EPP selon 10,2% du groupe ne réalisant pas d'EPP.

Au moment de la déclaration de grossesse 42% (n=103) des sages-femmes proposaient d'expliquer l'intérêt et les objectifs de l'EPP. Une sage-femme avait aussi suggéré de mettre en systématique un rendez-vous EPP à toutes les patientes.

Afin de faciliter l'orientation de la patiente en cas de besoins, 30,4% (n=74) des sages-femmes proposaient la création d'un annuaire qui pourrait répertorier tous les professionnels ressources pour faciliter l'orientation de la patiente en cas de besoins et 22,2% (n=54) pensaient à la mise en place de staff médico-psycho-sociaux pour échanger sur des situations qui ont posé un problème et partager ses expériences entre professionnels.

4.2. Limites de l'étude

Le questionnaire initial était à destination de toutes les sages-femmes de la Nouvelle-Aquitaine quel que soit leur secteur d'activité mais aussi à destination des médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens de la NA. Finalement le questionnaire n'a été envoyé qu'aux sages-femmes car les deux autres populations n'étaient qu'une minorité à réaliser des EPP. Quatre gynécologues-obstétriciens ont tout de même répondu au questionnaire pendant la phase d'inclusion mais leurs réponses n'ont pas été analysées pour ne pas influencer les résultats.

L'étude n'avait pas bénéficié de phase de test ce qui aurait pu éviter quelques erreurs de formulations. Par exemple, à la question « depuis quand réalisez-vous des EPP ? » il était attendu une durée (en année ou en mois) mais certaines sages-femmes ont répondu par une année calendaire (ex : 2002) complexifiant l'analyse de certaines données.

Cette étude est une étude observationnelle avec un taux de participation peu élevé (13%). Les taux de participation par département étaient très inégaux (de 0 à 33%) ce qui constitue un frein à l'extrapolation des résultats.

Nous pouvons supposer que ce sont majoritairement les sages-femmes qui s'intéressaient au thème de l'EPP et qui le pratiquaient régulièrement qui ont répondu préférentiellement à notre étude. Une surestimation du nombre de sage-femme réalisant des EPP est donc probable bien qu'il s'agisse d'un biais inhérent à ce type d'étude et difficilement évitable.

Il aurait été intéressant de connaître la part de sages-femmes qui réalisait des EPP au sein de celles n'exerçant que dans le secteur des consultations. Malheureusement le questionnaire n'a pas permis d'identifier cette population d'étude pour pouvoir stratifier nos résultats.

4.3. Forces de l'étude

Néanmoins, cette étude est unique à ce jour car elle constitue le premier état des lieux des pratiques de l'EPP au sein de la Nouvelle-Aquitaine.

Ensuite, l'échantillon de l'étude contenait tous les secteurs d'activités (hospitalier, libéral et territorial) avec des taux équivalents aux chiffres nationaux de 2018 :

- Taux de sages-femmes hospitalières : 49,6% en 2018 vs 60,9% dans notre étude,
- Taux de sages-femmes libérales : 25,1% en 2018 vs 18,1% dans notre étude,
- Taux de sages-femmes en milieu privé : 14% en 2018 vs 10,7% dans notre étude,
- Taux de sages-femmes territoriales : 5% en 2018 vs 10,2% dans notre étude.

Nous avons obtenu presque autant de réponses de la part des sages-femmes qui réalisaient des EPP (n=126) que celles qui n'en réalisaient pas (n=117). L'échantillon nous a donc permis de faire des analyses comparatives pertinentes.

Le questionnaire était disponible en ligne via un lien transmis par mail ou bien directement sur le site du RPNA et était donc facile d'accès. De plus, ce dernier contenait des questions semi-ouvertes ce qui permettait aux sages-femmes de s'exprimer librement (annexe I).

4.4. Confrontation à la littérature

4.4.1. Qui réalise les EPP ?

Le nombre de sages-femmes qui réalisaient des EPP par secteur d'activité paraît cohérent aux habitudes de pratique de ces dernières. 97,7% des SFL réalisaient des EPP (n=43), 96% pour les sages-femmes de PMI (n=24) et 33,9% des sages-femmes hospitalières (n=59).

En effet les sages-femmes n'ont pas toutes les mêmes missions. La pratique quotidienne des SFL est axée sur un suivi global de la grossesse, de la déclaration de grossesse en passant par les cours de PNP puis par les consultations du post-partum. Les sages-femmes de PMI ont une approche psycho-sociale du suivi des futures mères et les sages-femmes hospitalières s'occupent le plus souvent du versant médical de la grossesse.

La part plus faible de sages-femmes qui réalisaient des EPP dans le secteur hospitalier pouvait s'expliquer par le fait que certaines sages-femmes ne travaillaient exclusivement qu'en salles de naissances et/ou suites de couche et ne faisaient donc pas de suivi de grossesse

en consultations. De plus, les sages-femmes hospitalières de type 3 étaient moins nombreuses à réaliser des EPP comparé aux autres types de maternité (1, 2A, 2B). Cette différence significative est certainement liée à l'activité et aux pratiques de chaque maternité. En effet, les maternités de type 3 prennent en charge les grossesses dites « à risques » et la pathologie. La gestion de la pathologie peut être chronophage et peut constituer un frein à l'organisation des EPP, contrairement aux autres types de maternité qui ont une activité de soins appelés « courants » et prennent en charge préférentiellement la physiologie (12,20).

Nos résultats montraient que les sages-femmes hospitalières et libérales étaient significativement plus nombreuses à réaliser des EPP (respectivement 46,8% et 34,1% ; $p < 0,05$). Ces résultats étaient en accord avec l'enquête de périnatalité de 2016 qui disait que l'EPP était en majeure partie réalisé par les SFL (47,2%) et par les sages-femmes hospitalières (42,7%) (13).

