



**HAL**  
open science

**L'entretien prénatal précoce : évaluation des pratiques  
professionnelles des sages-femmes de la maternité  
Clavary, centre hospitalier de Grasse**

Lisa Noutary

► **To cite this version:**

Lisa Noutary. L'entretien prénatal précoce : évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes de la maternité Clavary, centre hospitalier de Grasse. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271423

**HAL Id: dumas-02271423**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271423>**

Submitted on 26 Aug 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## **Ecole de Sages-Femmes de Nice**

---

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

### **L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE**

**Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes de la Maternité Clavary,  
Centre Hospitalier de Grasse**

---

Lisa NOUTARY

Née le 29 Septembre 1995

A Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)

Mémoire présenté et soutenu le 7 Juin 2019

Sous la direction de : Madame Anne BLAYAC

---

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

---





## **Ecole de Sages-Femmes de Nice**

---

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

### **L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE**

**Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes de la Maternité Clavary,  
Centre Hospitalier de Grasse**

---

Lisa NOUTARY

Née le 29 Septembre 1995

A Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)

Mémoire présenté et soutenu le 7 Juin 2019

Sous la direction de : Madame Anne BLAYAC

---

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

---

## REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier toute l'équipe enseignante pour avoir participé à l'élaboration de ce mémoire, en particulier Mme Anne BLAYAC pour avoir accepté de me diriger dans ce travail, merci pour votre grande patience, votre gentillesse et votre écoute.

Je tiens aussi à remercier Mr Jean-Denis OURNAC, cadre de la maternité de Grasse, mais aussi les sages-femmes qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire, pour m'avoir soutenue et encouragée dans ce projet.

Merci à mes copines de promotion, Sissi, la Tépouh Family se reconnaîtra. Grâce à vous j'ai passé de bien jolies années. Pendant toutes ses pauses café (...que j'aime ta couleur café), vous m'avez donné force et robustesse et empêché de tout envoyer balader pour planter des patates et élever des chèvres ...

Merci les colloc's de l'ambiance : mes deux mamans adoptives hollandaises, Marjo, la meilleure des binômes, adepte de selfies douteux, Titi, marathonnienne et chanteuse professionnelle de 18h30 à 19h30, mais aussi Tho et Lucho pour leur bonne humeur et leur joie de vivre de bro'. J'ai vécu une belle aventure en acceptant cette colloc' digne d'un mashup photo, je ne vous le dirai jamais assez, merci pour toutes ces évasions inattendues.

Merci à ma famille, Maman (qui a beaucoup trop regardé BabyBoom pendant mes études), Papa (qui me voit sage-femme aventurière bravant la tempête pour réaliser des accouchements), Julien (qui m'imagine sage-femme, au volant d'un Van rempli de planches de surf) et Patate (mon joli petit renard), pour m'avoir soutenue (ou supportée, ça dépend comment on voit les choses) jusqu'au bout.

*« On ne peut être heureux sans les autres »*

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
TABLE DES MATIERES .....	3
LISTE DES ABREVIATIONS .....	5
LISTE DES FIGURES .....	6
LISTE DES TABLEAUX .....	6
INTRODUCTION.....	7
<b>PARTIE 1 : LE CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>9</b>
1. LES FONDEMENTS DE L'ENTRETIEN PRENATAL.....	9
1.1. <i>Le Plan de périnatalité 2005-2007</i> .....	9
1.1.1. Genèse du plan périnatal de 2005-2007 .....	9
1.1.2. Le Plan Périnatalité 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité .....	11
1.2. <i>Les enquêtes nationales périnatales</i> .....	12
1.3. <i>Les réseaux de périnatalité et le travail en réseau</i> .....	13
2. RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE 2005.....	15
2.1.1. Les objectifs de l'EPP .....	15
2.1.2. Déroulement de l'entretien.....	16
2.1.3. Conduite de l'entretien par les professionnels.....	17
2.1.4. Travail en réseau selon la HAS.....	17
3. LE CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE.....	18
3.1. <i>Présentation de la synthèse proposée à la maternité de Grasse</i> .....	19
3.2. <i>Les chiffres</i> .....	20
4. L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	20
4.1. <i>Définition</i> .....	20
4.2. <i>Analyse du support utilisé au CH de Grasse</i> .....	21
5. SYNTHÈSE DU CADRE CONCEPTUEL.....	22
<b>PARTIE 2 : ETUDES.....</b>	<b>23</b>
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE .....	23
1.1. <i>Problématique</i> .....	23
1.2. <i>Les Objectifs</i> .....	23
1.2.1. Objectif principal .....	23
1.2.2. Les objectifs de la HAS.....	23
1.3. <i>Hypothèses de recherche</i> .....	24
1.4. <i>Population étudiée</i> .....	24
2. OUTILS.....	25
2.1. <i>Étude 1 : Recueil de données sur dossiers</i> .....	25
2.1.1. Objectifs de l'étude 1 .....	25
2.1.2. Sélection des dossiers.....	25
2.1.3. Diagramme de Flux.....	26
2.1.4. Construction de la grille de recueil .....	26
2.1.5. Traitement des données : .....	28
2.2. <i>Étude 2 : Enquête auprès des professionnels</i> .....	28
2.2.1. Objectifs .....	28
2.2.2. Sélection de la population .....	28
2.2.3. Construction du questionnaire .....	28

<b>PARTIE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS .....</b>	<b>30</b>
1. RESULTATS DE L'ETUDE 1 .....	30
1.1. <i>Présentation globale des items évalués.....</i>	30
1.1.1. Présentation des résultats concernant la traçabilité des items.....	30
1.1.2. Présentation des résultats en lien avec les objectifs de la HAS .....	31
1.2. <i>Présentation des résultats par item.....</i>	32
1.3. <i>Présentation des profils des patientes.....</i>	35
1.3.1. Evènements recueillis avant l'EPP .....	36
1.3.2. Evènements relevés après l'entretien. ....	38
2. RESULTATS DE L'ETUDE 2 .....	38
2.1. <i>Information et durée de l'entretien .....</i>	38
2.2. <i>Posture du professionnel lors de l'entretien .....</i>	39
2.3. <i>Orientation des femmes enceintes .....</i>	39
2.4. <i>La traçabilité, la confidentialité .....</i>	39
2.5. <i>La pratique de l'entretien .....</i>	40
2.6. <i>La formation des sages-femmes.....</i>	40
2.7. <i>Amélioration de la trame DxCare .....</i>	41
3. SYNTHÈSE DES RESULTATS .....	42
<b>PARTIE 4 : ANALYSE DES RESULTATS, DISCUSSION .....</b>	<b>43</b>
1. BIAIS ET LIMITES.....	43
1.1. <i>Etude 1.....</i>	43
1.2. <i>Etude 2.....</i>	43
2. FORCES DE L'ETUDE .....	43
3. DISCUSSION .....	44
3.1. <i>Validation des hypothèses.....</i>	44
3.1.1. La synthèse de l'EPP est conforme aux recommandations .....	44
3.1.2. Orientation des patientes pour une prise en charge adaptée.....	45
3.2. <i>Le projet de naissance, la parentalité.....</i>	46
3.3. <i>La population.....</i>	47
3.4. <i>L'information des patientes.....</i>	47
3.5. <i>Les ressentis de la patiente et du couple .....</i>	48
3.6. <i>Le réseau, la traçabilité, la confidentialité.....</i>	49
3.6.1. Informations sur les offres de soins .....	49
3.6.2. La transmission et la traçabilité.....	50
3.7. <i>Les sages-femmes et leur formation.....</i>	52
<b>PARTIE 5 : PISTES ET AMELIORATIONS PROPOSEES .....</b>	<b>53</b>
1. INFORMER LES PATIENTES SUR L'EPP .....	53
2. FORMER LE PERSONNEL ET LES ETUDIANTS.....	53
3. L'ENTRETIEN PRENATAL A LA MATERNITE DE GRASSE .....	55
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>LIX</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>LXII</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

CH : Centre Hospitalier

ENP : Enquête Nationale de Périnatalité

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaines d'Aménorrhée

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Terme de la grossesse en semaines d'aménorrhée au moment de l'EPP .....	32
Figure 2: Répartition des orientations des femmes enceintes .....	35

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Traçabilité des items de la trame du logiciel DxCare .....	30
Tableau II : Respect des objectifs de la HAS .....	31
Tableau III : Suivi des femmes enceintes selon leur terme de grossesse .....	36
Tableau IV : Présentation de la population ayant assisté à un EPP .....	36
Tableau V : Evènements relevés suite à l'entretien prénatal précoce .....	38
Tableau VI : Durée de l'entretien prénatal : critère n°4 selon la HAS .....	39

## INTRODUCTION

De nos jours, le suivi de grossesse compte sept consultations prénatales médicales ayant pour but de vérifier le bon déroulement de la grossesse et de diagnostiquer, dépister des pathologies à l'aide d'examens physiques, sérologiques, échographiques. Ces consultations ne durent pas plus de quinze à vingt minutes, et ne sont généralement pas le lieu d'expression des besoins et des peurs de la femme et/ou du couple.

Cependant, face à l'évolution de notre société, de l'image du couple et de la famille, les professionnels doivent répondre aux interrogations de patientes de plus en plus demandeuses. Avec un accompagnement de qualité, les acteurs de la périnatalité sont en mesure d'apporter une plus grande attention aux couples.

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été proposé dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007, intitulé « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité » [1]. Puis, la Haute Autorité de Santé (HAS) a ensuite publié des recommandations concernant le programme de préparation à la naissance (PNP) en 2005 [2]. Enfin, la loi du 5 mars 2007 [3] met cet entretien en avant dans la prévention anténatale. Depuis, les recommandations ont été actualisées en 2016, et placent l'EPP dans le calendrier de suivi de la grossesse. [4]

Cet entretien semble propice à l'élaboration d'une prise en charge globale de la femme enceinte puisqu'il est un lieu d'échanges permettant aux patientes, aux couples d'exprimer leurs attentes, leurs besoins et d'obtenir des réponses à leurs interrogations. Il est également l'occasion pour le soignant de repérer les situations délicates nécessitant un dispositif d'accompagnement pour une prise en charge optimale. Pour cela, le travail en réseau est indispensable afin de garantir une cohérence et une continuité dans le suivi de grossesse. Cependant, l'accessibilité à l'EPP et son développement sont variables d'une ville à l'autre, selon l'enquête nationale de périnatalité de 2016 détaillée par la suite. [5]

Ainsi, les objectifs des professionnels de santé pratiquant l'entretien prénatal précoce suscitent des interrogations : sont-ils réellement en adéquation avec les recommandations de la HAS ? Les supports mis en place facilitent-ils la pratique de celui-ci ?

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations, mettant en place des plans d'actions en vue d'améliorer les pratiques.

Dans ce contexte, il semble intéressant de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles dans le Centre Hospitalier de Grasse, hôpital dans lequel les sages-femmes se sont investies dans la pratique de l'EPP depuis 2009. La maternité de Grasse présente aussi un espace réservé à la synthèse de l'EPP au sein du logiciel informatique DxCare. Ce travail de recherche se présentera en trois parties. Premièrement, nous définirons l'entretien prénatal en identifiant les textes législatifs et recommandations qui ont permis sa mise en place. Dans une deuxième partie, l'étude portera sur l'évaluation de l'EPP, de son support et de son déroulement. Enfin, l'analyse des résultats permettra d'élaborer une discussion autour de l'entretien prénatal et de proposer des axes d'amélioration.

# **PARTIE 1 : Le cadre conceptuel**

## **1. Les fondements de l'entretien prénatal**

### **1.1. Le Plan de périnatalité 2005-2007**

#### **1.1.1. Genèse du plan périnatal de 2005-2007**

##### **1.1.1.1. A l'échelle nationale**

Le rapport édité par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) en 1994, impose une prise en compte des dimensions psychologiques, sociales et culturelles en périnatalité, incitant au développement et à l'amélioration du système d'information périnatal. [6]

A la suite de ce rapport, se fonde le second Plan de Périnatalité (1995-2000), avec pour mission de « sécuriser la naissance », à l'aide d'un programme de prévention, et d'améliorer le suivi des femmes durant leur grossesse, créant un réseau autour de la patiente et du couple.[7]

Ce sont les décrets de périnatalité (98-899) du 9 Octobre 1998, qui évoquent pour la première fois un entretien individuel remplaçant la première séance de préparation à la naissance, dans le cadre d'une meilleure prévention. Déjà, l'idée de proposer systématiquement cet entretien à la déclaration de grossesse se présente.[8]

Le HCSP réprecise, le 20 novembre 2001, les objectifs du système de santé, dont la promotion d'une approche globale des problèmes de santé et de leurs déterminants. Selon l'Article L 6321.1 du code de santé publique [9], « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires ». En périnatalité, les réseaux travaillent en amont et en aval de la naissance et ont pour mission l'élaboration de protocoles, la formation, l'évaluation et la prévention.

En 2003 sont rédigées les « vingt propositions pour une politique périnatale » qui permettent de préciser davantage l'entretien alors appelé « entretien du quatrième mois ». La mission Bréar-Puech-Rozé le décrit comme « un outil de dépistage majeur [qui] ouvre le dialogue, crée un climat de confiance et permet de dépister toute forme d'insécurité »[10]

La Loi Kouchner du 4 mars 2002 nous renseigne sur les droits des patients et la qualité du système de santé. Cette loi est basée sur le fait que l'information favorise la participation active de la patiente, qui, avec le professionnel, fera des choix lors de son parcours de santé. Le soignant se voit attribuer un statut d'acteur de santé avec un devoir d'assurer la qualité et la

sécurité des soins. Le respect de la confraternité et de la confidentialité des informations recueillies est un des principes qui en ressort. Le professionnel devra ainsi s'engager à s'inscrire dans un réseau dans le cadre du partage d'informations. Cette loi décrit les droits sur le respect de l'intégrité, de la dignité de la patiente mais aussi de la confidentialité des informations qui la concernent. [11]

Par la suite, la circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n°2005-300 du 4 Juillet 2005 insiste sur l'intérêt de l'entretien dans la découverte de facteurs de vulnérabilité du couple en soulignant le temps de consultation médicale trop court pour évoquer un besoin émotionnel. Le réseau de proximité serait la clé d'une prise en charge globale médico-psychologique adaptée en périnatalité, selon la pédopsychiatre F. Molénat. Celle-ci évoque la « prévention » mais aussi le besoin pour les parents de « retrouver confiance en eux afin de transmettre à leur enfant la sécurité ». Le professionnel obtient alors un rôle d'« éducation, de prévention et d'orientation ». Dans ce contexte, F. Molénat prévoit de sensibiliser les professionnels aux diverses techniques d'entretien (position d'écoute, écoute active, empathie, reformulation) et aux notions de psychologie périnatale. Elle rappelle aussi que « les modalités de transmission des informations d'ordre psychologique ou social doivent faire l'objet de formations spécifiques » [12]. La formation à l'EPP, fortement recommandée, permet d'éviter les comportements inappropriés, intrusifs qui empêcheraient la femme de s'épanouir.

La formation initiale permet d'acquérir des compétences en matière de technique d'entretien et de se sensibiliser au travail en réseau. La psychologie de la grossesse est enseignée à travers les cours de psychologie et de psychiatrie. Aussi, durant les stages de consultations, certains étudiants sages-femmes ont la possibilité d'assister à ces entretiens et de se perfectionner. Dans le cadre de la formation continue, les sages-femmes peuvent bénéficier de nombreuses formations spécifiques proposées par les réseaux (apports théoriques). Ces dernières sont centrées sur la clinique et permettent aux professionnels de prendre conscience que l'installation d'un climat de confiance avec la patiente passe ainsi par la connaissance de tous les membres du réseau.[13] Le réseau méditerranéen propose, par exemple, des formations de courte durée (trois jours).