4.4.2. Recommandations de la HAS et loi du 24 Décembre 2019

La plupart des sages-femmes interrogées (83,3%) proposaient l'EPP en systématique à toutes leurs patientes comme le préconisait le plan de périnatalité de 2005-2007 et les recommandations de la HAS (1,3). Ce chiffre est plutôt encourageant et devrait augmenter d'ici quelques mois car depuis le 1^{er} mai 2020, l'entretien prénatal précoce est devenu obligatoire (2). Pour le reste, elles proposaient l'EPP selon certains critères (terme de la grossesse, la situation psychologique, la situation sociale, les conditions socio-économiques), ce qui correspondait à la définition des principaux facteurs de vulnérabilités établis par la HAS (21). Seulement, il paraît compliqué de proposer l'EPP selon ces critères quand le professionnel ne connaît pas la patiente. Un des objectifs de l'EPP est de mettre en lumière les facteurs de vulnérabilité afin de prévenir les difficultés pendant la grossesse, à la naissance et dans le post-partum (21).

Le choix de ne proposer l'EPP que sur facteurs de risques ne représentait qu'une minorité de notre population d'étude (15,8%). Ce chiffre rejoint l'étude Barandon et Al. dans laquelle était montré que les femmes qui bénéficiaient d'un EPP étaient issues d'une catégorie socio-économique plutôt favorable et par conséquent, que les populations les plus vulnérables réalisaient moins d'EPP (22). L'explication de cette inégalité venait peut-être du fait que les populations aisées avaient un accès à l'information plus facile et adhéraient aux

objectifs de l'EPP alors que la culture et les langues étrangères pouvaient freiner les populations plus vulnérables (23).

Les pratiques de l'EPP vont être bousculées et vont devoir évoluer. Aujourd'hui beaucoup de questions se posent quant à son organisation. Les autorités n'ont pas établi de recommandations et laissent les professionnels de la santé périnatale et les différentes structures s'organiser comme ils le souhaitent. Cet amendement devrait certainement effacer les inégalités de réalisation entre les différentes catégories socio-économiques et permettre une égalité d'accès aux soins.

4.4.3. Réalisation et durée de l'EPP

4.4.3.1. A quel moment de la grossesse ?

La déclaration de grossesse est le moment idéal pour transmettre les informations au sujet de l'EPP et les recommandations de la HAS allaient dans ce sens puisque l'EPP devait être systématiquement proposé durant celle-ci. L'annonce d'une grossesse et de l'arrivée d'un enfant fait ressurgir des peurs inconscientes mais aussi des conflits anciens et créent une certaine vulnérabilité psychique au 1^{er} trimestre de grossesse. Cette période met à rude épreuve l'équilibre habituel de la femme et du couple. Bydlowsky. M, parlait de « transparence psychique » (8,9). Winnicott, pédopsychiatre britannique parlait, lui, de « préoccupation maternelle primaire » et expliquait que les femmes enceintes avaient une hypersensibilité qui leur permettait de répondre pleinement aux besoins de leur enfant et de créer un lien privilégié avec le fœtus (10). Le début de grossesse est donc une période propice aux changements et les femmes sont à l'écoute des informations. Bydlowsky.M insistait sur l'importance du repérage précoce des angoisses durant cette période(8). En effet, il est plus efficace de commencer un accompagnement psychologique dès le début de la grossesse où les femmes sont plus sensibles aux changements et à l'écoute.

Un quart des sages-femmes de notre étude ont précisé que les patientes étaient parfois adressées trop tardivement et que leurs créneaux dédiés aux EPP étaient déjà pris. L'étude de Sanchez. L qui faisait un état des lieux des pratiques de l'EPP en région Aquitaine après une formation par le Réseau Périnatal Aquitaine en 2012, montrait aussi que les patientes étaient adressées pour l'EPP une fois la grossesse bien avancée et qu'il était trop tard pour obtenir un rendez-vous (24). Comme le précisait l'enquête de périnatalité de 2016, la moitié des entretiens prénataux avaient lieu après le 4^{ème} mois de grossesse et 50% des

femmes avaient participé à des cours de PNP contre seulement 30% à un EPP alors que ce dernier permet, entre autre, d'adapter le contenu de la PNP en fonction des désirs de la femme et du couple(3). Cette répartition était retrouvée dans l'étude de Barandon. S et al avec 52% des femmes qui avaient bénéficié de PNP et 33% d'un EPP. L'EPP n'est donc pas réalisé au bon moment pendant la grossesse, d'où une certaine sous-utilisation de ce dernier.

Même si l'EPP pouvait être réalisé à tout moment pendant la grossesse et que 31,7% des sages-femmes de l'étude s'adaptaient et réalisaient l'EPP en fonction de la date de rencontre avec la patiente, sa mise en place précoce a toute son importance dans la prévention des troubles du développement de l'enfant. En effet, des évènements traumatisants ou stressants et un sentiment d'insécurité pendant la grossesse sont associés à des conséquences comme l'accouchement prématuré, le retard de croissance in-utéro et les problèmes de vascularisation placentaire. Toutes ces conséquences sur le déroulement de la grossesse peuvent entraîner un retard d'apprentissage et des troubles de l'humeur et de l'attention (troubles maniaco-dépressifs, schizophrénie) chez le nouveau-né (5).

4.4.3.2. Durée de l'EPP face aux besoins des patientes

Plus de 60% des sages-femmes de notre étude disaient mettre au moins 45 minutes pour terminer leurs entretiens. Dans son étude, Sanchez. L a aussi montré que le temps dédié à l'EPP était insuffisant pour tout aborder et pouvoir dépister les facteurs de vulnérabilité correctement (24).

Dans l'étude de Khord. V menée en 2012 dans le département de l'Hérault sur les pratiques de l'EPP, 63% des patientes interrogées ont apprécié l'EPP et seulement 4% ont déclaré qu'elles auraient pu se passer de cet entretien (25). L'étude de l'UNAF et du CIANE menée entre 2004 et 2009 montrait que les femmes trouvaient l'EPP rassurant et propice au dialogue quand il était bien réalisé (14). Aujourd'hui, les besoins en information des femmes et/ou des couples sont toujours nombreux et ces derniers demandent du temps aux sages-femmes. Les études de Davias. M et Archambaud. F menées sur la satisfaction des informations données aux femmes au cours de leur grossesse montraient que, globalement, les femmes étaient plus satisfaites des informations transmises avec un EPP et des cours de PNP que les femmes n'en n'ayant pas bénéficié. Les femmes ayant réalisé un EPP et des cours de PNP avaient une moyenne de satisfaction à 4,23/5 contre une moyenne de satisfaction à 2,96/5 pour les autres femmes (26,27). Ces chiffres renforcent l'importance de bénéficier d'un

EPP pour écouter les désirs et les besoins des couples et ainsi adapter le contenu des cours de PNP. Si les femmes sont satisfaites de l'information qu'elles ont reçu pendant la grossesse, et qu'elles peuvent exprimer leurs désirs sur la naissance de leur enfant et se sentir écoutées, le vécu de l'accouchement et du post-partum ne pourrait être que meilleur (28–30).