#### **1.1.1.2. A l'échelle internationale**

En 1986, dans la charte d'Ottawa, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit la santé comme « un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi

que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ». [14]

L'OMS recommande de commencer la préparation à la naissance et à la parentalité avant 12 semaines de grossesse, lorsque la patiente et le couple sont encore attentifs à un maximum d'informations. En effet, plus la préparation sera proche du terme, plus l'intérêt se portera sur le travail et l'accouchement et non plus sur le mode de vie des couples etc. [15]

Il est important d'encourager les femmes et/ou les couples à suivre l'ensemble des séances proposées. L'utilité d'une ou deux séances précoces pour discuter de nutrition, de consommation d'alcool et de tabac est soulignée par l'OMS. Idéalement ces aspects du mode de vie devraient être abordés bien avant la naissance de l'enfant, pendant la période pré-conceptionnelle notamment, mais pourraient aussi être mentionnés lors de l'EPP.

### **1.1.2. Le Plan Périnatalité 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité**

C'est le 10 Novembre 2004 que l'idée d'un plan d'actions émerge. Son but est de « moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance ».[16] Le plan reprend deux objectifs de la loi santé publique n°2004-806 du 9 Août 2004.[17] En effet, il est établi que jusqu'alors, les professionnels avaient laissé de côté la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples.

Le plan périnatalité 2005-2007 permet la mise en place de l'EPP, appelé à cette période « entretien individuel » ou « entretien du 4ème mois ». Celui-ci s'inscrit dans le volet « Humanité ». D'autre part, ce plan renforce la proximité grâce à ses objectifs de « développer les réseaux, et d'intégrer l'ensemble des professionnels de la périnatalité dans les réseaux ». L'autre point important est la notion nouvelle d'un projet de naissance, outil permettant aux femmes de formuler leurs désirs et de partager leur point de vue avec l'équipe. [1], [7]

Ainsi, en 2007, les recommandations de la Direction générale de la santé en collaboration avec des sages-femmes visent une approche plus « humaniste de la naissance » afin de « favoriser la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance ». Les désirs, émotions, perceptions mais aussi l'environnement de chaque femme seront pris en comptes. C'est aussi à cette période que sont renforcés les réseaux en périnatalité, permettant une véritable coopération entre PMI, professionnels du libéral et hôpitaux. Les sages-femmes libérales et sages-femmes de PMI mettent en place rapidement l'entretien, cependant, les maternités publiques peinent à l'organiser par manque de personnel. [17]

Par la suite, la tarification concernant l'EPP a été mise en place : selon les tarifs conventionnels des actes obstétricaux, les actes sages-femmes, « SF », valent 2,80 €. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) définit ainsi les séances de PNP. La première séance de PNP équivaut à SF15, soit 42 €. Cet entretien, tout comme les autres séances de PNP, est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. [18], [19]

Le 5 mars 2007, la Loi de la Protection de l'Enfance est réformée et ce qui est à présent appelé « Entretien Précoce Périnatal » devient systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes. Les résultats de l'enquête périnatale de 2010 montrent que 21,4% des patientes bénéficient de cet entretien, auparavant appelé « entretien prénatal individuel » (EPI). [3]

## **1.2. Les enquêtes nationales périnatales**

Des enquêtes nationales périnatales (ENP), menées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) permettent d'évaluer l'efficacité des plans de périnatalité. Ces enquêtes ont eu lieu en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. A chaque fois, l'échantillon représentatif est constitué de toutes les naissances en France pendant une semaine donnée. [5], [20]. Les dernières ENP montrent que le rôle des sages-femmes a tendance à s'accroître dans le suivi des grossesses. Aussi, la loi du 9 Août 2004 donne à la sage-femme, le droit d'effectuer la déclaration de grossesse et l'examen post-natal, et de suivre en totalité une grossesse physiologique de façon autonome. [17] [21]

### **L'enquête de périnatalité de 2016**

Plusieurs résultats sont importants à souligner. Le plus souvent, les grossesses sont prévues. Si le gynéco-obstétricien reste le professionnel le plus souvent consulté pour le suivi prénatal, la sage-femme est responsable de la surveillance des 6 premiers mois de grossesse dans 25% des cas. Son rôle, en tant que professionnelle de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication, est valorisé. [5]

La PNP est plus souvent suivie par les primipares, qui sont de plus en plus nombreuses à la suivre : 74 à 78 % de 2010 à 2016. D'autre part, même si 85 % des maternités déclarent qu'elles organisent les EPP, ils restent peu diffusés en 2016 puisque 28,5 % des femmes déclarent en avoir bénéficiés. Néanmoins, ce taux est sous-estimé en raison de la confusion entre l'EPP et la consultation prénatale. Il était plus souvent réalisé chez les primipares (39,5 %) que chez les multipares (20,5 %). [5]

Faisant suite au plan périnatalité 2005-2007, un carnet de maternité a été mis au point, pour informer les patientes sur leurs droits et le déroulement de la grossesse : 40,5 % déclarant ne pas l'avoir reçu en 2016, ceci diminuerait la promotion de l'EPP. [5]

Si en 2010, l'entretien était plus souvent réalisé par une sage-femme de la maternité que par une sage-femme libérale (50,3 % contre 35,3 %), ce déséquilibre est rétabli en 2016 (respectivement pour 42,7 % et 47,2 % des femmes ayant eu un EPP). Le taux de réalisation de l'EPP par les sages-femmes de PMI a lui diminué (9.6 à 6.3%). Les gynécologues-obstétriciens ont sensiblement le même nombre (3.7% à 3.3% en 2016). L'entretien a souvent eu lieu au quatrième mois mais la moitié des entretiens a cependant été réalisée plus tard (49,7 %).

Il existe de fortes disparités géographiques concernant les facteurs de vulnérabilités, la situation sociale, la prévention et les interventions médicales. Des facteurs à risques médicaux sont également plus fréquemment identifiés chez les femmes vivant dans un ménage dont aucun des deux partenaires n'a d'emploi. Le contexte psychologique de la grossesse est plus défavorable chez ces femmes, dont plus de 20% sont obèses ou en surpoids. Elles sont aussi 11,8 % à déclarer s'être senties « assez mal » durant leur grossesse

Par ailleurs, la consommation de tabac pendant la grossesse ne baisse pas (17% ont fumé au moins 1 cigarette par jour au 3ème trimestre), et plus de la moitié des fumeuses dit n'avoir reçu aucun conseil durant la grossesse pour diminuer sa consommation (sujet peu abordé par les soignants). Ceci met en évidence une difficulté persistante dans les messages de prévention. Malgré ces facteurs de risques, près de 30 % d'entre elles ont eu moins de huit consultations prénatales, et seulement 18,5 % un entretien prénatal précoce. Pour les femmes ayant suivi un EPP, une orientation vers un autre professionnel a été réalisée dans 14.6%.

L'investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens semble évident. L'EPP, suivi par 29,4 % des femmes en métropole était plus souvent réalisé en Nouvelle Aquitaine (39,5 %), et Pays de la Loire (37,4%). À l'opposé, en région parisienne, seulement 19,5 % des femmes avaient eu un EPP et seulement 73,3 % des primipares avaient eu des séances de PNP.

### **1.3. Les réseaux de périnatalité et le travail en réseau**

Dès le 9 avril 1997, un an après les ordonnances, dites JUPPE [22], d'Avril 1996, une circulaire précise les modalités de création des réseaux de santé et l'agrément par l'agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). [23]

Par la suite, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) insiste sur la notion de réseau en 2001. Le Code de la santé publique dans son article L. 6321.1, modifié par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, définit les réseaux :

*« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils participent à des activités de santé publique ».* [9]

La loi HPST, en 2009, ajoute que les réseaux doivent s'inscrire dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS). [23] Afin de proposer un accompagnement cohérent aux femmes enceintes et assurer la continuité des soins, il devient indispensable d'améliorer les échanges entre professionnels. Le travail en réseau, véritable maillage dans le système de périnatalité, assure une meilleure qualité du suivi. Cela permet d'apporter des réponses aux difficultés médicales mais aussi sociales ou psychologiques de la femme et de son conjoint, et d'éviter les interventions parallèles et non concertées de différents professionnels.

Selon une étude de 2008, les femmes enceintes qui s'incluent dans un réseau de périnatalité, manifestent un sentiment de sécurité, de considération et de cohérence entre les différents acteurs, véritable bénéfice pour le vécu de leur grossesse. [24]

Pour le professionnel, la communication avec les autres acteurs permet de se former, d'être plus efficace mais aussi de s'inclure dans un groupe, de façon à rompre l'isolement et ainsi de lutter contre son propre épuisement professionnel. [25]

Tous les professionnels, des champs sanitaire, social et psychologique, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou territoriaux sont reliés entre eux, et forment une unité. L'EPP fait partie des objectifs exposés par ces réseaux de santé de proximité.

Afin de garantir une prise en charge totale d'un point de vue physique mais aussi psychique et social, deux formes de réseaux existent et s'imbriquent : les réseaux régionaux, dits inter-établissements, impliquant les transferts materno-fœtaux d'une maternité à une autre, ainsi que les réseaux de santé de proximité, relatifs à l'accompagnement des patientes, sur un territoire défini. La région PACA dépend du « réseau de périnatalité Méditerranée » (fusion de la Corse, Monaco et de la région PACA). Il permet la coordination des professionnels, par la rédaction et la diffusion des recommandations, des référentiels de bonne pratique, mais aussi la formation des professionnels. Il met aussi à disposition des annuaires de professionnels afin de faciliter le travail en réseau. [26]

Le réseau peut aussi se définir en trois groupes distincts :

- Le réseau de professionnels : médecin traitant, sage-femme, gynécologue, pharmacien, assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, équipes psychiatriques et pédopsychiatriques, personnels de PMI, etc.
- Le réseau non professionnel, non médical : associations de soutien à l'allaitement, des lieux de rencontre enfants-parents, des réseaux de soutien à la parentalité etc...
- Le réseau personnel de la femme enceinte (professionnel, familial et amical)

Suite à ces réflexions, des protocoles ont été mis en place et la Haute Autorité de Santé a établi des recommandations afin d'encadrer les praticiens et unifier les pratiques de l'entretien.

## **2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé 2005**

La HAS décrit le projet de naissance dans les Recommandations pour les professionnels de santé : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » en Avril 2005. [27]

L'EPP y est décrit comme un outil universel s'adressant à toutes femmes enceintes et couples. Il permet de repérer des vulnérabilités tout en mettant en jeu un travail de collaboration entre les professionnels. [1], [2] Cet entretien ne remplace en aucun cas une consultation prénatale de suivi de grossesse.

### **2.1.1. Les objectifs de l'EPP**

Il permet au professionnel d'apprécier la « santé globale de la femme enceinte » et ainsi comprendre l'environnement de celle-ci. Il est aussi l'occasion d'évoquer la planification de la grossesse, un projet de naissance (modalités d'accouchement, d'accompagnement). Il est « la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale ».

Le professionnel a pour objectif d'encourager les femmes à préparer un projet de naissance, notamment, et à l'exprimer oralement et par écrit. Ce projet comprend les préférences de la femme, du couple quant aux modalités d'accouchement par exemple. Il est un des objectifs de l'EPP. Le professionnel sera ainsi en mesure de leur présenter les offres de soins dont l'hôpital dispose : services, sources d'informations fiables, le contenu des séances de Préparations à la Naissance et à la Parentalité, ainsi que sa mise en place.

L'EPP, première séance de PNP, doit être l'occasion de présenter le contenu des autres séances en vue de préparer la naissance, l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions et de soutenir la fonction parentale (« soins à l'enfant, alimentation, couchage, prévention, éducation, promotion d'une bonne santé, sécurité au domicile ... »). Dans l'idéal, la PNP doit

commencer précocement et être régulière. Elle sera poursuivie à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce ou difficultés anticipées durant la grossesse ou après la naissance. L'entretien et les séances de PNP pourront éventuellement évoquer le suivi médical en cas d'absence de surveillance ou de questions posées par la femme ou le couple.

Une information précoce sur la prévention des comportements à risques pourra être délivrée (hygiène alimentaire, automédication, nutrition, addictions), avec une possibilité d'orientation vers un spécialiste. Il ne s'agira pas de consacrer tout l'EPP à parler d'addiction par exemple, dans ce cas, une consultation ultérieure sera conseillée. En effet, le professionnel a pour rôle, lors de cet entretien, de repérer les facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de « compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant », de « ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues (précarité, bas niveau éducatif), d'identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ; et convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales ». Ces facteurs de vulnérabilité sont décrits par la HAS (annexe I). Cependant, « les confidences reçues ne doivent pas d'emblée entraîner une consultation spécialisée ». [2] Lorsque la femme n'est pas prête à effectuer les démarches, le professionnel pourra se faire aider de psychologues et psychiatres pour évaluer les besoins de la patiente. La construction d'un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents est nécessaire pour créer un lien sécurisant avec les partenaires du réseau.

L'entretien étant le lieu de découverte des vulnérabilités de la femme enceinte, il apparaît évident qu'il doit être prévu le plus tôt possible afin d'organiser la grossesse, permettre la mise en œuvre de dispositifs d'aide, d'accompagnement et d'anticiper les difficultés prévisibles. Les vulnérabilités ne pourront pas toutes être repérées, il est donc recommandé au professionnel de santé, qui assure les consultations de suivi de la grossesse, d'être vigilant.

### **2.1.2. Déroulement de l'entretien**

Depuis les recommandations HAS, l'EPP doit être proposé systématiquement à chaque femme enceinte ou couple, avec ou sans vulnérabilités préalablement détectées, par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, sans forcément assurer la suite du suivi. La HAS place l'information de l'EPP lors de la deuxième consultation avant 15 semaines d'aménorrhée révolues.

Cet entretien, d'une durée égale ou supérieure à 45 minutes, a lieu idéalement au premier trimestre. Si la déclaration se fait plus tard ou si l'EPP est refusé, il peut être proposé

ultérieurement à tout moment de la grossesse, et renouvelé si besoin. Cependant, ce n'est pas parce que la patiente refuse l'EPP, qu'elle n'aura pas accès à la PNP.

Contrairement aux autres séances de PNP individuelles, en couple ou en groupe, il est réalisé en couple ou individuellement. Aussi, le conjoint doit être encouragé à y participer.

### **2.1.3. Conduite de l'entretien par les professionnels**

Pour conduire l'entretien, il est recommandé d'instaurer un dialogue qui mettra la femme et le couple en confiance, libre d'exprimer leurs attentes. Ceci passe par une écoute active et une attitude non culpabilisante, avec des questions ouvertes qui amènent le couple à livrer ses craintes et désirs. Le professionnel devra délivrer des informations claires et adaptées au niveau de langage du couple et s'assurer de la bonne compréhension de celui-ci. Il se doit d'assurer la confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique. Il est important de souligner qu'un questionnaire peut être utilisé en tant que support, afin de guider le professionnel. La HAS a élaboré un document présentant les étapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et à la parentalité ainsi qu'un exemple de guide d'entretien (annexe II et III). Néanmoins, il ne doit en aucun cas être une liste de questions fermées limitant le dialogue avec la patiente.

### **2.1.4. Travail en réseau selon la HAS**

Les recommandations de la HAS sur le service des bonnes pratiques professionnelles de Mai 2012, précisent le devoir de traçabilité du professionnel. Celui-ci devra mentionner le contenu, mais aussi par qui, à quelle date a été réalisé l'entretien, et, les difficultés rencontrées (barrière de la langue, difficultés de communication...). De cette façon, chaque professionnel, pourra transmettre les informations utiles, à toutes les étapes du parcours de santé.

Tous les professionnels impliqués en périnatalité peuvent accompagner la femme enceinte et le couple et faire partie du projet de la grossesse. Cependant seuls les sages-femmes et médecins peuvent mener un EPP.

Le professionnel ayant réalisé l'entretien paraît le plus à même de transmettre les informations relevées aux autres intervenants. Aussi, il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien, transmise avec l'accord de la femme. Grâce à ce support de la coordination, le professionnel devra décrire le climat, le comportement de la patiente lors de l'entretien, les besoins et attentes du couple, et leurs difficultés. Pour faciliter ce travail, la HAS a listé des questions dans le but d'aider les professionnels à faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'informations (annexe IV).

Le soignant doit aussi y inscrire les orientations médicales et les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés. Les coordonnées de la ou des personnes qui intègrent le réseau doivent figurer sur cette synthèse. Un travail en réseau avec des professionnels autour de la patiente, de la période anténatale à la période postnatale, permettra de « proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ». Le rôle des intervenants dans la grossesse est axé sur un suivi en réseau dont la femme enceinte est le centre. La communication des informations retenues lors de cet entretien est primordiale pour élaborer un suivi personnalisé, adapté à chaque couple. [25] [28]

La circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, permet d'insister sur la dimension psychologique et affective à cette période. Elle a pour but d'assurer une continuité et une cohérence dans le cadre du travail en réseau. [29]

Suite à ces différentes recherches, il est intéressant de s'attarder sur la pratique de l'entretien prénatal dans une maternité du réseau méditerranéen comme celle du CH de Grasse.

### **3. Le Centre Hospitalier de Grasse**

Il a fallu attendre le Plan Périnatalité pour la mise en place de cet entretien en région PACA. Le dernier protocole d'EPP élaboré par le réseau périnatalité en 2012 n'est cependant pas pris en compte : depuis trois ans, la fiche de synthèse (annexe V) n'est plus utilisée dans le réseau. Le protocole régional de suivi de la grossesse physiologique a récemment été actualisé [30]. Il est rappelé de proposer systématiquement l'EPP, lors de la deuxième consultation prénatale, avant 15 semaines d'aménorrhée (SA), en individuel ou en couple et de rechercher les éventuels facteurs de stress et toute forme de vulnérabilité. Le réseau méditerranéen propose sur son site internet, une « fiche de suivi de prescriptions, hors examens biologiques » où l'EPP figure au 5ème mois de grossesse (20-24 SA), et la PNP de 24 SA à 41 SA.

La Maternité de Grasse est une maternité de niveau II B qui comporte un service de consultations, et d'Hôpital de Jour. Toutes les sages-femmes du service n'ont pas forcément reçu au préalable une formation sur l'EPP. Suite à la mise en place de la nouvelle organisation informatique concernant l'EPP, en Mai 2015, les sages-femmes ayant suivi une formation supplémentaire, étaient attitrées à celui-ci. Cependant, au fil du temps, d'autres sages-femmes se sont prêtées à cet exercice. Ainsi, selon un système de roulement, c'est la même sage-femme qui réalise tous les EPP durant 6 semaines. Les entretiens ont lieu le lundi, jeudi et vendredi, suivant des plages horaires d'une heure par entretien.

En pratique, l'entretien est présenté comme une consultation qui diffère d'une consultation prénatale de surveillance, puisque celle-ci servira à évoquer les besoins et attentes des femmes et du couple face à la grossesse. Celui-ci est notamment proposé au téléphone par les secrétaires de l'hôpital, en même temps que des séances de préparation à la naissance, lorsque la future accouchée prend son premier rendez-vous à la maternité de Grasse. Aussi, une maquette de présentation, disponible sur internet (annexe VI), décrit l'entretien comme une « entrevue ayant pour but de se familiariser avec l'équipe de Grasse et son hôpital mais aussi de guider le couple dans l'élaboration d'un projet de grossesse et de naissance ».

### **3.1. Présentation de la synthèse proposée à la maternité de Grasse**

Depuis Mai 2015, la maternité a intégré à son dossier médical informatisé DxCare une page dédiée à la synthèse de l'EPP. Aussi, l'entretien s'accompagne d'un consentement et d'une synthèse anonyme récapitulative confiée à la patiente. Elle a été réalisée par un groupe de travail composé notamment de sages-femmes. Y sont inscrits les items suivants : date de l'entretien, nom de la sage-femme consultante, provenance de la femme (« entretien proposé à l'inscription pour la première consultation de suivi de grossesse, par une sage-femme, un gynécologue, un médecin généraliste »), connaissance du réseau par la patiente. Ici, le terme réseau sous-entend le réseau intra-hospitalier : coordination entre les professionnels travaillant en périnatalité, information sur la structure, communication entre les hôpitaux.

On note que les items « date », « nom du professionnel suivant la grossesse », date d'accouchement prévisionnel », « lieu d'accouchement prévu », « terme au moment de l'entretien », « profession », « couverture sociale », « profession du conjoint », la gestité, la parité, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), d'enfants, la prise de médicaments, la « consommation de tabac et d'alcool » sont inscrits automatiquement dans la synthèse, sous réserve de l'ouverture préalable du dossier obstétrical informatisé.

Le recueil de données et les points abordés lors de l'entretien sont inscrits par le praticien avec pour grandes parties : les antécédents marquants et santé globale, le nombre et âge des enfants, l'environnement social et familial, le projet de naissance et attentes personnelles, les ressentis. Le professionnel peut donc s'exprimer librement dans ces parties.

Ensuite, certaines propositions sont à cocher selon les réponses de la patiente et l'analyse du professionnel :

- Modalité d'entretien : en couple - individuel
- Préparation à l'accouchement envisagée : OUI – NON
- Allaitement envisagé : Maternel – Artificiel

- Soutien proposé : PMI – psychologue – Assistant(e) social(e) – diététicien(ne) – consultation anti-tabac – Sage-femme libérale – médecin du travail – autre

La synthèse précise si un accord a été donné par la patiente sur le contenu de l'entretien. Enfin, s'il le souhaite, le professionnel peut faire part d'observations complémentaires. La fiche anonymisée, donnée à la patiente, résume l'entretien prénatal précoce (annexe VII).

### **3.2. Les chiffres**

Selon le DIM du CH de Grasse : le nombre de naissances en 2017 et 2018 était de 1755 et 1863. Le nombre d'entretiens était respectivement de 681 et 688. 38.8% et 36.9% des femmes enceintes ayant accouché au CH de Grasse en 2017 et 2018 y ont effectué un entretien prénatal. Ceci dépasse les 28,5% de l'enquête nationale de périnatalité de 2016.

Cette pratique de l'EPP étant fréquente au CH de Grasse, ce lieu a donc été choisi comme terrain de recherche pour une évaluation des pratiques professionnelles.

## **4. L'évaluation des pratiques professionnelles**

### **4.1. Définition**

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ». Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle.

Cependant, selon le Décret n°2011-2117 datant de 2011, la sage-femme est dans l'obligation de se former de façon continue, afin d'améliorer ses connaissances et compétences. « Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente » ; au même titre que l'inscription au tableau de l'ordre.

L'obligation de formation médicale continue (FMC) s'impose aux professionnels de santé, par la loi de santé publique du 9 août 2004 et le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005. [17] L'évaluation des pratiques professionnelles est une des caractéristiques de cette formation. Il existe différentes méthodes pour évaluer ces pratiques. Dans ce travail de recherche, l'approche par comparaison à un référentiel, celui de la HAS, a été choisie.

L'approche se fera par un audit clinique ciblé. Cette méthode permet de comparer les pratiques de soins à des références admises. En se basant sur un nombre limité de critères préétablis, l'objectif sera de mesurer la qualité des pratiques pour les améliorer.

La HAS décrit le taux de conformité permettant d'établir des conclusions. Lorsque ce taux est supérieur à 80%, cela signifie que 80% des critères sont conformes aux attentes de la HAS : l'ensemble de la tenue du document est conforme. Ici, la synthèse du logiciel informatique comporte plusieurs items : si 80% des items sont renseignés, les conclusions seront positives.

Avant de réaliser une étude des pratiques professionnelles, il est nécessaire d'évaluer la trame de la synthèse utilisée au CH de Grasse.

#### **4.2. Analyse du support utilisé au CH de Grasse**

L'analyse du support en lien avec les recommandations de la HAS a permis de considérer la trame DxCare comme adéquate en tant que guide de l'entretien (annexe VIII). En effet, tous les critères peuvent être renseignés dans les items du logiciel informatique. Ainsi, en théorie, les entretiens réalisés par les sages-femmes de la maternité de Grasse devraient respecter les recommandations de la HAS.

## 5. Synthèse du cadre conceptuel

Jusqu'en 2004, il a été établi que les professionnels de périnatalité ne portaient pas assez d'attention à la sécurité émotionnelle des patientes et des couples. En 2005, la circulaire émanant des propositions du pédopsychiatre, F. Molénat, marque un tournant dans la prise en charge globale de la femme enceinte. Elle prévoit de sensibiliser les professionnels aux techniques d'entretien et les familiariser aux rôles d'éducation, de prévention et d'orientation. C'est dans ce cadre que se développent les formations spécifiques à la réalisation de l'entretien.

L'entretien prénatal précoce, véritable « outil universel de dépistage », s'inscrit dans le volet « Humanité » du plan de périnatalité de 2005-2007 qui fait la promotion d'une prise en charge adaptée des problèmes de santé et de leurs déterminants grâce à des réseaux de santé. Ces réseaux, qui se développent depuis 2001, ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. En périnatalité, ils auront aussi pour mission d'élaborer des protocoles, de former les professionnels, d'évaluer et de réaliser des actes de prévention. C'est aussi à la suite de ce plan périnatalité que les réseaux de proximité permettent la coopération entre PMI, libéraux et hôpitaux.

Selon l'enquête nationale de périnatalité de 2016, la population générale présentait des comportements de plus en plus à risques. Pour autant, seulement 28.5% des femmes ont bénéficié d'un entretien prénatal. Pour 49.7% des cas, il s'est déroulé tardivement dans la grossesse (après le quatrième mois). Suite à ces réflexions, des protocoles ont été mis en place et la Haute Autorité de Santé a établi des recommandations afin d'encadrer les praticiens et unifier les pratiques de l'entretien.

Systématiquement proposé à toutes les femmes et couples, à tout moment de la grossesse, il est l'occasion pour le professionnel d'établir un lien de confiance avec ceux-ci afin qu'ils puissent s'exprimer librement et livrer leurs besoins, attentes et difficultés concernant la grossesse, la parentalité. C'est aussi lors de cet entretien que la PNP est présentée. La sage-femme, le médecin généraliste ou le gynéco-obstétricien sera en capacité de déterminer les facteurs de vulnérabilité. Une synthèse, transmise avec l'accord de la femme, dans le cadre du travail en réseau, permettra de proposer précocement une prise en charge adaptée.

Depuis Mai 2015, la maternité de Grasse a intégré à son dossier médical une page destinée à la synthèse de l'EPP, créant ainsi une trame conforme aux recommandations de la HAS. La pratique de l'EPP étant fréquente au sein de cette maternité (38.8% et 36.9% en 2017 et 2018), une évaluation des pratiques professionnelles auprès des sages-femmes, les seules à réaliser cet entretien au CH de Grasse, sera effectuée sur la période de 2017 et 2018.

## **PARTIE 2 : Etudes**

### **1. Présentation de l'étude**

#### **1.1.Problématique**

Suite aux différentes recherches bibliographiques, la problématique suivante se pose : la pratique de l'entretien prénatal et la réalisation de sa synthèse par les sages-femmes du CH de Grasse sont-elles conformes aux recommandations élaborées par la HAS ?

#### **1.2.Les Objectifs**

##### **1.2.1. Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si l'entretien prénatal précoce est réalisé conformément aux recommandations de la HAS.

##### **1.2.2. Les objectifs de la HAS**

Les objectifs de ce travail de recherche ont été fixés selon les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles recommandées en décembre 2007. Selon la HAS, les objectifs sont les suivants :

- Le premier objectif est d'évaluer si l'entretien prénatal est proposé et réalisé selon les recommandations,
- Le second objectif est d'évaluer si les besoins d'informations et les éventuelles vulnérabilités ont été identifiés et si les besoins éducatifs des patientes ont été définis.

Le premier objectif concernant l'évaluation, la proposition de l'EPP et sa réalisation selon les recommandations a été décliné en 8 critères :

- 1) Proposition systématique de l'entretien à toute femme enceinte au moment de la confirmation de la grossesse
- 2) Recherche de l'accord de participation de la femme ou du couple après explication des objectifs de l'entretien
- 3) Réalisation de l'entretien individuel ou en couple durant le 1er trimestre de la grossesse
- 4) Durée minimum de 45 minutes pour l'entretien individuel ou en couple
- 5) Entretien dédié, individuel ou en couple, distinct d'une consultation médicale de suivi de la grossesse
- 6) Utilisation d'un guide d'entretien comme support à la communication

7) Rédaction d'une synthèse de l'entretien

8) Transmission, avec l'accord de la patiente, de la synthèse de l'entretien au professionnel qui assure le suivi médical de la grossesse et à celui qui assure les séances de PNP

Pour le second objectif qui vise à évaluer les besoins d'informations, les vulnérabilités et les besoins éducatifs des futurs parents, on note 7 critères :

- 1) Informations données sur la prévention des risques liés au mode de vie
- 2) Informations données sur l'offre de soins de proximité
- 3) Recherche des éventuelles situations de vulnérabilité
- 4) Définition du contenu essentiel à aborder lors des séances prénatales
- 5) Présentation des offres de programmes de PNP au sein des ressources de proximité
- 6) Mise en place si besoin d'une coordination et d'un suivi dès l'entretien
- 7) Construction avec la femme enceinte ou le couple des réponses appropriées à leur besoin d'aide et d'accompagnement.

Pour chaque critère, il est précisé :

- La recommandation source
- Le grade de la recommandation de référence
- La justification du choix du critère
- La précision d'utilisation du critère. Ce dernier item a permis de réaliser l'évaluation des pratiques professionnelles.

### **1.3.Hypothèses de recherche**

Des hypothèses sont émises :

- Dans la majorité des dossiers étudiés, la synthèse de l'entretien prénatal précoce est conforme aux recommandations,
- Les patientes présentant des critères de vulnérabilité sont orientées vers des professionnels pour une prise en charge adaptée.

### **1.4.Population étudiée**

L'étude sera descriptive, rétrospective, monocentrique dans le CH de Grasse. Bien que l'entretien prénatal précoce puisse être réalisé par des gynécologues et des médecins généralistes, seules les sages-femmes réalisent cet entretien à la maternité de Grasse. L'étude portera donc essentiellement sur l'évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes.

Afin d'évaluer un grand nombre de sages-femmes, il était préférable d'étendre l'étude sur deux ans. La période du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 1<sup>er</sup> Janvier 2019 semble assez large. Aussi, il sera possible, par la suite, de questionner plusieurs sages-femmes durant cette période.

Le travail de recherche se déroulera en deux étapes à travers deux études : la première sera une analyse de dossiers des patientes ayant eu un entretien prénatal, la seconde sera menée grâce à un questionnaire auprès des sages-femmes réalisant des EPP.

## **2. Outils**

### **2.1. Etude 1 : Recueil de données sur dossiers**

#### **2.1.1. Objectifs de l'étude 1**

##### **Objectif principal**

L'objectif principal de cette première étude est d'analyser les contextes de réalisation des entretiens et la manière dont sont complétées les synthèses.

##### **Objectifs secondaires**

- Déterminer le profil des patientes venant à l'entretien en fonction de l'anamnèse recueillie.
- Repérer dans l'anamnèse, les facteurs de vulnérabilité et constater s'ils sont en adéquation avec une proposition d'une prise en charge spécifique
- Approfondir l'analyse de la synthèse et proposer d'éventuelles pistes d'amélioration

#### **2.1.2. Sélection des dossiers**

Parmi les dossiers des patientes ayant participé à un EPP, 688 en 2017 et 681 en 2018, un tirage au sort a été effectué dans le but d'extraire un tiers des dossiers. Au total : 456 dossiers (229 en 2017, 227 en 2018) ont été tirés au sort. Concernant la méthodologie, il doit être précisé qu'il était impossible d'extraire directement de la base de données, les dossiers des patientes ayant réalisé l'EPP. De ce fait, il a été proposé de baser l'étude sur les dossiers des femmes ayant pris des rendez-vous pour un EPP.

Critère d'inclusion : l'étude inclut les patientes ayant eu un rendez-vous pour un entretien prénatal précoce, noté sur DxCare, le logiciel informatique de Grasse.

Critère de non inclusion : l'étude n'inclut pas les patientes n'ayant pas bénéficié d'un rendez-vous pour un EPP.