Cependant les besoins en information peuvent être très différents d'une femme à l'autre. En effet, nous pouvons supposer que lorsque ce n'est pas le premier enfant du couple les interrogations et les demandes sont moindres. C'est ce que révélait l'enquête de l'UNAF et du CIANE dans laquelle certaines femmes déclaraient que l'EPP ne leur avait apporté rien de plus lorsque ce n'était pas le 1^{er} enfant, et qu'elles trouvaient que les informations données étaient parfois redondantes avec celles données en consultations (14).

4.4.4. Retranscription de l'EPP

La HAS recommande de rédiger une synthèse de l'EPP afin d'assurer une coordination entre les différents professionnels qui suivent la grossesse (3). Dans notre étude, 7,9% des sages-femmes ne retranscrivaient pas l'entretien. Les raisons évoquées étaient qu'elles ne savaient pas quoi faire de cette synthèse, qu'elles ne trouvaient pas cela utile, qu'elles manquaient de temps et que la rédaction était compliquée. Janvier. E, dans son mémoire sur l'EPP en Auvergne retrouvait les mêmes difficultés en 2013 (31). Pourtant la transmission interprofessionnelle est indispensable à la finalité de l'EPP.

En effet, la transmission des informations entre les différents professionnels évite les redondances et permet une fluidité dans l'accompagnement des patientes. La femme est au centre des préoccupations des professionnels et tout cela crée un environnement de confiance. Bien entendu, la transmission des informations doit se faire avec l'accord de la patiente et uniquement dans son intérêt. C'est à la femme et au couple de dire ce qui leur paraît essentiel de transmettre à la fin de l'entretien créant ainsi un climat de sécurité avec les professionnels (32). Selon Danièle Capgras « toute information n'est pas bonne à transmettre, le partage doit toujours être limité et finalisé dans l'intérêt de la patiente » (33). L'intérêt ici est de transmettre les informations pertinentes pour comprendre les particularités du couple et de les accompagner au mieux.

Dans ce sens, il paraît difficile de créer un support uniformisé. En effet, si l'EPP permet aux femmes et au couple de s'exprimer sur leurs désirs, leurs craintes, leurs souhaits ou

encore sur des événements traumatisants de leur vie, il semble compliqué de créer une synthèse utilisable pour tous. L'EPP est un outil qui permet de s'adapter à chaque personne et de rappeler à chaque couple qu'ils sont uniques. Certains réseaux de périnatalité ont créé des questionnaires dédiés à l'EPP afin de faciliter la rédaction de la synthèse et dans notre étude seulement 13% l'utilisaient. La synthèse de l'EPP ne peut qu'être personnalisée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait des recommandations pour que la grossesse soit une expérience positive. Parmi elles, l'OMS recommande que « chaque femme enceinte conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de sa grossesse » (11). Dans notre étude, seulement un tiers des sages-femmes donnait un double de la synthèse de l'EPP aux patientes. Pourtant, c'est en intégrant la femme à son parcours de soin, qu'elle va y adhérer et avoir la capacité de prendre des décisions adaptées (12).

La retranscription d'une synthèse peut s'avérer compliquée surtout dans ces métiers de la périnatalité où chaque professionnel est soumis au secret médical (34). L'EPP peut être le moment propice pour découvrir des situations délicates où les conditions de vie de la patiente ou bien de son futur enfant peuvent « laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être » (35). Aujourd'hui, l'EPP est une aide dans la prévention de la maltraitance et de la psychopathologie infantile et il peut être la porte d'entrée à l'élaboration des informations préoccupantes. Il paraît essentiel que les professionnels réalisant des EPP soient à l'aise dans la rédaction de synthèse et travaillent en collaboration avec les autorités judiciaires et celles de la protection de l'enfance quand cela est nécessaire.

La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance donnait déjà une importance toute particulière à l'EPP dans la détection des situations de détresse et visait aussi à améliorer la formation des professionnels susceptibles de rencontrer des situations d'enfants en danger (16).

4.4.5. Coordination interdisciplinaire

Au sein de notre étude, presque la moitié des sages-femmes (42%) trouvait intéressant de prendre le temps d'expliquer les objectifs de l'EPP au moment de la déclaration de grossesse. Une sage-femme avait même suggéré de mettre un rendez-vous EPP systématique à toutes les patientes et c'est ce qui est prévu depuis le 1^{er} mai 2020.

La sage-femme est certainement l'interlocuteur de prédilection pour la promotion et la réalisation de l'EPP. En effet, la sage-femme est le professionnel qui allie 2 facettes : celle des compétences médicales qui permet un accompagnement en sécurité et celle de la physiologie qui permet de rassurer (36). La sage-femme est « l'acteur central » puisqu'elle va détecter les fragilités, écouter les besoins et créer un lien sécurisant au décours de l'entretien (37).

Or, d'après l'enquête périnatale de 2016, dans plus de la moitié des cas, ce sont les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes qui déclaraient la grossesse et ces derniers ne réalisaient que très peu d'EPP. En effet ce sont les sages-femmes qui effectuaient l'EPP dans la plupart du temps (47,2% par une SFL et 42,7% par une SF hospitalière) (13).

Les sages-femmes ont donc moins l'occasion de discuter de l'EPP au moment de la déclaration malgré une augmentation de leur représentation. En 2016, 13% des déclarations de grossesse avait été faites par des sages-femmes contre 4,5% en 2010 (13). La déclaration de grossesse est le moment propice à la transmission de l'information de par l'état d'hypersensibilité de la femme (10).