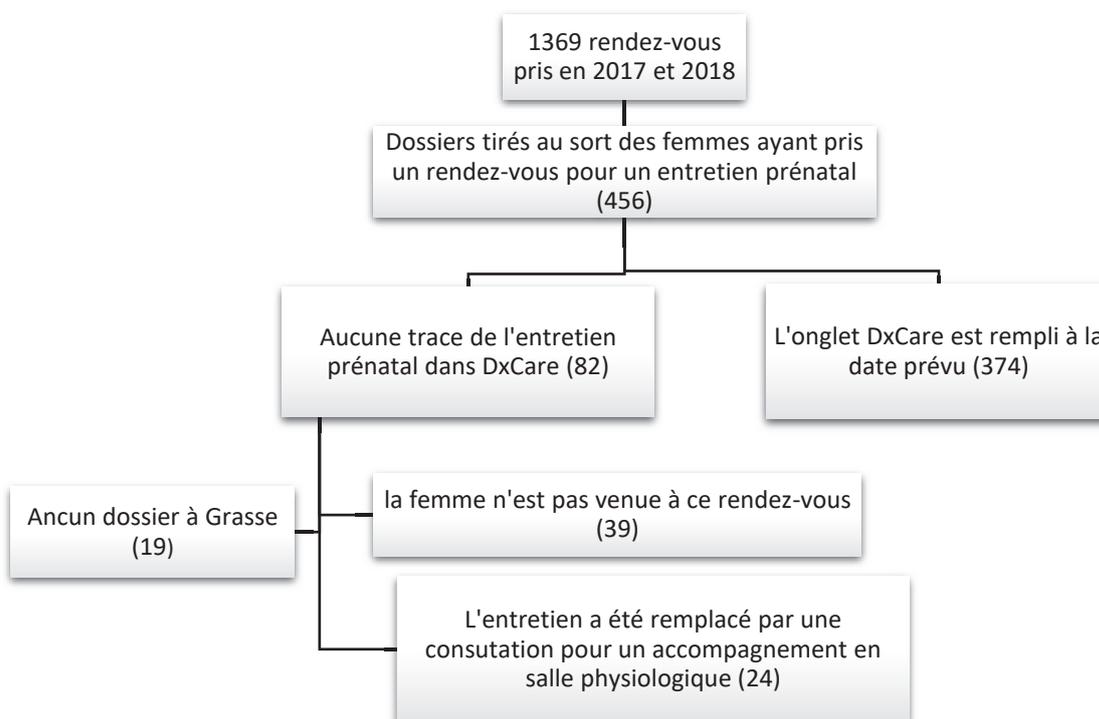
Critère d'exclusion : les dossiers où l'entretien prénatal n'a pas été retracé ont été exclus.

Parmi ces dossiers, on retrouve :

- Les patientes qui ne sont pas venues au rendez-vous
- Les patientes pour lesquelles l'EPP a été remplacé par une consultation en vue d'accompagnement en salle physiologique

Certaines patientes ont pris rendez-vous à Grasse, mais aucun dossier n'a été retrouvé. Ces dossiers ont aussi été exclus.

### 2.1.3. Diagramme de Flux



Au total 82 dossiers ne comprenaient pas de synthèse d'entretien. Sur 456 dossiers, nous avons considéré que ces 82 dossiers représentaient les dossiers des femmes non venues aux rendez-vous prévus. En effet, pour ces dossiers, soit la patiente n'est pas venue au jour indiqué, soit il n'y avait aucun dossier à Grasse à ce nom, soit l'entretien prénatal a été transformé en entretien pour un accompagnement à un accouchement physiologique.

Finalement, 374 dossiers ont été analysés et 15 sages-femmes ont réalisé ces entretiens entre 2017 et 2018.

### 2.1.4. Construction de la grille de recueil

Le recueil de données élaboré à partir du référentiel créé par les sages-femmes sur DxCare en 2015 permettra d'analyser les dossiers (annexe IX). L'analyse s'est déroulée en trois temps :

Dans un premier temps, le recueil de données antérieures à l'EPP permettra de repérer les facteurs de vulnérabilité de la patiente et du couple. La sage-femme se servira de cette anamnèse pour orienter l'entretien :

- La situation socio-démographique (couverture sociale, logement, situation familiale, profession, revenus, environnement social...),
- La situation psychologique (violences, dépression...),
- La consommation de toxiques (tabac, alcool, autres...),
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux pouvant mener à un stress chez la patiente (IVG, Césarienne en urgence...).
- Les informations sur la grossesse (professionnel qui suit la grossesse),
- La date de premier contact à l'hôpital (devant, selon les recommandations de la HAS, différer de la date de l'EPP),

Ces données ont été évaluées dans leur globalité mais aussi de manière individuelle. Pour chaque dossier, une prise en charge adaptée a été recherchée selon les facteurs de vulnérabilité relevés. Par exemple, un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 25 conduit à des conseils diététiques, voire à une consultation avec un diététicien.

Dans un second temps, le recueil concernera l'entretien en lui-même avec sa synthèse. L'analyse de l'EPP, par l'intermédiaire de DxCare et du support donné à la patiente, se fera selon certains critères :

- L'identification du professionnel ayant mené l'entretien
- La provenance de la patiente (source d'information sur l'EPP)
- Le terme de la grossesse au moment de l'EPP,
- La notion de PNP envisagée, d'un projet de naissance élaboré, du vécu de la grossesse
- Informations données par le professionnel (en accord avec les facteurs de vulnérabilités et les demandes de la patiente) : hygiène, alimentation ...
- La connaissance du réseau
- L'orientation vers un professionnel du réseau (tabacologue, diététicien, psychologue...)
- Le climat de l'entretien
- Le recueil du consentement de la patiente,
- La retranscription de la synthèse sur une fiche anonymisée rendue à la patiente (enregistrée dans le dossier patient) en plus du logiciel DxCare rempli

Enfin, des données recueillies suite à l'entretien seront évoquées afin d'établir l'impact, les conséquences de l'EPP :

- La PNP réalisées selon le projet du déroulement de la grossesse,
- Une consultation avec un professionnel du réseau
- Les conditions de l'accouchement réalisé selon un projet de naissance,
- L'allaitement désiré (réalisé ou non)
- La sortie précoce ou non

Ainsi, le critère de jugement se base sur la conformité, selon les recommandations de la HAS.

### **2.1.5. Traitement des données :**

Toutes les données ont été recueillies à partir du dossier patient informatisé de façon anonyme via Google Form puis extraites sur un tableur Excel version 2016 afin de les traiter et les analyser.

## **2.2. Etude 2 : Enquête auprès des professionnels**

### **2.2.1. Objectifs**

L'objectif principal de cette seconde partie du projet est d'approfondir les données de l'étude sur dossiers dans un premier temps : tous les critères de la HAS n'ont pas pu être évalués (les critères n°1, 2, 4 et 12 ne sont pas évaluables par le recueil de données et seront donc évalués lors de l'étude 2).

Ensuite, trois objectifs secondaires sont proposés :

- Evaluer la technique d'entretien
- Evaluer l'intérêt de l'outil par les sages-femmes
- Déterminer le profil des sages-femmes pratiquant l'EPP

### **2.2.2. Sélection de la population**

L'étude 1 a permis de retrouver les 15 sages-femmes ayant réalisé des entretiens sur la période de deux ans : 2017 et 2018.

### **2.2.3. Construction du questionnaire**

#### **2.2.3.1. Contenu du questionnaire**

Afin de répondre aux objectifs, un questionnaire anonyme (Annexe X) à destination des sages-femmes a été créé. Il est composé de questions fermées afin de cibler de manière simple

et efficace les points de vue et ressentis des sages-femmes. Des précisions sont demandées lorsque l'une des propositions cochées nécessite des renseignements complémentaires (réponses courtes). Des questions à réponses libres permettront aux sages-femmes de donner directement leur avis via des propositions ouvertes. Des questions à échelle sémantique ont permis de capter les nuances des opinions des sages-femmes.

### **2.2.3.2. Outils d'élaboration du questionnaire**

Le questionnaire est scindé en quatre grandes parties :

La première partie concerne l'entretien en lui-même, sa durée ainsi que la proposition systématique de celui-ci par le professionnel. Ensuite, est évaluée la posture de l'entretien : une qualité de l'accueil, une écoute active, une attitude encourageante non culpabilisante doivent être établies. Le professionnel devra laisser le couple s'exprimer et utiliser des questions ouvertes permettant d'accéder à son ressenti. En effet, les questions fermées ne doivent seulement être utilisées que pour obtenir des précisions et ne doivent en aucun cas être la base de l'entretien. Il est ensuite intéressant de savoir si le professionnel cherche à s'adapter à la patiente sans proposer systématiquement les services de l'hôpital, mais aussi ceux du milieu extrahospitalier.

La deuxième partie du questionnaire concerne la traçabilité et la confidentialité. Cette partie nous permettra d'éclaircir certains points comme la remise de la synthèse de l'entretien à la patiente ou encore le partage d'informations délicates suivant l'accord donné par la patiente (violences...).

La troisième partie précise le profil du professionnel : sa formation initiale, spécifique, son sentiment face à sa capacité à réaliser ces entretiens. En effet, la formation est un des points essentiels mentionné par F. Molénat, il est donc important d'étudier le profil des sages-femmes réalisant des EPP.

Enfin, la dernière partie a pour but d'améliorer la trame DxCare en proposant d'en modifier certains items pour faciliter la prise de notes lors de l'entretien.

### **2.2.3.3. Diffusion du questionnaire**

L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire créé à la suite du recueil de données. Pour se faire, l'utilisation de Google Form a semblé être la solution la plus rapide pour atteindre un maximum de sages-femmes. Celui-ci a été diffusé à partir de Février 2019 et a nécessité une relance auprès des sages-femmes au mois de Mars 2019.

## PARTIE 3 : Présentation des résultats

### 1. Résultats de l'étude 1

#### 1.1. Présentation globale des items évalués

##### 1.1.1. Présentation des résultats concernant la traçabilité des items

Toutes les sages-femmes utilisent l'onglet DxCare dans les dossiers sélectionnés, cependant, tous les items ne sont pas remplis. Le tableau ci-dessous montre la quantité des dossiers pour lesquels les sages-femmes ont mentionné des observations, ceci pour chaque item. (Une traçabilité « présente », sous-entend que la sage-femme a écrit en regard de l'item).

Tableau I : Traçabilité des items de la trame du logiciel DxCare

Traçabilité des items		
Items de la synthèse DxCare	Présence n (%)	Absence n (%)
Onglet DxCare utilisé	374 (100)	0 (0)
Provenance de la femme	319 (89.3)	55 (14.7)
Connaissance réseau	211 (67.2)	32.8 (123)
Modalité d'entretien	359 (96)	15 (4)
ATCD marquants et santé globale	355 (95)	19 (5)
Nombre et âge des enfants	146 (39)	231 (61)
Environnements social et familial	372 (99,4)	2 (0.6)
Projet de naissance et attentes personnelles	370 (99)	4 (1)
Ressentis	352 (94)	22 (5.8)
PNP envisagée	363 (98)	7 (1.8)
Allaitement envisagé	368 (98.4)	6 (1.6)
Soutien proposé	221 (59.1)	153 (40.9)
Accord de la patiente donné	338 (90,3)	36 (9.7)
Observations	87 (23.3)	287(76.7)
Transmission dans le dossier	219 (58.8)	155 (42.2)

## 1.1.2. Présentation des résultats en lien avec les objectifs de la HAS

Tableau II : Respect des objectifs de la HAS

Respect des recommandations de la HAS	Oui n(%)	Non n(%)	NE*
<b>Objectif n°1 : l'entretien prénatal est proposé et réalisé selon les recommandations</b>			
Proposition systématique de l'entretien dans le dossier (critère n°1)			X
Recherche de l'accord de participation de la femme/couple (critère n°2)			X
Compte rendu de l'EPP avec la date de réalisation (critère n°3)	374(100)		
- Si refus : mention du refus inscrite dans le dossier	0(0)		
- Si entretien tardif : raisons du délai inscrites dans le dossier	0(0)		
Durée minimum de 45 min à l'entretien individuel/couple (critère n°4)			X
Synthèse écrite dans le dossier à une date différente d'une consultation de suivi médical (critère n°5)	113 (30.2)	261 (69.8)	
Utilisation d'un guide des principaux thèmes à aborder, issus des recommandations ou personnalisés (critère n°6)	374 (100)	0 (0)	
On considère la trame DxCare comme guide			
Rédaction d'une synthèse avec (critère n°7)	374 (100)	0(0)	
- le contenu des séances de PNP,	0(0)	374 (100)	
- les propositions d'accompagnement spécifique	221 (59.1)	153 (40.9)	
Nom, fonction du professionnel rédigeant la synthèse (critère n°8)	374(100)	0(0)	
<b>Objectif n°2 : Identifier les besoins d'informations et les éventuelles vulnérabilités, définir les besoins éducatifs des femmes enceintes</b>			
Inscriptions des informations sur la prévention des risques liés au mode de vie dans le dossier (critère n°9)	355(94.9)	19(5.1)	
Information sur l'offre de soins de proximité (critère n°10)	211(67.2)	123 (32.8)	
Avec rôle des professionnels, Alternatives locales de séances de PNP, ressources et services (associations, aide domestique, etc.)			
Recherche des situations de vulnérabilité (critère n°11)	374 (100)	0 (0)	
Contenus à aborder dans la PNP notés dans la synthèse (critère n°12)			X
Proposition des offres de PNP (critère n°13)	367(98.1)	7(1.9)	
Besoin d'une coordination ou non signalée (critère n°14)	221(59,1)	153 (40.9)	
Mention du contact (courrier ou téléphone) en cas de nécessité de coordination (critère n°15)			
- Nom du contact	19(5.1)	355(94.9)	
- Coordonnées du contact (adresse mail/ téléphone)	0 (0)	374(100)	

\*NE : Non Evaluable

Les items n°1, 2, 4 et 12 seront évalués dans l'étude 2. Sur 11 critères, on constate que la plupart des critères sont conformes. 30.2% des EPP ont été réalisés à la même date que l'ouverture de dossier. L'information sur le réseau n'atteint pas non plus les 80% de traçabilité puisque cet item n'est renseigné que dans 67.2% des dossiers. Le critère n°14 qui désigne le besoin ou non de coordination n'est inscrit que pour 59.1%, ce chiffre désigne les dossiers pour lesquels la patiente a été orientée vers un spécialiste. Pour le reste des dossiers, aucun commentaire n'a été fait. Enfin, le nom du contact, si une coordination était nécessaire, n'est mentionné que dans 5.1% des cas. L'adresse mail ou numéro de téléphone n'est jamais inscrit.

## 1.2. Présentation des résultats par item

### 1.2.1. Terme de la grossesse et date de l'EPP

Sur la trame du CH de Grasse, le terme de la grossesse au moment de l'EPP n'est pas mentionné. Il a donc été calculé lorsqu'il n'était pas inscrit manuellement dans un item de la trame, par la sage-femme qui réalisait l'entretien.

Le terme n'est pas renseigné dans 64,9% (n=243) des cas. Après calcul, 44.1% (n=165) des EPP se déroulent après 20 SA. 43.6% (n=163) des entretiens se sont faits entre 15 et 20 SA, et 12.3% (n=46) avant 15 SA.

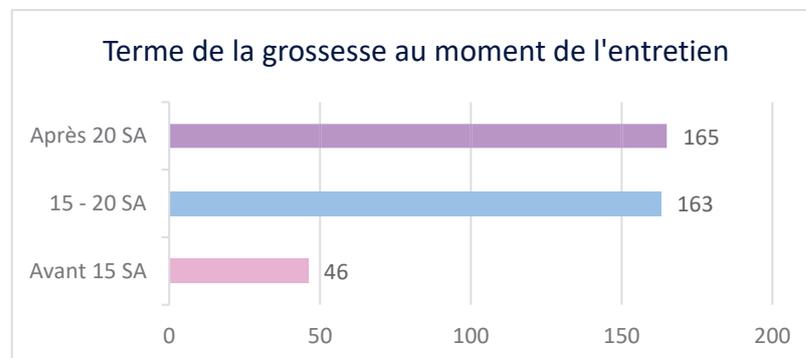


Figure 1: Terme de la grossesse en semaines d'aménorrhée au moment de l'EPP

### 1.2.2. Contexte de la venue de la patiente et connaissance du réseau

L'EPP a été réalisé individuellement dans 56.9% (n=213), en couple dans 37.9% (n=142). Le reste des entretiens est réalisé avec une tierce personne mentionnée par le praticien (mère, fille, éducatrice...). Dans 4% (n=15) des cas, l'item n'est pas rempli.

La provenance de la patiente est renseignée dans 85.3% (n=319) des cas, le secrétariat est à l'origine de la prise de rendez-vous dans 82.1% (n=262). Les gynécologues sont responsables de la venue des patientes dans 6.6% (n=21) des cas, les sages-femmes pour 11.3% (n=36).

Deux patientes (0.5%) ont mentionné qu'elles avaient bénéficié d'un EPP avant de réaliser un entretien prénatal au CH de Grasse.

24% (n=90) des femmes ont été informées sur le réseau avant l'EPP. Pour 43% (n=161), l'EPP permet la description du réseau. 32.8% (n=123) des dossiers montrent une absence de réponse à cet item.

### **1.2.3. Antécédents marquants et santé globale**

L'item « antécédents marquants et santé globale » n'est pas rempli pour 4.9% (n= 19) des dossiers. Lorsqu'il est rempli au niveau de la trame, dans 90.4% (n= 321) il est corrélé au dossier. Des informations adaptées aux patientes sont proposées concernant leur prise de poids (62%), l'asthénie (21.1%), les conseils alimentaires (81%), la gestion du stress face aux antécédents traumatisants (31%), la prise de traitement (9%), les arrêts de travail (17.9%), le tabac (29.4), l'activité sportive (71.1%).

Pour les 9.6% des cas restants (n=34), certains facteurs importants de l'anamnèse du dossier n'ont pas été mentionnés par la sage-femme comme un Indice de Masse Corporelle élevé ou faible, tabac, fausses couches à répétition, antécédents psychologiques, grossesse inopinée.

### **1.2.4. Nombre et âge des enfants**

L'item « nombre et âge des enfants » n'étant pas adapté pour les nullipares, il n'est donc pas précisé dans ce cas. Cependant il est systématiquement rempli pour les multipares, et les commentaires permettent de décrire l'état d'esprit de la fratrie, ou la présence d'enfants d'une autre union.

### **1.2.5. Environnement social**

L'environnement social est un item rempli dans 99,4% (n= 372) des cas. L'entourage (96,8%, n=362), les projets de reprise du travail (74,3%, n=278), les congés envisagés (52.9%, n=198), la garde du futur enfant (82.3%, n=308), sont les thèmes principaux évoqués.

### **1.2.6. Le projet de naissance**

L'item : « projet de naissance et les attentes personnelles » rempli dans 99%, permet d'évoquer le désir de péridurale (90%, n=337), la salle nature, l'implication du père (sa présence lors de l'accouchement), le désir de couper le cordon (3%, n=11), la tétée d'accueil (39%, n=146), l'appréhension de l'épisiotomie (8%, n=30), des informations sur les extractions instrumentales (37.9%, n=142), la liberté de posture.

Cependant, on constate que le sujet de la parentalité n'est abordé que pour 4% des cas.

Les sorties précoces ne sont mentionnées et expliquées par les sages-femmes que dans 0,8% des cas (n=3).

L'item « projet de naissance et attentes personnelles » n'est pas rempli dans 1% (n=4) des dossiers, et une « absence de projet » est mentionné pour 4% (n=15) des patientes.

### **1.2.7. Ressenti**

L'item « ressenti » n'apparaît pas dans 5.8% (n=22) des synthèses DxCare pour les femmes ayant bénéficié de l'EPP. Il rend compte du lien avec l'enfant à venir (la présence de mouvements actifs fœtaux dans 70% n=262, lien décrit dans 37% des cas, n=138), des sentiments du couple/de la femme face à la grossesse (89%, n=333), l'accouchement, la parentalité (8%, n=30). Le sexe de l'enfant est mentionné dans 18% (n=67) des cas, le sommeil dans 24% des synthèses (n=90).

Le climat de l'entretien est décrit dans 5.9% (n=213) des cas par des phrases décrivant l'état de la patiente au moment de l'entretien « la patiente ne souhaite pas aborder ce sujet, malgré un air soucieux », « situation avec conjoint à repreciser », « difficultés au travail ? »

### **1.2.8. La préparation à la naissance**

Dans 95,8% (n=358) des cas, les femmes désirent faire des démarches afin de participer à une préparation à la naissance. Cet item n'est pas renseigné dans 1.8% (n=7) des cas.

Les sages-femmes ne font pas nécessairement de commentaires concernant cette préparation à la naissance, cependant certaines précisent si la PNP se fait à l'extérieur ou au CH de Grasse, et si elle est déjà programmée, ou commencée (20%, n=75).

### **1.2.9. L'allaitement**

L'allaitement est un sujet abordé par la quasi-totalité des femmes (98,4%, n=368). Il est désiré maternel pour 54.3% (n=203) des femmes, artificiel pour 36.9% (n=138) des femmes, et « mixte » dans 1.1% (n=4) des cas. 7,7% (n=29) des patientes disent « ne pas savoir » quelle sera leur façon d'allaiter leur enfant le jour de l'entretien.

Les précisions sur le vécu de l'allaitement des anciennes grossesses sont un sujet de discussion pour 33.9% (n=127) des patientes.

### 1.2.10. La coordination avec d'autres professionnels

Un soutien a été proposé dans 59,1% (n=221) des cas. Celui-ci pouvait concerner un professionnel réalisant de l'hypnose (43,3%, n=162), un psychologue/psychiatre (36,3%, n=136), un diététicien (3,2%, n=12), une sage-femme libérale (45,9%, n=172), un conseiller en tabacologie (16%, n=60), un suivi PMI (25,9%, n=97) ou encore un médecin du travail (0,9%), un conseiller conjugal (0,5%, n=2) ou une assistante sociale (2,3%, n=8).

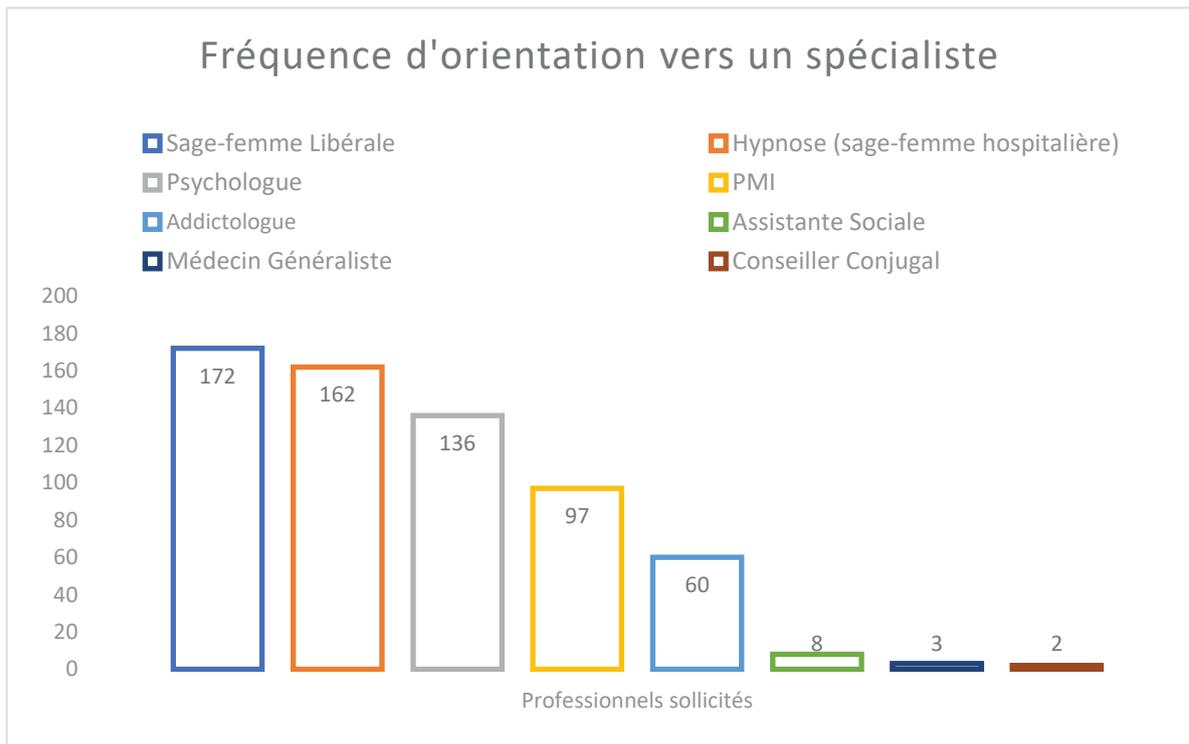


Figure 2: Répartition des orientations des femmes enceintes

L'accord du partage des informations avec d'autres professionnels a été donné par la patiente dans 90,3% (n=338). Le chiffre est identique concernant la remise d'un document récapitulatif de l'entretien. Cependant, la fiche de synthèse à remettre à la patiente est renseignée et enregistrée sous format Word, dans 58,5% (n=219) des dossiers obstétricaux (lorsque celle-ci est imprimée/enregistrée, on suppose qu'elle est donnée à la patiente). L'accord est mentionné systématiquement sur cette fiche de transmission.

### 1.3. Présentation des profils des patientes

L'étude de l'anamnèse a permis de relever certains facteurs de risques (établis grâce aux différentes définitions des facteurs de vulnérabilité de la HAS). Ces facteurs pouvant influencer sur le bien-être de la grossesse, il a semblé intéressant de rechercher si une prise en charge spécifique était alors proposée par la sage-femme lors de l'entretien.

### 1.3.1. Evènements recueillis avant l'EPP

Dans le recueil de données, les primipares sont plus représentées (65%).

Le suivi est assuré par les gynécologues hospitaliers (43%), les sages-femmes libérales (22.2%), les sages-femmes hospitalières (16.6%), mais aussi par la PMI (8.3%), les gynécologues libéraux (7.2%) et les médecins généralistes (2.7%) pendant les premiers mois de grossesse. A partir du 7<sup>ème</sup> mois, la femme est invitée à se présenter à l'hôpital dans lequel elle veut accoucher. Ici, elle se dirige à 41.4% vers une sage-femme. La répartition se décrit selon le tableau suivant :

*Tableau III : Suivi des femmes enceintes selon leur terme de grossesse*

Période de suivi	Gynécologue libéral	Gynécologue hospitalier	Sage-femme libérale	Sage-femme hospitalière	Médecin généraliste	PMI
6 premiers mois	27 (7.2%)	161 (43%)	83 (22.2%)	62 (16.6%)	10 (2.7%)	31 (8.3%)
Derniers mois		219 (58.6%)		155 (41.4%)		

*Tableau IV : Présentation de la population ayant assisté à un EPP*

Facteurs de vulnérabilité	Présent n(%)	Absent n(%)
Situation démographique :	31 (9.9)	337 (90.1)
- Femme seule	19 (5.08)	
- Niveau d'étude inférieur au bac	22 (5.8)	
- Mineure	3 (0.8)	
- Sans revenu, sans profession	26 (6.9)	
- Barrière de la langue	2 (0.5)	
Facteurs de risque psychologiques	30 (8)	344 (92)
- Perte d'un parent	9 (5)	
- Séparation conjoint	16 (3)	
- Antécédents de placement en foyer	2 (0.5)	
- Antécédents de violence conjugale	3 (0.9)	
- Stress lié au travail	2 (0.5)	
Consommation de :		
- Tabac	110 (29.4)	
- Alcool	4 (1.1)	
- Cannabis	8 (2.1)	
Antécédents familiaux		
- Cancers gynécologiques	71 (19)	
- Maladies génétiques	11 (3)	
Indice de Masse Corporelle	37 (30.7)	259 (69.3)
- Supérieur à 25	112 (30)	
- Inférieur à 18	3 (0.8)	

Antécédents gynéco-obstétricaux :	142 (37.9)	232 (62.1)
- Mauvais suivi gynécologique	22 (5.8)	
- Interruption Volontaire de Grossesse	108 (28.8)	
- Fausse couche	58 (15.5)	
- Extraction instrumentale	81 (21.6)	
- Contexte d'urgence	31 (8.2)	
- Décès périnatal	4 (1.1)	
- Accouchement traumatisant	98 (26)	
Accueil de la grossesse	Inopinée :60 (16) Aide médicale à la procréation : 22 (5.8)	Désirée : 314 (84)
Sérologie à surveiller	194 (51.8)	180 (48.1)

Certaines populations à risques sociaux-démographiques se démarquent (les femmes seules, mineures, sans revenu...) mais ne sont pas majoritaires dans la population ayant eu un entretien prénatal. Celui-ci a pourtant un intérêt dans la prise en charge des patientes dans le besoin. 8% de ces grossesses sont marquées par des facteurs de risques psychologiques (perte d'un parent, séparation du conjoint, etc.).

Les consommatrices de tabac forment 29.4% de la population étudiée. La consommation d'alcool et de cannabis est aussi retrouvée chez certaines patientes (1.1% et 2.1%). Le surpoids est présent chez 30% de ces femmes, et un Indice de Masse Corporelle inférieur à 18 est relevé chez trois patientes.

Certains antécédents peuvent générer un stress pendant la grossesse notamment, les maladies génétiques ou encore les antécédents gynéco-obstétricaux. Ainsi, 28.8% ont subi une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse et 15.5% ont fait une ou plusieurs fausses couches. Les extractions instrumentales concernent 21.6% des multipares tandis qu'un accouchement est dit « traumatisant » dans 26% des cas. Les contextes d'urgence et de décès fœtaux sont aussi importants à notifier afin d'accompagner au mieux la femme et le couple.

La grossesse était inopinée pour 16% des dossiers étudiés. Un contexte d'AMP est présent dans 5.8% des cas. Des sérologies sont à surveiller pour 51.8% des femmes et des conseils hygiéno-diététiques peuvent être donnés en fonction.

### 1.3.2. Evènements relevés après l'entretien.

Certaines informations ont pu être relevées après la date de l'EPP :

*Tableau V : Evènements relevés suite à l'entretien prénatal précoce*

Evènements relevés suite à l'entretien	Fréquence : n(%)
Hospitalisation en cours de grossesse	34 (9.1)
Consultation avec un spécialiste mentionnée dans le dossier	142 (37.9)
Préparation à l'hypnose réalisée	75 (20)
Rendez-vous pris pour une PNP	243 (64.9)
Accouchement réalisé selon le projet	161 (43)
Lien PMI réalisé	30 (8)
Sortie précoce réalisée	198 (52.9)
Allaitement désiré réalisé	262 (70)

Dans les suites de l'entretien, une consultation avec un spécialiste a été notifiée dans les consultations prénatales chez 37.9% des femmes (addictologue, psychologue, diététicien, ou assistante sociale). La prise de rendez-vous afin d'assister à des séances d'hypnose ou de préparation à la naissance s'est effectuée chez 20% et 64.9% des patientes. 34 patientes ont dû être hospitalisées lors de leur grossesse en raison de pathologies diverses (menace d'accouchement prématuré, hypertension, diabète déséquilibré...)

En ce qui concerne les suites de couches, un lien PMI a été établi pour 8% d'entre elles, et une sortie précoce a été réalisée dans 52.3% des cas. Enfin, l'allaitement désiré au moment de l'entretien a été réalisé pour 70% des femmes.

## 2. Résultats de l'étude 2

Sur 15 sages-femmes, six ont répondu au questionnaire après une relance.

### 2.1. Information et durée de l'entretien

Toutes les sages-femmes proposent l'entretien à toutes les patientes (critère n°1 selon la HAS). Cinq d'entre elles proposent rarement un second entretien, une sage-femme dit ne jamais le proposer. La durée proposée par la HAS est respectée : les EPP durent souvent plus de 45 minutes. Cependant, on constate que parfois, trois sages-femmes font des EPP de moins de 45 minutes, une sage-femme dit en faire souvent de moins de 45 minutes.