Un travail de collaboration prendrait, ici, tout son sens pour pouvoir sensibiliser les professionnels intervenant en début de grossesse aux objectifs de l'EPP et à son importance. Les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens sont des acteurs indispensables à la santé périnatale et ils jouent un rôle tout particulier en début de grossesse puisqu'ils déclarent la grossesse très régulièrement (13). Ils ont un rôle d'aiguilleur et il est nécessaire qu'ils adhèrent à l'EPP et au travail en réseau pour adresser la patiente vers quelqu'un de confiance afin de réaliser son EPP. Au-delà de les sensibiliser à l'EPP, une réorganisation des suivis de grossesse entre médecins généralistes et sages-femmes pourrait être discutée. En effet, il peut peut-être exister une réticence des médecins généralistes à l'idée d'orienter leurs patientes en début de grossesse pour l'EPP vers une sage-femme au risque de ne plus assurer leur suivi de grossesse.

Pour faciliter la collaboration et l'orientation des patientes entre les différents intervenants de la grossesse, la création d'un annuaire répertoriant les différents professionnels de la périnatalité pourrait être une solution et plus de 30% des sages-femmes de notre étude y étaient ouvertes. Des annuaires existent déjà comme le montrait Sanchez. L dans son étude mais ils ne pouvaient être utilisés correctement car ils n'étaient pas mis à jour régulièrement (24). Aujourd'hui avec le réseau internet ou intranet, il semblerait plus facile de faire une actualisation rapide. Seulement, la création de ces listes peut être compromise par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par le respect du code de déontologie selon lequel « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce » et que tous procédés de publicité sont interdits. Ces annuaires doivent être exclusivement à destination des professionnels.

Afin de favoriser le travail en réseau et la collaboration interdisciplinaire, des staffs médico-psycho-sociaux réunissant des représentants de chaque secteur (hospitalier, libéral et territorial) et de chaque profession pouvant intervenir dans la santé périnatale, sont intéressants. En effet, ils permettent aux professionnels de se rencontrer, de se connaître et cela faciliterait les échanges. Dans son article A. Ferrini montrait l'importance d'un travail en réseau sur la qualité et l'efficacité du suivi médical (38). Ces staffs peuvent être aussi l'occasion de revenir sur des situations particulières qui ont posé des problèmes. Selon les sages-femmes de notre étude, 22,2% déclaraient être favorables à la création de ces staffs. Dans son étude en 2013, Janvier. E disait déjà qu'il serait bien de renforcer les liens des professionnels à travers des réunions (31). Molénat. F soulignait l'importance que les professionnels soient soutenus par des psychologues ou psychiatres avec des reprises de cas quand la situation est complexe (39).

L'étude de Baradon. S et al montrait que les femmes qui avaient bénéficié d'EPP appartenaient essentiellement à des catégories socio-économiques favorables (22). Pourtant, ce sont les femmes dans des situations plus vulnérables qui auraient besoin d'accompagnement (23). L'EPP n'a pas pour objectif de stigmatiser ou de discriminer, c'est un outil qui permet de repérer les difficultés et de les accompagner. Les populations vulnérables se sentent peut-être en marge et pointées du doigt et préfèrent contourner le système. C'est à ce niveau que la PMI devient un réel soutien pour les professionnels. En effet, la PMI a pour objectif de mettre en place des actions médico-sociales préventives auprès des femmes enceintes à domicile. Les professionnels de la PMI se retrouvent dans l'intimité des femmes,

au plus proche de leur mode de vie et deviennent donc le relai entre les besoins de la femme et le service hospitalier.

Le travail en réseau est donc indispensable pour offrir à toutes les femmes enceintes les mêmes chances d'accompagnement, de soutien et d'aide.

4.4.6. Formation à l'EPP

Toutes les sages-femmes de notre étude déclaraient orienter leurs patientes vers un autre professionnel de santé (psychologue, PMI, assistante sociale, addictologue en majeure partie) lorsque cela était nécessaire mais 19,8% d'entre elles se trouvaient parfois démunies en fonction des situations rencontrées. Dans son mémoire sur l'EPP en Auvergne en 2013, Janvier.E. montrait déjà que les sages-femmes interrogées se sentaient parfois désemparées face à certaines situations car elles jugeaient, entre autre, leur formation initiale insuffisante pour 53% d'entre elles (31). Dans notre étude, 17,4% des SF réalisant des EPP n'avaient jamais bénéficié de formation (initiale ou continue) et pourtant 10,2% des SF déclaraient que le manque de formation était vécu comme un frein à la réalisation de cet entretien.

Il est essentiel d'être formé pour se sentir à l'aise dans sa pratique, pouvoir s'adapter et faire face à de nouvelles situations. L'étude de Sanchez. L en 2012 avait montré que 68% des sages-femmes ayant bénéficié d'une formation se sont servies de cette dernière pour leur pratique (24).

Depuis le 1^{er} mai 2020, l'EPP est devenu obligatoire et selon le code de déontologie « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu ». Il paraît donc cohérent qu'une formation initiale mais aussi continue soient mises en place pour la pratique de l'EPP.

Seulement, la formation à l'EPP ne fait pas partie du référentiel qui établit le programme des études de sage-femme. L'initiation théorique à l'EPP est école-dépendante et pour l'initiation pratique elle a surtout lieu au cours des différents stages que les étudiants/es sages-femmes réalisent. Avec la loi du 24 Décembre 2019 qui donne une importance majeure à l'EPP, il va très certainement falloir repenser le programme des études de sage-femme et y intégrer l'EPP. La question est de savoir comment cette initiation à l'EPP va se dérouler et qui va l'organiser.

Actuellement, la formation à l'EPP est très inégale dans la région NA. En effet, les sages-femmes interrogées et réalisant des EPP n'ont pas bénéficié de formation de manière uniforme. Le taux de sages-femmes n'ayant bénéficié d'aucune formation allait de 3,3% à 60% selon les régions. Dans certaines régions le taux de formation continue était de 100%. Au plus bas on retrouvait un taux de formation continue à 3,3%. En ce qui concernait le taux de formation initiale, il variait de 3,3% à 45,4% en fonction des régions.