Tableau VI : Durée de l'entretien prénatal : critère n°4 selon la HAS

Durée	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Inférieure à 45min	2	3	1	0
45min- 1h	0	0	6	0
Supérieure à 1h	1	4	1	0

## 2.2. Posture du professionnel lors de l'entretien

Dans l'ensemble, les professionnels ont tendance à laisser la future accouchée ou le couple s'exprimer librement (trois sages-femmes estiment le faire souvent, les autres toujours) lors de l'EPP. Lorsque la patiente ou le couple n'a pas de sujet à aborder, la sage-femme conduit l'entretien à l'aide de questions ouvertes : deux sages-femmes le font de manière systématique, quatre sages-femmes procèdent de cette manière « souvent ». Aussi, afin de préciser certains points, elles utilisent des questions fermées « rarement » pour quatre sages-femmes, « souvent » pour une sage-femme, et « jamais » pour l'une d'entre elles.

## 2.3. Orientation des femmes enceintes

Dans le cadre du travail en réseau avec les différents professionnels (psychologues, diététiciens, assistantes sociales, PMI, sages-femmes libérales, autres centres hospitaliers...) les sages-femmes s'adaptent aux besoins des patientes. En effet, cinq sages-femmes proposent souvent les services intra-hospitaliers et extrahospitaliers tandis qu'une sage-femme oriente plus volontiers les patientes vers le secteur hospitalier (« toujours » l'intra-hospitalier et « rarement » l'extrahospitalier). Enfin, toutes les sages-femmes s'accordent à dire qu'elles s'adaptent au lieu de vie de la patiente afin de proposer des soins accessibles à tous.

## 2.4. La traçabilité, la confidentialité

La copie de la synthèse de l'entretien n'est pas toujours donnée : un tiers des sages-femmes la transmet « rarement », un tiers « souvent » et un tiers « toujours ».

Le partage d'informations est systématiquement expliqué à la patiente par cinq sages-femmes. Une seule sage-femme ne l'explique à la patiente que « parfois ». Une sage-femme précise qu'elle retranscrit toutes les informations reçues. Cependant, il arrive que certaines informations ne soient pas retranscrites dans la synthèse de l'entretien selon cinq sages-femmes. La non retranscription s'impose lors d'un refus de la patiente dans la majorité des cas (n=4), une autre sage-femme évoque qu'il peut y avoir, d'après elle, des informations inutiles à la prise en charge.

Selon les sages-femmes interrogées, les informations doivent tout de même être transcrites par des métaphores, sans expliquer la situation complète. (« nécessité de préserver la pudeur ») Une autre solution est l'inscription du nom de la patiente dans un cahier destiné à la PMI, après information de celle-ci ; ainsi le psychologue est prévenu que la patiente peut à tout moment le contacter. « Si aucun contact n'est pris par la patiente, le psychologue pourra la rencontrer en suites de couches » par exemple, avant son départ de la maternité. Enfin, trois sages-femmes mentionnent les « courriers, conversations téléphoniques et échanges verbaux » avec les autres acteurs en périnatalité, afin que les informations ne soient pas perdues.

## **2.5. La pratique de l'entretien**

La majorité des sages-femmes pratique l'entretien depuis plus de cinq ans (cinq sur six, la dernière sage-femme a une expérience supérieure à un an). On constate que toutes les sages-femmes réalisent ces entretiens par souhait. Une sage-femme réalise cependant ces entretiens par souhait mais aussi par devoir, suite à une affectation à un poste dans le secteur des consultations.

## **2.6. La formation des sages-femmes**

Toutes les sages-femmes n'ont pas été diplômées après 2005, année de mise en place de l'EPP en France (années d'obtention du diplôme : 1983, 1984, 2003, 2007, 2008, 2009).

Une formation de trois jours sur l'entretien prénatal a été suivie par quatre sages-femmes, et entre trois et sept jours pour deux d'entre elles. Parmi les professionnels interrogés, une sage-femme diplômée avant 2005, estime avoir été formée lors de son cursus initial à l'occasion d'un cours et non lors d'une formation spécifique. D'autre part, deux sages-femmes disent avoir reçu une formation aux techniques d'entretien dans une formation différente de celle de l'EPP.

Les deux tiers des sages-femmes souhaiteraient approfondir leur formation sur l'EPP. Toutes les sages-femmes sont favorables à l'instauration de rencontres entre professionnels de périnatalité (sages-femmes hospitalières, libérales, PMI, assistantes sociales, psychologues...) afin d'échanger sur les différentes pratiques et situations.

A cette question, une sage-femme renforce l'affirmation par la remarque suivante : « manque de connaissance du champ d'action des autres professionnels ».

## 2.7. Amélioration de la trame DxCare

Cinq sages-femmes sur six se disent satisfaites de la trame DxCare dans l'organisation de la récolte d'informations lors de l'entretien ainsi que la réalisation d'un entretien de qualité. En effet « il est toujours possible d'ajouter du texte libre » selon une sage-femme interrogée.

La sage-femme se disant « non satisfaite » justifie par la suite sa réponse par sa vision de la trame comme un « support simple » mais ne porte ni d'avis positif ni d'avis négatif.

L'étude de dossiers met en évidence que certains points sont systématiquement renseignés lors de l'entretien. Toutes les sages-femmes interrogées pensent qu'il serait judicieux de faire apparaître le terme de la grossesse au moment de l'entretien. La moitié d'entre elles juge utile de notifier le lieu de la préparation à la naissance (extra ou intra hospitalier). L'information sur l'activité de la femme (en arrêt de travail ou non) paraît pertinente pour quatre d'entre elles (66.7%). Seulement une sage-femme pense que des réponses « ne sait pas » devraient être ajoutées aux items concernant la préparation à la naissance et à la parentalité mais aussi à l'allaitement.

Pour finir, des observations et remarques ont été notées par les sages-femmes interrogées : « Il est regrettable de devoir réaliser le dossier médical lors de cet entretien, cela prend beaucoup de temps et nuit à l'objectif premier de l'entretien » ; « une trame plus précise n'augmentera pas la qualité de l'entretien, c'est à la sage-femme de retranscrire l'essentiel de l'échange et les situations sont tellement différentes que trop les codifier nuirait à la spontanéité. Conseils pour les étudiantes : faire des stages en EPP avec des sages-femmes expérimentées ».

### 3. Synthèse des résultats

11 critères sur 15 sont conformes dans plus de 80% des dossiers étudiés. Les critères non conformes se rapportent à la date, la coordination, la transmission, et l'information sur le réseau.

Dans l'étude 1, 374 dossiers ont été analysés. Toutes les sages-femmes utilisent le support de synthèse dans les dossiers sélectionnés, cependant, tous les items ne sont pas toujours remplis. 30.2% des EPP ont été réalisés à la même date que l'ouverture de dossier. L'item de la provenance des patientes n'est rempli que dans 89%. L'EPP a permis à 43% des patientes de bénéficier d'explications sur le réseau. Au moment de celui-ci, 24% des femmes disent avoir reçu des informations sur le réseau avant l'entretien. Cet item n'est pas rempli dans 32.8% des cas. 55.9% des EPP se sont déroulés avant 20 semaines d'aménorrhée. 30.2% des EPP se sont fait en même temps que l'ouverture du dossier patient. Dans 9.6% des cas, des facteurs importants de l'anamnèse du dossier n'ont pas été mentionnés (indice de masse corporelle extrême, tabac, antécédents psychologiques, grossesse inopinée). Le climat de l'EPP est décrit dans 5.9% des dossiers. Un soutien a été proposé pour 59,1% des patientes, mais les coordonnées des professionnels n'étaient pas systématiquement renseignées. L'accord concernant le partage des informations a été donné par 90,3% des patientes. Cependant, la fiche de synthèse est en réalité, enregistrée, remise à la patiente, dans 58,5% des dossiers obstétricaux.

Lors de l'étude 2, six sages-femmes ont répondu au questionnaire. Elles proposent l'EPP à toutes les patientes et la durée de celui-ci est de 45 minutes. Les professionnels ont tendance à laisser la femme ou le couple s'exprimer librement lors de l'EPP et sont dans une posture d'écoute. Les sages-femmes proposent souvent les services intra-hospitaliers mais aussi extrahospitaliers. Elles s'accordent à dire qu'elles s'adaptent au lieu de vie de la patiente afin de proposer des soins accessibles. La synthèse de l'entretien n'est pas toujours donnée : un tiers des sages-femmes la transmet « rarement ». Le partage d'informations est systématiquement expliqué aux patientes. Une sage-femme précise qu'elle retranscrit toutes les informations reçues. Cependant, il arrive que certaines informations ne soient pas retranscrites dans la synthèse de l'entretien selon cinq des sages-femmes. La non retranscription s'impose lors d'un refus de la patiente. Si besoin, les courriers, conversations téléphoniques et échanges verbaux évitent que les informations ne soient pas perdues. La majorité des sages-femmes a reçu une formation spécifique mais les deux tiers souhaiteraient approfondir leurs connaissances. Toutes les sages-femmes sont favorables à l'instauration de rencontres, entre professionnels de périnatalité afin d'échanger sur les pratiques et situations rencontrées. Les sages-femmes sont, dans l'ensemble, satisfaites de la trame DxCare aidant à la récolte d'informations ainsi qu'à la réalisation d'un entretien prénatal précoce de qualité.

## **PARTIE 4 : Analyse des résultats, discussion**

### **1. Biais et limites**

#### **1.1. Etude 1**

Au fil du recueil des données sur dossiers, nous avons pu constater un biais de mesure. En effet, lors d'un constat d'absence de donnée, il est impossible de faire la différence entre une absence d'information donnée ou de conduite à tenir et un manque de traçabilité.

Ensuite, les informations notées dans le dossier informatique obstétrical ne sont pas toujours datées. Un professionnel qui suit la grossesse peut modifier les renseignements de la patiente à tout moment. Certains évènements se sont peut-être déroulés après l'EPP : ceci expliquerait que la sage-femme n'ait pas établi de prise en charge dans certains cas (décès d'un proche ou de l'enfant, séparation avec le conjoint, pathologie de grossesse, prise de toxiques...).

Nous retrouvons au CH de Grasse une prévalence de plus de 36% d'entretien prénatal précoce entre 2017 et 2018. Ces données étant locales, il n'est pas pertinent de les comparer aux résultats de l'enquête nationale puisqu'il existe une variation importante de la prévalence en fonction des territoires.

#### **1.2. Etude 2**

Le faible effectif concernant cette étude de six sages-femmes sur quinze est certainement dû à la durée trop courte de l'enquête. Ainsi, l'interprétation des résultats est principalement faite d'hypothèses.

Néanmoins, il aurait été intéressant de prendre en compte la qualification du professionnel ayant déclaré la grossesse puisque c'est lors de celle-ci que la HAS recommande de délivrer l'information sur l'entretien prénatal. Tous les dossiers ne comportaient pas cette variable.

### **2. Forces de l'étude**

Le choix d'une étude uni-centrique s'explique par l'absence de support de synthèse dans les hôpitaux publics aux alentours. Le lieu de l'enquête est une force puisque le taux d'EPP y est supérieur à celui de l'enquête nationale de périnatalité. L'organisation du CH de Grasse a permis de sélectionner un nombre important de dossiers pour réaliser cet audit. De plus, le recueil de données a été réalisé par un même et seul enquêteur, ce qui a permis d'écarter un biais de mesure inter-enquêteur.

La période d'étude sur deux ans a permis de prendre en compte le roulement dans le planning des sages-femmes ; ceci afin de ne pas les distinguer selon leur âge, formation...

### **3. Discussion**

Tout d'abord, il faut souligner que les hypothèses de ce travail sont validées.

- Dans la majorité des dossiers étudiés, la synthèse de l'EPP est conforme aux recommandations ce qui fait de la synthèse DxCare, un outil aidant à la rédaction du compte rendu de l'entretien.
- Les patientes présentant des critères de vulnérabilité sont orientées vers des professionnels pour une prise en charge adaptée.

#### **3.1. Validation des hypothèses**

##### **3.1.1. La synthèse de l'EPP est conforme aux recommandations**

Dans l'ensemble, la synthèse de la maternité de Grasse respecte les recommandations de la HAS puisque tous les thèmes essentiels peuvent être inscrits dans celle-ci : climat de la rencontre, expression des besoins, attentes de la femme, facteurs de vulnérabilité, troubles et difficultés psychologiques et sociales, orientations médicales et dispositifs d'aide et d'accompagnement, suivi en PNP, tout cela avec l'accord de la femme. Elle permet à la sage-femme d'évoquer les sujets principaux face à une patiente ou un couple qui n'aurait pas été mis au courant des objectifs de l'entretien. Ce n'est pas une liste de questions fermées, ainsi la sage-femme peut tout retranscrire lors de la libre expression de la patiente. Elle laisse la plupart du temps parler le couple et pose des questions ouvertes lorsque celui-ci n'a pas de sujet précis à aborder. Ainsi, la tenue de l'entretien par les professionnels de l'hôpital de Grasse est propice à l'expression des besoins des patientes, selon les recommandations de la HAS.

Globalement, la synthèse DxCare est remplie entièrement. En effet, tous les items sont abordés lors de l'entretien dans plus de 95% des cas, sauf la provenance de la femme (91%), et sa connaissance du réseau (67%). Ceci peut être dû à un manque de temps, ou un manque d'intérêt du praticien.

La HAS préconise que le compte rendu de l'EPP soit daté et signé. Ceci se fait automatiquement avec le logiciel informatique. Grâce à la date, il a été possible d'affirmer que 69.8% des entretiens ont été réalisés le jour de l'ouverture de dossier. Ceci ne correspond pas aux recommandations nationales. Le risque est de consacrer une trop grande partie de l'EPP à des questions fermées sur leurs antécédents et autres parties de l'anamnèse. La protocolisation des questionnaires peut diminuer l'intérêt de l'EPP, voire de créer un malaise chez la patiente, qui ne pourra pas forcément exprimer ses besoins.

Finalement, l'étude des résultats permet de mettre en avant le score de conformité qui, ici, est supérieur à 80%, comme le recommande la HAS.

### **3.1.2. Orientation des patientes pour une prise en charge adaptée**

La deuxième hypothèse validée met en évidence l'orientation des patientes présentant des critères de vulnérabilité vers des professionnels pour une prise en charge adaptée.

Comme l'a déjà montré la dernière Enquête Nationale de Périnatalité de 2016 [5], la population présente des comportements de plus en plus à risques : tabac, surpoids, manque d'activité sportive. Le manque de ressources et l'isolement social sont des points délicats à aborder lors des consultations de suivi de grossesse. Une étude réalisée en 2015, a montré que les femmes les plus vulnérables ne bénéficient pas davantage de l'EPP mais accèdent moins fréquemment à la PNP.[31] Après analyse du tableau présentant la population, nous constatons que plus de 60% de la population ne rentre pas, à première vue, dans une population à risques. Ces résultats sont à rapprocher du taux de réorientation des patientes vers des spécialistes qui est de 59% dans notre étude. Dans environ 20% des cas, la sage-femme a conseillé, au couple ou à la patiente de consulter un ou plusieurs spécialistes, alors qu'à priori, aucun facteur n'avait été retenu comme à risque. L'importance de l'entretien permettrait d'établir des besoins psychologiques non évoqués lors des consultations.

Cependant, suite au recueil de données, il apparaît qu'une sage-femme propose systématiquement l'aide d'une sage-femme libérale, de la PMI, et l'hypnose à toutes les patientes, sans pour autant en avoir mentionné le besoin (19 patientes dans l'étude). Ceci est une pratique discutable : d'un côté la présentation systématique des professionnels ouvre des perspectives aux patientes, d'un autre côté, la HAS préconise de s'adapter à chaque couple, sans généraliser.

Dans 4.9% des cas, des facteurs importants n'ont pas été mentionnés par la sage-femme dans la synthèse de l'entretien : poids, tabac, fausses couches à répétition, antécédents psychologiques, grossesse inopinée. Ceci, peut-être par manque de temps, car, on constate que parmi ces dossiers, tous les entretiens ont été réalisés lors de l'ouverture du dossier DxCare à l'hôpital de Grasse : la sage-femme ayant rempli l'anamnèse de la patiente, n'a pas obligatoirement rapporté les renseignements du dossier dans l'onglet EPP.

Le mode de vie est important à définir afin d'adapter la prise en charge de la femme. Alors, même si le but de l'entretien n'est pas de surveiller les sérologies (51.8% des femmes bénéficient d'une surveillance rapprochée), il est primordial de donner des conseils sur l'alimentation, les habitudes de vie pour éviter des comportements à risques. C'est ainsi que les

conduites à tenir inscrites ici sont les conseils alimentaires, l'activité sportive, la notion de déplacement pour travailler ... La prévention des risques liés au mode de vie a été réalisée pour 94.9% des femmes. Pour les 5.1% des dossiers restants, la sage-femme n'a rien mentionné dans l'item « antécédents et mode de vie ».

Dans ce même contexte, l'environnement social, item rempli dans 99,4% des cas, permet de déterminer le soutien formé autour de la patiente et la capacité du couple à se projeter après la naissance, avec une possible garde de l'enfant, la reprise du travail etc.

### **3.2. Le projet de naissance, la parentalité**

La parentalité est un sujet peu abordé par les femmes et les soignants : 4%. Il est malgré tout un sujet important dans la projection du couple et de l'enfant à venir. La sortie précoce n'est pas non plus un sujet mentionné sur la synthèse (0.8%), alors que la moitié des patientes de l'étude ayant accouché, en a bénéficiée (52.3%).

Il est clair de constater que le projet de naissance selon les femmes gravite autour de la péridurale (90%), de la salle nature et de la liberté de posture (bien développée au CH de Grasse). L'appréhension de l'épisiotomie (8%) n'est mentionnée que par des primipares. La peur des forceps ou ventouses est cependant plus fréquemment mentionnée par des multipares qui ont eu un premier accouchement par extraction instrumentale (90% contre 10% de primipares). Nous avons vu précédemment que la population étudiée est majoritairement représentée par des primipares, cependant, l'intérêt des multipares n'est pas négligeable puisqu'elles représentent 35.1% des dossiers. Le mauvais vécu de l'accouchement précédent peut être un facteur de consultation pour un entretien prénatal, comme décrit dans l'article « l'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux » [32]. Une étude a démontré qu'il serait bénéfique de parler de l'accouchement et de son vécu en post partum de façon systématique et consciencieuse avec toutes les femmes afin « d'orienter vers des professionnels spécialisés celles ayant eu un traumatisme ».[33] Le séjour en maternité étant de plus en plus court, l'entretien prénatal paraît être un bon « rattrapage » pour les femmes n'ayant pas manifesté le besoin de parler d'un accouchement vécu traumatique. [34]

Cependant, « aller chercher de manière active les traumatismes du passé risque de les renforcer » [35]. C'est pour cela qu'il faut éviter les questions intrusives sans toutefois faire abstraction au problème et laisser la femme s'exprimer, si elle en éprouve le besoin.

Pour les 4% des patientes dont l'« absence de projet » est notifiée il n'y a pas eu de difficultés particulières lors de la grossesse, l'accouchement ou le post partum. Les projets de naissance écrits et ramenés le jour de l'entrée à l'hôpital sont lus en salle de naissance avant

l'accouchement et non retranscrits sur DxCare. Il nous a donc été impossible de constater l'élaboration de celui-ci pour ces femmes.

Lors de l'EPP, l'allaitement est un sujet abordé pour la quasi-totalité des femmes (98,4%). La réponse est claire si la femme désire un allaitement maternel ou artificiel (oui/non), cependant, les réponses « mixte », et « ne sait pas » sont souvent rajoutées manuellement par le professionnel menant l'EPP. Ceci pourrait être amélioré. Le vécu de l'allaitement lors des anciennes grossesses (évoqué dans 33.9% des cas chez les multipares) est souvent écrit dans les antécédents ou ressenti, ce qui peut rendre la synthèse répétitive. L'allaitement désiré au moment de l'entretien a été réalisé pour 70% des femmes. L'accompagnement en suites de couches est tout de même un facteur influant sur la poursuite de l'allaitement parmi tant d'autres selon une étude de 2014 en région parisienne, on ne peut donc pas juger l'impact seul de l'entretien sur l'allaitement. [36]

### **3.3. La population**

Contrairement aux idées reçues, 35% des dossiers étudiés concernent des multipares. [37] Ceci peut s'expliquer par une mauvaise expérience lors d'un précédent accouchement. En effet, c'est un sujet systématiquement abordé.

Le suivi est majoritairement assuré par les gynécologues hospitaliers (43%), et les sages-femmes libérales (22.2%), pendant les premiers mois de grossesse. A partir du 7<sup>ème</sup> mois, la femme est dirigée vers une sage-femme hospitalière dans 41.4%. Ceci, par choix personnel ou selon la disponibilité des soignants et de la patiente.

### **3.4. L'information des patientes**

La moitié des entretiens se fait avant ou au quatrième mois de la grossesse comme précisé dans les recommandations de la HAS. Cependant, 44.1% des entretiens sont réalisés plus tardivement. Ceci rejoint les résultats de l'enquête de périnatalité de 2016 [5]. Comme l'information sur l'entretien est principalement donnée par le secrétariat lors du premier contact avec l'hôpital (82.1%), nous pouvons supposer qu'elle est donnée trop tardivement. Ceci peut être dû au fait que les femmes suivies par des praticiens libéraux au début, ne prennent contact avec l'hôpital qu'en fin de grossesse, comme le recommande la HAS dans le suivi physiologique de la grossesse.[4] Le motif n'étant pas précisé, nous ne pouvons élaborer de conclusion.

Les sages-femmes de Grasse réalisant l'entretien sont au fait des recommandations en ce qui concerne l'information des patientes puisqu'elles le proposent toutes. Toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire déclarent pratiquer l'entretien prénatal par souhait depuis plus d'un an. Ceci marque l'intérêt porté par celles-ci sur ce sujet. Ces sages-femmes, impliquées et expérimentées, sont, dans l'ensemble au courant qu'un deuxième entretien est possible puisque qu'il est « rarement » proposé par cinq sages-femmes sur six. Lors de la première étude, deux patientes avaient déjà bénéficié d'un premier EPP en extrahospitalier, sans aucune justification. La question n'a pas été posée par les sages-femmes alors qu'il aurait été intéressant de noter la raison pour laquelle la patiente souhaite réaliser à nouveau un entretien. Si la population n'est pas demandeuse, les professionnels ne vont pas forcément proposer celui-ci, deux hypothèses apparaissent : un entretien est suffisant, ou les sages-femmes ne proposent un deuxième entretien seulement si la patiente en fait le souhait spontanément.

Lors du tri effectué avant de réaliser le recueil des données, des dossiers ont été exclus de l'étude. Dans ces dossiers, aucun refus d'EPP n'a été mentionné.

Lorsque l'EPP était tardif (la HAS ne détermine pas à quel terme celui-ci est dit « tardif », nous avons donc défini cette période à partir de 20 SA. L'EPP qui est réalisé après 20 SA est supposé « tardif »), la raison de ce délai n'est renseignée pour aucun dossier.

### **3.5. Les ressentis de la patiente et du couple**

Les ressentis sont précisés dans 94% des cas. Il est l'occasion de parler de sentiment face à la grossesse et du lien avec l'enfant (mouvements actifs fœtaux, sommeil...)

Le climat de l'entretien, élément indispensable selon la HAS, est décrit seulement dans 5.9% des cas. L'aspect non-verbal de l'entretien contient pourtant des indices essentiels afin de déterminer le bien-être d'une femme et d'un couple. La sage-femme doit interpréter le ton de la voix, les attitudes, des expressions faciales, afin comprendre la situation de la patiente. [13] Nous ne pouvons pas assurer que les sages-femmes n'analysent pas cet aspect de l'entretien puisque cette étude n'a pas été observationnelle, cependant, nous pouvons chercher à sensibiliser les praticiens et renforcer ce point qui doit être développé lors de formations sur l'entretien et la communication par exemple.

Certaines sages-femmes remplissent des données relevant du « ressenti » dans d'autres items (environnement, observations) ; cet item restant flou, on peut comprendre que le praticien décrive les émotions de la patiente à un autre endroit dans la synthèse. D'autre part, la grossesse était inopinée pour 16% des dossiers étudiés et un contexte d'Aide Médicale à la Procréation est

présent dans 5.8% des cas. Ceci n'est pas notifié dans tous les entretiens alors qu'il est déterminant pour l'accueil de la grossesse et la projection dans le rôle de parent.

### **3.6. Le réseau, la traçabilité, la confidentialité**

Concernant la connaissance des femmes à propos du réseau, on s'aperçoit que l'entretien prénatal est un moyen efficace de palier à un manque de connaissance. Cependant, certaines sages-femmes ne cochent pas l'item sur la synthèse DxCare (32.8% des dossiers). Ceci n'exclut pas l'information orale par la sage-femme mais prouve que notre étude rétrospective a ses limites. Une étude a montré que les informations reçues sur le réseau ont permis aux patientes de se sentir en sécurité pour 85 % d'entre elles (étude réalisée sur 60 femmes) [24].

#### **3.6.1. Informations sur les offres de soins**

95,8% des femmes désirent participer à une PNP, cependant seulement 64.9% ont pris un rendez-vous à la suite de l'entretien. Soit la patiente n'a finalement pas été intéressée par la PNP et a simplement changé d'avis, soit l'hôpital n'a pas pu répondre à sa demande et elle n'a pas pu bénéficier de rendez-vous. Ici, l'item sous-entend que la sage-femme donne des informations sur la PNP. La question se pose de savoir si cette information concerne l'offre de l'hôpital ou si la sage-femme aiguille la patiente en fonction de son lieu de vie, ou de ses habitudes. En effet, l'hôpital de Grasse ne dispose que de préparation classique, d'hypnose ainsi que de préparation en piscine. Les femmes désirant suivre une préparation autre (chant prénatal, yoga, sophrologie ou encore haptonomie) devront être dirigées vers une sage-femme libérale. Il serait intéressant de notifier le type de préparation souhaitée. Aussi, au vu du terme de la grossesse, la préparation est programmée, ou commencée dans 20% des cas (l'entretien s'est fait dans 97,3% des cas après 20 SA pour ces patientes). Cela signifie que l'information à la PNP s'est faite auparavant, lors des consultations prénatales de suivi. La maternité de Grasse proposant des cours de préparation « accélérés », il reste judicieux de continuer à proposer la PNP même si l'entretien se déroule proche du terme. En effet, nous pouvons rapprocher ces chiffres à l'étude qu'a dirigé F. Molénat sur le lien entre l'EPP et la participation aux séances de préparation à la naissance et la parentalité.[38] L'étude 2 a permis de démontrer que les sages-femmes s'adaptent à la patiente en proposant des offres à proximité de son lieu d'habitation en secteurs intra ou extrahospitaliers.

Une consultation avec un spécialiste a été notifiée lors des consultations prénatales qui ont suivi l'EPP, chez 37.9% des femmes (addictologue, psychologue, diététicien, assistante sociale...). Cependant, ces résultats ne prennent pas en compte certains points. Lorsqu'une

femme enceinte consulte un spécialiste, celui-ci n'a pas toujours accès au dossier obstétrical. Le compte rendu de la consultation n'y figurera donc pas forcément. De ce fait, le soignant attribué au suivi de la grossesse, ne sera pas mis au courant, sauf si la patiente ou le spécialiste lui en parle personnellement. Aussi, les répercussions de ces consultations ne sont donc pas bien évaluées. 20% des patientes ont pris rendez-vous pour des séances d'hypnose, et 64.9% pour une autre PNP de l'hôpital. De la même façon, nous ne pouvons pas dire que ces pourcentages représentent les femmes qui ont réellement assisté à ces préparations. Dans tous les cas, ceci montre l'impact qu'a l'entretien sur le reste de la grossesse.

Le soutien proposé par la sage-femme est adapté à la patiente (suivi en tabacologie pour les femmes tabagiques, diététicien en cas de régime inadapté, hypnose en cas de stress ou autre, etc). Cependant, en ce qui concerne les suites de couches, un lien PMI a été établi pour 8% d'entre elles, ceci est loin des 25% des femmes à qui les sages-femmes ont proposé un soutien par la PMI durant l'EPP.

### **3.6.2. La transmission et la traçabilité**

La traçabilité au niveau du logiciel informatique est respectée, c'est-à-dire que les items sont, dans l'ensemble, remplis et les professionnels ayant accès au dossier obstétrical de la patiente ont accès à la synthèse complète de l'entretien.

Cependant, la synthèse doit aussi être transmise à la patiente. Dans l'étude 1, on constate que la synthèse est présente sous format Word dans 58,5% des dossiers. On considère que le document Word, enregistré dans le dossier informatique, est imprimé, puis donné à la patiente. Or, les sages-femmes cochent l'item « document récapitulatif de l'entretien donné » pour 90,3% des cas. Ce décalage remet en doute le respect des recommandations de la HAS.

Auparavant, un exemplaire était donné au réseau. En termes de traçabilité et de confidentialité, des difficultés ont été retrouvées et le projet a été abandonné. Ce support est dorénavant à destination de la patiente seulement. Y-a-t'il un autre moyen de transmettre cette synthèse que le document imprimable ou les sages-femmes ne donnent-elles tout simplement pas le compte rendu de l'entretien ? pour quelles raisons ce compte rendu n'est-il pas transmis ? Les questions ouvertes de l'étude 2 sur la traçabilité du document de synthèse de l'entretien nous ont permis de déterminer pourquoi les sages-femmes ne donnaient pas toujours celui-ci à la patiente. En effet, le manque de temps est la justification qui revient, puisque la synthèse est « réalisée après le départ de la patiente ». Dans un souci de confidentialité, les sages-femmes éprouvent le besoin de reformuler leurs écrits afin que les informations ne dérogent pas à la loi

du 4 Mars 2002. On peut comprendre que les sages-femmes ayant des difficultés dans la maîtrise de l'informatique rencontrent davantage d'obstacles dans la retranscription de l'EPP en temps réel.

D'autre part, la notion de partage et de transmission d'informations est expliquée par la majorité des sages-femmes. L'accord de la patiente requis est le plus souvent pris en compte selon les praticiens : 90,3% (n=338). Le reste représente les dossiers où la synthèse DxCare ne mentionnait pas l'accord de la patiente. Cependant, le fait que l'accord soit mentionné systématiquement sur la feuille de transmission sous-entend qu'il est demandé à la patiente : des erreurs de manipulation informatique ont peut-être été à l'origine de ces résultats.

Si les sages-femmes disent ne pas avoir de mal à orienter les patientes, elles ne proposent pas systématiquement un spécialiste en particulier : inscription du nom du spécialiste dans 5.1% des cas ; le numéro de téléphone ou l'adresse mail pour le contacter n'a jamais été mentionné. Nous pouvons cependant supposer que certains spécialistes de l'hôpital sont souvent appelés (addictologue, psychologue du service) et leurs coordonnées peuvent être inscrites dans le bureau des sages-femmes.

Plus de la moitié des sages-femmes évoque la non-retranscription de certaines informations suite au refus de la patiente. Malgré tout, il apparaît évident que les professionnels communiquent entre eux en cas de nécessité : courriers, appels téléphonique, mails, cahier destiné à la PMI, échanges verbaux directs. Il a été établi par la HAS, une « liste de questions pour faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information ». Cette liste qui a été élaborée par le ministère de la Communication française de Belgique en 2004, reprend les raisons pour lesquelles il est important de transmettre les informations dans le cadre du réseau (annexe IV). Danielle Capgras-Baberon, sage-femme formatrice en périnatalité, travaillant au sein de l'Association pour la Recherche et l'Information en Périnatalité (A.R.I.P), dit que « toute information n'est pas bonne à transmettre, le partage doit toujours être limité et finalisé dans l'intérêt de la patiente ». [28].