Si une formation initiale n'est pas encouragée, la formation continue aura toute son importance pour mettre à jour les connaissances des sages-femmes et leur permettre de se sentir à l'aise lors des EPP. Des formations existent déjà un peu partout en France et sont proposées par différents intervenants comme les centres hospitaliers ou bien les réseaux de périnatalité. La population française étant hétérogène en fonction des territoires, il semblerait logique que chaque réseau territorial ou de proximité organise des formations adaptées aux besoins et aux demandes de leur population en matière de santé périnatale. Il semblerait aussi intéressant, qu'au sein d'un même réseau, les départements échangent entre eux sur leur manière de travailler, de valoriser l'EPP et de former leurs professionnels.

5. CONCLUSION

L'EPP est le seul outil de promotion de la santé périnatale avec la PNP mais il n'est pas encore intégré dans un parcours de soin coordonné.

Les sages-femmes sont les professionnels qui réalisent le plus d'EPP et ce sont des acteurs indispensables à la réalisation de celui-ci. Les pratiques des sages-femmes en Nouvelle-Aquitaine sont diverses et leurs connaissances des objectifs de l'EPP sont plutôt rassurantes. Celles qui proposent l'EPP selon des facteurs de vulnérabilité ne sont qu'une minorité et au contraire la majeure partie d'entre-elles proposent l'EPP en systématique.

Pourtant, il a été montré que les femmes qui avaient bénéficié d'un EPP appartenaient à des catégories socio-économiques favorables. Ce constat montre une perte de chance et une inégalité d'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables et pour qui l'EPP aurait tout son sens.

Les freins à la réalisation de l'EPP sont multiples. D'une part il existe un manque de coordination et de discussion entre les différents professionnels de la santé périnatale, ce qui retarde la réalisation de l'EPP voire l'empêche. Il semble important de mettre en place des formations pour sensibiliser les professionnels, au contact des patientes en début de grossesse, à l'EPP et peut-être de créer un annuaire de professionnels ressources pour faciliter et assurer rapidement l'orientation des patientes. Le maillage entre les sages-femmes et les médecins généralistes est certainement à revoir pour que chacun puisse s'épanouir et travailler de manière sereine.

D'autre part, il existe des difficultés de rédaction. La finalité de l'EPP est de créer une synthèse en collaboration avec la patiente, mais parfois les sages-femmes peuvent se sentir démunies face à des situations compliquées. Le premier trimestre de grossesse étant une période de changements psychiques il arrive que certaines angoisses enfouies chez la patiente refassent surface. Dans ces moments-là il semblerait bénéfique de travailler en équipe et de discuter lors de staffs médico-psycho-sociaux. Ces réunions peuvent aussi être l'occasion de faire connaissance entre professionnels et par conséquent de faciliter les prochains échanges.

L'EPP va certainement vivre un tournant avec l'amendement de la loi n°2019-1446 du 24 Décembre 2019. Il est devenu obligatoire depuis le 1^{er} Mai 2020 et les professionnels ainsi que les structures de soin vont devoir changer et faire évoluer leurs pratiques.

Il serait intéressant de faire cette étude d'ici plusieurs années et de regarder comment les pratiques des professionnels de la santé périnatale vont évoluer avec cette loi mais aussi de voir son impact dans la prise en charge des populations vulnérables.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Plan « périnatalité » 2005-2007. 2004 Nov 11. 42p. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
2. Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 - Article 62.
3. HAS. Préparation à la naissance et la parentalité (PNP) Recommandations professionnelles. HAS ;2005. 54 p. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
4. Vozari. A-S. "Si maman va bien, bébé va bien." La gestion des risques psychiques autour de la grossesse. Rech Fam [en ligne]. 2015. 1(12): 153-63. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-153.htm>
5. Talge N M, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why ? J Child Psychol Psychiatry ; 2007 mar-avr; 48 (3-4): 245-261.
6. Missonnier S. Psychologie clinique de la parentalité et du naître humain. Dans: Missonnier S. Manuel De Psychologie Clinique De la Périnatalité. [lieu inconnu]. Elsevier; 2012. 19-32.
7. ONDPS. Prise en charge de la sante de l'enfant. 2013 Mar. 33p. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf
8. Bydlowski M. La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son foetus. Dans : Lebovici S, Diatkine R, Soule M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 3. 2e éd. Paris (Fr): Editions PUF ; 1995. 1881-1891.
9. Bydlowski M. Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité. Paris (Fr) : Editions Odile Jacob; 2000.
10. Winnicott D. La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris (Fr) : Payot; 1969.
11. OMS. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. OMS; 2017. 180p. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf;jsessionid=B0E72A2C145A37A03107376D031547B4?sequence=1>
12. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. Sante Publique [en ligne]. 2014;26(5):591-602. Disponible: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-591.htm>
13. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Inserm; 2017. 54 p. Disponible: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

14. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». *Journal du droit des jeunes* [en ligne]. 2012;314(4):28. Disponible: <http://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-4-page-28.htm>

15. Branger B, Réseaux de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité. *Bull Epidémiol Hebd* [en ligne]. 2015;(6-7):123-131. Disponible: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html.

16. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Article 1.

17. Soule M, Noel J. La prévention médico-psycho-sociale. Dans : Lebovici S, Diatkine R, Soule M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 3. 2e édition.* Paris (Fr) : Editions PUF ; 1995. 3013-3042.

18. rpna.fr [en ligne]. Bordeaux (Fr): Design Communicatif; Date inconnue. Disponible: <https://rpna.fr>

19. Data.DREES Etudes et Statistiques [en ligne]. Paris (Fr): Beyond 20/20 Inc; 2020. [Tableau], Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. [environ 1 écran]. Disponible: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

20. Bouffard B, Giraud J, Robin S, et al. La réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou-Charentes. Enquête auprès des sages-femmes libérales, salariées et PMI. ORS Poitou-Charentes ; 2012. Rapport n° 140. 38 p. Disponible: <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/zz6xD7EPP12.pdf>

21. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. HAS ;2005. 42 p. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

22. Barandon S, Balès M, Melchior M et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *J. gynécol. obstét. biol. reprod.* 2016;45(6):599-607.

23. Capgras-Baberon D, Lefevre-Penel A, Perrié M-A. Logique et antilogique de l'entretien prénatal précoce : prendre soin d'un « utérus sur pattes » ou de la « parentalité naissante » ? *Vocation Sage-Femme.* 2013;101:10-14.

24. Sanchez L. Les professionnels formés à l'entretien prénatal précoce : un regard sur leurs pratiques. Etat des lieux en 2011 en Aquitaine [mémoire]. Bordeaux ; Université Victor Segalen Bordeaux 2 ; 2013.

25. KHODR V. L'entretien prénatal précoce : de la théorie à la pratique [mémoire]. Montpellier ; Université de Montpellier 1 ; 2013.

26. Davias M. Evaluation des attentes et de la satisfaction des femmes enceintes concernant les informations reçues au cours de la grossesse [mémoire]. Poitiers ; Université de Poitiers ; 2020.
27. Archambaud F. Mesure de la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance [mémoire]. Poitiers ; Université de Poitiers ; 2020.
28. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement : Enquête sur les accouchements. 2012:18p. Disponible: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
29. Divall B, Spiby H, Nolan M et al. Plans, preferences or going with the flow : An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*. 2017;54:29-34.
30. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*. 1999;15(1):40-46.
31. Janvier E. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne [mémoire]. Clermont-Ferrand ; Université d'Auvergne ; 2013.
32. Dugnat M, Gouvinski F. L'éthique de la transmission des informations. L'éthique de la transmission des informations. *Vocation sage-femme* [en ligne]. 2007; 55:7-19. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Capgras_SF_Ethique.pdf
33. Dupont C, Gonnaud F, Touzet S et al. Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. À propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. *J. gynécol. obstét. biol. repro.* 2008;37(7):685-690
34. Code pénal. Chapitre VI, Section 4, paragraphe 1. De l'atteinte au secret professionnel. Article 226-13.
35. Décret n° 2013-994 du 7 novembre 2013 organisant la transmission d'informations entre départements en application de l'article L. 221-3 du code de l'action sociale et des familles.
36. Seccia Steinberg A. Message d'une Sage-femme pour une naissance libre. Les peurs de la grossesse et de l'accouchement. St-Jean-du-Pin (Fr): Éd. A.S.22.11 prod;2008.
37. Breat G, Puech F, Roze J-C. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2003. 20p. Disponible: https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Textes_reglementaires/Plans/Mission%20périnatalite%20Septembre%202003.pdf
38. Ferrini A, Moulet D, Verges K. L'entretien prénatal précoce n'est pas un entretien sans failles. Dans: Besson J, Galtier M. Parentalité, vous avez dit "fragile" ? Toulouse (Fr): Eres éd; 2009, p. 105-122.
39. Molénat F, Tourbin R-M., Roy J, et al. Référentiel de formation à l'entretien prénatal

du premier trimestre. Profession sage-femme : 2008:48p. Disponible:
<http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-formation-%C3%A0-l'entretien-p%C3%A9rinatal-du-premier-trimestre.pdf>.

7. ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

Bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme en 4^{ème} année au CHU de Poitiers et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête portant sur l'Entretien Périnatal Précoce. Ce projet est soutenu par le Réseau Périnatal de la Nouvelle Aquitaine. Il s'adresse à tous les professionnels assurant le suivi des femmes enceintes soit les sages-femmes (secteur public, privé, territorial et libéral), médecins généralistes et gynécologues (secteur public, privé, territorial et libéral) de la région Nouvelle Aquitaine. Le but de cette étude est d'effectuer un état des lieux des pratiques de l'Entretien Périnatal Précoce dans la région. Vos réponses nous aideront à cerner les éventuels freins à la mise en place de l'EPP. L'objectif final est d'améliorer l'accès à cet EPP, et donc la prise en charge des femmes enceintes, des couples mais aussi des enfants à naître par les professionnels de santé.

Pour mener à bien ce projet, nous avons besoin de votre participation. Nous vous remercions par avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Tout questionnaire complété attestera de votre consentement à la participation de cette étude. Vos réponses et l'exploitation de vos données seront strictement anonymes et confidentielles.

Merci d'avance pour votre aide précieuse.

1) Vous êtes :

- Sage-femme
- Médecin généraliste
- Gynécologue-obstétricien

2) Vous exercez votre activité :

- En libéral
- En territorial
- Secteur public
- Secteur privé

➔ Si vous exercez en milieu hospitalier : Quel est le type de maternité ?

- Type 1 Type 2 Type 3

3) Dans quel département exercez-vous ?

- 86 17 16 79 87 23
- 33 40 64 47 24 19

A) VOTRE FORMATION

- 4) Année d'obtention de votre diplôme ?

- 5) Avez-vous été formé à la réalisation d'EPP ?
 Oui pendant les études Oui en formation continue Non
 ➔ Si oui en formation continue :
 Date de la formation ?
- 6) Selon vous, quels sont les objectifs de l'EPP ?
- Apprendre à connaître votre patiente
 - Présenter le dispositif de suivi de grossesse
 - Encourager la femme et/ou la couple à participer aux séances de préparation à la naissance
 - Orienter votre patiente vers la préparation à la naissance et à la parentalité qu'elle souhaite
 - Informer la patiente sur les différentes ressources qu'elle a à proximité (situer dans le dispositif de suivi de grossesse l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels)
 - Assurer une coordination des actions des professionnels de santé autour de la femme enceinte
 - Impliquer la femme et/ou le couple dans une démarche de prévention et d'éducation pour sa santé
 - Dépister les situations de vulnérabilité et proposer une aide
 - Permettre un dialogue pour consolider la relation de confiance avec le système de santé
 - Anticiper les difficultés psychologiques, somatiques et sociales qui pourraient advenir
 - Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple
 - De compléter ou donner des informations sur les facteurs de risques, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie
 - Vous ne connaissez pas les objectifs de l'entretien prénatal précoce

B) VOTRE ACTIVITE

- 7) Réalisez-vous des EPP ?
 Oui Non
 ➔ Si non, quelles en sont les raisons ?
- Vous ne faites pas de suivi de grossesse
 - Vous ne vous sentez pas assez formé(e)

- Vous avez l'habitude d'orienter votre patiente pour la réalisation de cet entretien
- Vous êtes gêné(e) par le fait que ce soit en entretien unique et que vous n'assurez pas le suivi
- C'est une activité chronophage
- Vous pensez que ce n'est pas votre rôle
- Vous pensez que cette pratique n'a pas ou peu d'intérêt pour la suite de la prise en charge de la grossesse en termes de prévention et repérage des facteurs de risque
- Ce n'est pas compatible avec votre activité
- Il n'y a pas de créneau dédié à l'EPP dans votre établissement
- La cotation est trop faible
- Vous manquez de temps
- On ne vous adresse personne
- Vous ne savez pas vers qui orienter les patientes chez qui vous dépistez une ou des vulnérabilités
- Il vous est difficile de remplir la feuille de liaison pour faire une synthèse
- Vous n'avez pas de grille d'entretien dédiée à l'EPP et ne savez pas comment faire
- Vous considérez que cette pratique est déjà effectuée dans votre exercice habituel de suivi prénatal
- Les patientes vous sont adressées trop tardivement dans la grossesse
- Autres propositions :

.....

Si vous avez répondu « non » à la question n°7, passez directement aux questions n°21 et n°22 puis ce questionnaire prend fin ici, nous vous remercions pour votre participation.

Si vous avez répondu « oui » à cette même question, merci de bien vouloir poursuivre ce questionnaire

C) VOTRE ORGANISATION

- 8) Depuis quand réalisez-vous des EPP ? (en nombre d'année ou en mois)
 années ou mois
- 9) A quel rythme réalisez-vous vos EPP ? (nombre moyen d'EPP réalisé par semaine)
 par semaine
- 10) Proposez-vous systématiquement un EPP à toutes vos patientes ?
 Oui Non

➔ **Si non, en fonction de quelles caractéristiques le proposez-vous ? Et pourquoi ?**

- En fonction de la parité ? Pourquoi ?
- En fonction de l'âge de la patiente ? Pourquoi ?
- En fonction des conditions socio-économiques ? Pourquoi ?
- En fonction de la situation sociale ? Pourquoi ?
- En fonction des pathologies de la patiente ? Pourquoi ?
.....
- En fonction de la situation psychologique ? Pourquoi ?
- En fonction du terme de la grossesse lors du 1^{er} rendez-vous ?
Pourquoi ?
- Ce n'est pas vous mais votre secrétaire qui se charge de le proposer à vos patientes
- Autres :
.....
.....
.....

11) Pour un EPP efficace :

- Vous proposez à la patiente de venir avec son conjoint/conjointe
- Vous proposez à la patiente de venir avec un ou une personne de confiance
- Vous préférez voir la patiente en « seul à seul »
- Vous réalisez l'entretien autour de votre bureau en salle de consultation
- Vous réalisez l'entretien autour d'une table
- Vous réalisez l'entretien sur un tapis, des ballons ou des chaises mises en cercle
- Autres :

12) Combien de temps consacrez-vous à cet échange ?

- Moins de 45minutes
- 45minutes
- Plus de 45minutes

13) A quel terme de la grossesse proposez-vous cet entretien ?

- Trimestre 1
- Trimestre 2
- Trimestre 3
- Au moment de l'ouverture du dossier
- Cela dépend à quelle période on vous adresse la patiente
- Peu importe le terme

14) Cochez les questions que vous vous posez :

- Qui est la femme enceinte, le couple ?

- Ce que la femme vit et a vécu (situations de violences) ?
- 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 ?

15) Durant l'entretien :

a) Vous laissez la parole libre à la patiente et/ou au couple :

- OUI PAS SUFFISAMMENT NON

b) Vous formulez des questions ouvertes :

- OUI PAS SUFFISAMMENT NON

c) Vous faites en sorte d'avoir une écoute active :

- OUI PAS SUFFISAMMENT NON

d) Vous utilisez un questionnaire tout fait :

- OUI PAS VRAIMENT NON

16) Quels thèmes abordez-vous systématiquement ?

- les antécédents familiaux, médicaux, personnels
- la santé mentale (antécédents de dépression et/ou dépression du post-partum)
- la santé physique (maladie chronique ; pratique de sport)
- le projet de naissance (ce dont la femme et/ou le couple a envie pour cette grossesse)
- les vulnérabilités psycho-affectives (stress, anxiété, addictions, antécédents obstétricaux douloureux ; violences ; troubles du sommeil)
- la préparation à la naissance et à la parentalité
- le contexte socio-économique (les revenus ; le lieu d'habitat ; le matériel)
- la sexualité et la vie de couple ?

D) DEROULEMENT ET SUPPORT UTILISE

17) Quel support utilisez-vous ?

- Support papier
- Support informatique
- Support que vous avez créé
- Aucun support

18) Comment retranscrivez-vous l'entretien ?

- Feuille spécifique à l'EPP (support)

- Dossier médical avec rubrique dédiée
- Papier libre
- Pas de retranscription

➔ **Si vous retranscrivez l'entretien :**

a) Qui rédige ce compte rendu d'entretien ?

- Vous
- La patiente et/ou le couple
- Vous rédigez et faites relire le compte rendu à la patiente
- Vous rédigez ensemble

b) Que faites-vous de votre compte-rendu ?

- Vous le gardez dans le dossier médical
- Vous le faites lire à votre patiente
- Vous donnez un double à votre patiente
- Vous le donnez aux professionnels qui suivent la grossesse de votre patiente
- Autre :

➔ **Si vous ne retranscrivez pas l'entretien c'est parce que :**

- Vous manquez de temps
- Vous ne voyez pas l'utilité de faire un compte-rendu
- Vous ne savez pas quoi en faire
- Vous avez des difficultés de rédaction
- Autre :

19) Si vous découvrez une situation délicate, que faites-vous ?

- Vous accueillez l'information et vous l'aborderiez avec la patiente au fur et à mesure des consultations
- En fonction de la gravité et de la nature de l'information, vous orientez directement la patiente via votre réseau de professionnel
- Si la situation est délicate, vous vous renseignez auprès de votre réseau ou de l'hôpital le plus proche pour orienter votre patiente dans un second temps
- En fonction des situations, vous êtes parfois démun(e)

20) Vous arrive-t-il d'orienter la patiente vers d'autres professionnels ?

- Oui
- Non

➔ **Si oui : vers quels professionnels orientez-vous généralement vos patientes ?**

- Psychologue
- Addictologue
- Association

- Assistante sociale
- Diététicienne
- PMI
- Confrère ou consœur ayant d'autres compétences que les vôtres
- Sophrologue
- UMB
- Autres :

→ Si non, pourquoi ?

- Manque de connaissance du réseau qui vous entoure
- Vous ne voyez pas l'utilité d'orienter votre patiente
- Vous n'avez jamais été concerné par ce genre de situation
- Vous ne savez pas vers qui vous tourner

21) Selon vous, quels moyens permettraient de sensibiliser d'avantage les patientes et les couples à l'EPP ?

- Campagne de prévention et promotion de la santé
- Flyers
- Expliquer l'intérêt de l'EPP au moment de la déclaration de grossesse
- Mettre un livret explicatif dans le carnet de maternité
- Autres suggestions :

.....
.....

22) Selon vous, quelles actions permettraient de favoriser et promouvoir la réalisation d'EPP par les professionnels ?

- Une formation initiale
- Des propositions de formations continues
- Des staffs médicaux-psycho-sociaux pour échanger sur des situations difficiles
- La mise en place d'un poste de professionnel coordinateur pour assurer la cohérence et le maintien de la continuité des soins sur besoins des patients, demandes des soignants et des prestations possibles par le pôle
- La création d'un annuaire répertoriant les différents professionnels ressources pour orienter et prendre en charge la patiente
- L'élaboration d'une grille d'entretien pour uniformiser les pratiques
- Autres :

.....

Merci de votre participation !

8. ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction and objectives: The Early Prenatal Interview (EPP), tool for the prevention and promotion of perinatal health, has been set up since the perinatal plan dating from 2005-2007 in order to respond to future parents' needs during the pregnancy. Despite French Health Authority (FHA) recommendations, the EPP was not systematically suggested during pregnancies and the content of the latter was heterogeneous. Our main objective was to do an inventory of EPP practices in Nouvelle-Aquitaine (NA) with midwives. Our secondary objectives were to expose the difficulties encountered and propose several areas for improvement for promoting this interview to match the practices.

Methods: The study was observational and was addressed to all midwives in NA whatever the activity sector. It took place over a period of two and a half months. A questionnaire was sent by email and was available on the PNNA (Perinatal Network of Nouvelle-Aquitaine) website. The main evaluation criterion was practicing EPP or not. The secondary evaluation criteria were elaborated according to FHA recommendations in order to evaluate their practice.

Results: The population sample was composed of 243 midwives. Midwifery practices in NA are diverse and their EPP knowledge is quite reassuring. In our population, one in two midwives was practicing EPP and more than 80% were suggesting the EPP systematically. One in five midwives was doing EPP without training and more than 10% were considering the lack of training as an obstacle to EPP practice. Almost 20% felt helpless when confronted with sensitive situations. One-quarter of midwives declared that patients were spoken to too late in the pregnancy to have the time to perform an EPP.

Conclusion: EPP is the only tool for the promotion of perinatal health with the 'Childbirth and parenthood education' but the barriers remain plentiful. EPP, now mandatory, should be upgraded and be given a new status in pregnancy monitoring.

Key words: Early Prenatal Interview – Prevention – Promotion – Nouvelle-Aquitaine – Pregnancy – Midwife

RÉSUMÉ

Introduction et objectifs : L'entretien prénatal précoce (EPP), outil de prévention et promotion de la santé périnatale, a été mis en place à la suite du plan de périnatalité de 2005-2007 pour répondre aux besoins des futurs parents au cours de la grossesse. Malgré les recommandations de la HAS, l'EPP n'était pas proposé en systématique lors des grossesses et le contenu de ces derniers était hétérogène. Notre objectif principal était de faire un état des lieux des pratiques de l'EPP en Nouvelle-Aquitaine (NA) auprès des sages-femmes. Nos objectifs secondaires étaient de mettre en lumière les difficultés rencontrées et de proposer des axes d'amélioration pour la promotion de cet entretien afin d'harmoniser les pratiques.

Méthodes : L'étude était observationnelle, s'adressait à toutes les sages-femmes de la NA quel que soit leur secteur d'activité et s'est déroulé sur une période de 2 mois et demi. Un questionnaire était envoyé par mail et disponible sur le site du RPNA. Le critère de jugement principal était la pratique ou non de l'EPP. Les critères de jugement secondaires ont été élaborés à partir des recommandations de la HAS pour évaluer leur pratique.

Résultats : L'échantillon était de 243 sages-femmes. Les pratiques des sages-femmes en NA sont diverses et leurs connaissances de l'EPP sont plutôt rassurantes. Dans notre population, une sage-femme sur deux réalisait des EPP et plus de 80% proposaient l'EPP en systématique. Une sage-femme sur cinq réalisait des EPP sans formation et plus de 10% vivaient le manque de formation comme un frein à la pratique de l'EPP. Presque 20% se sentaient démunies face à des situations délicates. Un quart des sages-femmes déclarait que les patientes étaient adressées trop tard dans la grossesse pour avoir le temps de réaliser un EPP.

Conclusion : L'EPP est le seul outil de promotion de la santé périnatale avec la PNP mais les freins à la réalisation de ce dernier sont multiples. L'EPP maintenant obligatoire devrait être revalorisé et connaître une nouvelle place dans le suivi de grossesse.

Mots-clés : Entretien Prénatal Précoce – Prévention – Promotion – Nouvelle-Aquitaine – Grossesse – Sage-femme