Selon une étude sur l'intérêt de l'EPP dans la prévention des mutilations, la patiente sera capable de parler avec la sage-femme dans un climat de confiance, sans jugement. Mais elle n'en parlera pas spontanément : « les femmes ne parlent que de ce dont les professionnels leur parlent ». Cette situation est comparable aux situations de violences conjugales. [39] Il est donc important pour les sages-femmes et tous les professionnels de santé, de se former aux techniques d'entretien.

### **3.7. Les sages-femmes et leur formation**

Afin de décrire les sages-femmes qui pratiquent l'entretien prénatal, des questions sur leur formation ont été posées. Nous constatons que trois sages-femmes sur six ont été diplômées après la mise en place de l'entretien (2005). Cependant, une sage-femme diplômée avant la mise en place de l'entretien, fait part de sa formation sur l'entretien prénatal lors de ses études. Elle est aussi la seule qui n'a pas reçu de formation supplémentaire. Les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation spécifique sont cinq parmi la population étudiée. Ceci démontre l'intérêt des sages-femmes porté sur l'entretien et confirme la nécessité d'une formation. Dans l'ensemble, les sages-femmes se sentent suffisamment formées et ne désirent pas de formation supplémentaire. Selon elles, le point à améliorer concerne le moment de l'EPP dans la grossesse : une ouverture de dossier devrait être réalisée préalablement lors d'une consultation prénatale de suivi. Ceci rejoint les recommandations de la HAS.[2]

Une autre étude observationnelle transversale descriptive évaluant 90 sages-femmes, montre que seulement 21% des sages-femmes n'ont pas bénéficié de formation : leurs principales difficultés concernaient la transmission des informations entre professionnels, ainsi qu'un manque de connaissances sur le réseau en périnatalité. Les principales causes étaient un manque de temps, de techniques de communication. [41]

Aussi, nos résultats peuvent être confrontés à ceux de l'enquête réalisée en 2005 par l'AFREE sur la formation des sages-femmes : seulement 45% des écoles proposaient une formation à la conduite d'entretien. 29% des écoles avaient comme « projet pédagogique d'intégrer un module sur le travail en réseau ».

Les résultats d'une étude sur la formation initiale des sages-femmes concernant l'éducation pour la santé en périnatalité, met en évidence le fait que les étudiants sages-femmes en dernière année se sentent satisfaits de leur formation et considèrent cette compétence comme majeure en tant que sage-femme. Les stages seraient l'occasion de développer cette compétence. [41]

## **PARTIE 5 : Pistes et améliorations proposées**

### **1. Informer les patientes sur l'EPP**

La maternité de Grasse propose plusieurs jours dédiés à l'EPP, avec différents horaires. Cela permet à toutes les femmes de venir, accompagnées ou non de la personne de leur choix. Aucune amélioration n'est donc nécessaire concernant l'accessibilité. Mais notre étude terminée, il sera possible d'élaborer une plaquette d'information à l'attention des futurs parents afin de leur permettre de préparer l'EPP. En effet, ce document pourra être remis à la patiente lors de la déclaration de grossesse, ou lors des consultations qui suivent.

Il pourra reprendre les différents objectifs et décrire le déroulement de l'EPP dans le but de guider les futurs parents (écriture du projet de naissance, préparations à la naissance et à la parentalité, différents acteurs que la patiente rencontrera tout au long de sa grossesse...). Il sera aussi un support permettant à la patiente de proposer ses questions si elle le souhaite.

Ensuite, un autre document sur le réseau pourra être élaboré. Il présenterait le réseau périnatal méditerranéen mais aussi les noms et coordonnées des partenaires du réseau de proximité. Ce document serait proposé à la patiente lors de l'entretien prénatal précoce.

### **2. Former le personnel et les étudiants**

Les personnes réalisant des EPP doivent être formées. Il est nécessaire de se former avec techniques d'entretien mais aussi savoir être à l'écoute, créer les conditions favorables aux échanges entre les deux parents et ouvrir la discussion sur différents thèmes. La synthèse proposée à la patiente et au couple, permet de finaliser l'entretien et rappeler les différentes discussions menées, pouvant être approfondies ultérieurement. Enfin, il est important de noter les éventuelles orientations vers d'autres professionnels. Le praticien aura un rôle important dans la prévention, l'éducation mais aussi dans la transmission, tout en respectant la confidentialité.

Une formation intra-muros peut être proposée afin de sensibiliser les différents professionnels à l'importance de l'EPP dans le cadre de la prévention et de l'éducation des patientes et des couples. Ceci facilitera les liens entre les différents intervenants. L'importance du langage non verbal et du climat de l'entretien non exploités lors de l'EPP, est un point à améliorer grâce à ces formations. Aussi, la confidentialité, qui garantit la confiance des parents, ainsi que la rigueur dans les transmissions d'informations concernant l'intimité, sont des compétences à développer.

En 2015, une étude a été réalisée en Bretagne, au vu du faible nombre de médecins généralistes et de gynécologues formés à l'EPP.[42] Même s'ils étaient conscients de l'utilité de celui-ci, le groupe de médecins étudié en réalisait peu car l'EPP était considéré « chronophage ». Pourtant, la diversification des praticiens pourrait être envisagée au sein de la maternité de Grasse, puisque l'entretien prénatal peut être réalisé par les gynéco-obstétriciens. Ceci permettrait d'accroître le nombre d'EPP au CH de Grasse. Le partage d'information se ferait plus facilement entre professionnels de la périnatalité si tous étaient sensibilisés.[40]

Selon le rapport de F. Molénat de 2012, [43] « les réseaux périnatals jouent, selon les sites, un rôle majeur de connaissance mutuelle et de réflexion intégrée », mais le cloisonnement encore important des organismes de formation freine l'évolution. Le psychiatre propose de « rassembler autour d'une table l'obstétrique/pédiatrie hospitalière, le médico-social, la psychiatrie, le secteur libéral ». Ces réunions pourraient avoir lieu au sein de l'hôpital avec des professionnels intra-hospitaliers mais aussi extrahospitaliers : sages-femmes, gynécologues libéraux, PMI... Les secrétaires médicales de la maternité jouent également un rôle important dans la diffusion de l'information puisqu'elles aident souvent à l'élaboration du calendrier des rendez-vous du suivi de la grossesse. Leur discussion avec les patientes aura forcément des répercussions sur la participation à l'EPP. Il est donc important de les informer correctement.

De ce fait, dans le cadre du partage d'information, nous avons proposé l'idée de rencontres entre professionnels de périnatalité afin d'échanger sur les pratiques et situations rencontrées. Le but est d'améliorer les pratiques, notamment sur la tenue de l'entretien, l'élaboration de la synthèse, mais aussi d'avoir une meilleure prise en charge des patientes, surtout en cas de refus de partage d'informations. Une sage-femme précise le « manque de connaissances du champ d'action des autres professionnels ».

Suite aux recherches bibliographiques et aux résultats constatés, nous pouvons conclure que la mise en place d'un document permettant de partager les informations tout en respectant la confidentialité est nécessaire. Nathalie Piquée, sage-femme formatrice, propose la cartographie de URKIND qui a pour but d'aider le praticien qui effectue l'EPP à transmettre l'ensemble des données au réseau de santé périnatal. La rosace « UKRIND » est définie avec la patiente et son accompagnant. Plusieurs items sont évalués avec des cotations différentes selon l'énergie physique, psychique, émotionnelle et intellectuelle à fournir pour gérer certaines situations : de 1 à 5, 1 étant « j'y pense avec plaisir », 5 représentant « j'y pense sans cesse avec beaucoup de stress ». La sage-femme pourra ainsi juger si la situation est vécue sécurisante (cotation 1) ou si une vigilance de la part des professionnels est nécessaire (cotation 5). En

conclusion, il sera conseillé à la sage-femme de recommander une attention habituelle/particulière/toute particulière, au niveau obstétrical et relationnel lors de la grossesse/l'accouchement/les premiers liens suivant la naissance. Les thèmes abordés dépendront du climat de l'entretien. Les praticiens pourront aborder la situation obstétricale actuelle brièvement, l'entourage, la fonction paternelle, les moteurs de stress, l'état de santé général (alimentation, sommeil, poids, transit, automédication...), l'environnement socio-économique, le vécu obstétrical antérieur s'il existe, la relation maternelle, le ressenti de l'intervenant. Selon les situations, certains sujets peuvent être plus approfondis : la précarité, les addictions, l'adolescence, la femme victime de violences conjugales ou de harcèlement professionnel, la dépression prénatale. Cette formation intra-muros pourrait aussi permettre la mise en place de réunions régulières pour échanger sur certaines prises en charge particulières et leur suivi.

Concernant la formation initiale, les étudiants sages-femmes devraient avoir accès plus régulièrement aux EPP afin de s'entraîner à la tenue d'un entretien, à effectuer une synthèse en gardant à l'esprit la confidentialité et la traçabilité. Les différentes compétences requises à l'EPP, ainsi que les connaissances de la psychologie de la femme enceinte peuvent être acquises durant cette formation à travers différents apports théoriques et pratiques. Cependant une formation spécifique sur l'EPP reste indispensable avec des apports théoriques supplémentaires et des jeux de rôle ou des retours d'expérience.

### **3. L'entretien prénatal à la maternité de Grasse**

Globalement, nous avons constaté que la trame DxCare permet une retranscription complète de l'entretien prénatal. Aussi, toutes les sages-femmes en sont satisfaites et estiment qu'elle est un outil adapté à la récolte des informations et à la réalisation d'un entretien de qualité. Néanmoins, une sage-femme précise que l'essentiel de l'entretien ne se trouve pas dans la synthèse mais dans l'échange lui-même et décrit l'étude des retranscriptions comme inadaptée puisque « on ne peut pas tout écrire ». Il est clair que le but in fine de l'entretien ne se trouve pas dans les rapports écrits mais dans l'échange entre le couple/la femme et le professionnel. L'intérêt de l'entretien sur la grossesse se traduira par le bien-être de la femme et ne se traduit pas forcément par une synthèse écrite. Cependant, la femme enceinte est amenée à rencontrer différents professionnels lors de sa grossesse. Cette synthèse permet à ces acteurs de la santé de s'adapter le plus rapidement possible lors d'une consultation. Il est donc important

de laisser transparaître l'essentiel de l'échange et de préciser le climat et l'état d'esprit de la femme lors de celui-ci.

Certaines modifications de la synthèse sont proposées :

- Mentionner le terme de la grossesse lors de l'entretien
- Mentionner l'activité de la femme au moment de l'entretien (en arrêt de travail, pathologique ou non)
- Préciser le climat de l'échange

Dans la pratique de l'entretien, les sages-femmes sont conscientes que l'EPP et l'ouverture du dossier ne devraient pas se faire le même jour. L'entretien ne devrait-il pas être proposé une fois la première consultation médicale de suivi de grossesse réalisée ?

Enfin, un autre point à améliorer concerne les entretiens pour un accompagnement à un accouchement physiologique en salle nature. En effet, à la maternité de Grasse, les objectifs des EPP et ces entretiens étant différents, ils doivent être réalisés lors de rendez-vous dissociés.

## CONCLUSION

Suite aux propositions de F. Molénat, pédopsychiatre engagée dans le domaine de la périnatalité, des recommandations ont vu le jour dans le but d'améliorer la qualité des pratiques autour de la naissance. La grossesse, la naissance, jusqu'au retour à domicile représentent une période de fragilité émotionnelle. Ainsi, l'entretien prénatal précoce se présente comme un outil efficace permettant de créer une atmosphère sécurisante autour des futurs parents. Cet entretien n'est ni une consultation médicale ni le lieu d'ouverture du dossier patient, mais il est une aide précieuse pour élaborer une prise en charge personnalisée aux besoins de la femme et du couple.

Le 20 septembre 2018, l'Académie Nationale de Médecine publie un rapport de la bientraitance en obstétrique : elle recommande de « respecter la réalisation de l'entretien prénatal précoce au quatrième mois, promouvoir l'élaboration d'un projet de naissance et proposer des prises en charge adaptées à la situation médicale et aux attentes de chaque couple » [44]

Cette évaluation des pratiques professionnelles nous a permis de constater que les sages-femmes de la maternité de Grasse conduisent des entretiens conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le point essentiel à éclairer reste la transmission de la synthèse et l'orientation vers le réseau. De plus, à travers les différentes recherches bibliographiques et les constats réalisés suite à ces deux études, nous avons pu mettre en évidence les problèmes de la traçabilité et de la confidentialité dans la transmission des informations de l'entretien prénatal précoce. L'implication des professionnels est nécessaire pour installer un lien de confiance avec les patientes et les couples et ainsi les orienter.

La création d'un outil réalisé par les différents participants au travail en réseau semble indispensable afin de faciliter son utilisation et l'adhésion de tous les utilisateurs.

Comme nous l'avons soulevé précédemment, former à la pratique de l'entretien prénatal est indispensable mais il est aussi important de sensibiliser les différents professionnels ; chaque acteur participant au suivi de la patiente, du couple doit comprendre les objectifs de l'entretien prénatal précoce et ainsi reprendre les recommandations de bonne pratique afin que son effet soit positif sur le suivi et l'accompagnement des patientes.

De nos jours, alors que le dossier médical partagé se met en place dans tous les secteurs de la santé, un travail en réseau semble indispensable. Cependant la compréhension de ce travail n'est pas forcément évidente, la formation des professionnels reste un bon moyen d'apprendre à partager les informations en toute sécurité et en respectant la confidentialité.

Si au premier abord, l'EPP peut sembler chronophage, il permet de créer une ambiance sereine autour de la femme et du couple et de détecter précocement les facteurs de vulnérabilité.

Afin de connaître l'impact de l'EPP et ainsi compléter ce travail de recherche, il serait intéressant de réaliser une enquête sur la satisfaction des patientes/couples ayant participé à un entretien prénatal.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Plan “Périnatalité” 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité.
- [2] HAS - Préparation à la naissance et à la parentalité 2005 [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite).
- [3] Légifrance. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. J.O. 06/03/07.
- [4] Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees).
- [5] INSERM. DREES. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017[En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>.
- [6] Haut comité de la santé publique, Ministère des affaires sociales, de la Santé et de la Ville La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Rennes : ENSP, 1994.
- [7] Molénat F., Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007 », *Contraste*, 2007; 26 : 1-127.
- [8] Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 1998.
- [9] Code de la santé publique - Article L6321-1, vol. L6321-1. .
- [10] L. D. française, « Vingt propositions pour une politique périnatale ». [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000572/index.shtml>.
- [11] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002.
- [12] Legifrance. Instructions et circulaires récentes [En ligne] <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39846>.
- [13] Dugnat M., Glangeaud-Freudenthal N., Isserlis C., Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce. Eres, 2008.
- [14] Une Conférence internationale pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique. Ottawa (CAN), 1986, 11 : 17-21.

- [15] Pregnant women must be able to access the right care at the right time ». [En ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
- [16] D. B. P. FRANCE. Secrétariat général du Gouvernement, Conseil des ministres du 10 novembre 2004. Le plan périnatalité. [En ligne] <http://discours.vie-publique.fr/notices/046003545.html>.
- [17] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [18] Code de la sécurité sociale - Article R331-2, vol. R331-2.
- [19] Code de la sécurité sociale - Article R162-52, vol. R162-52.
- [20] Vilain A., De Peretti C., Herbet J-B. Blondel, B., Rapport INSERM-DREES-DGS, La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale, 2003 : 8.
- [21] Code de la santé publique - Article L2122-2, vol. L2122-2. .
- [22] Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- [23] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
- [24] Dupont C., Connaissance et satisfaction des femmes au sein du réseau de santé périnatal Aurore 2008.
- [25] « Évaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité : enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007 ; 36, 4 : 375-383
- [26] Membres adhérents du Réseau Périnatmed - PACA, Corse, Monaco »
- [27] Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes ? [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes).
- [28] Capgras-Baberon D., « L'entretien prénatal précoce : mode d'entrée dans le réseau », Spirale, 2012 ; 61 : 47-53.
- [29] Rapport - Circulaire N°DHOS\_DGS\_O2\_6C\_2005\_300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité », 2005 ; 8.
- [30] Réseau Périnatmed [En ligne]. <http://www.reseauperinatmed.fr/zone-de-telechargement/#1460972331481-925caeeb-6cb9>.
- [31] Balles M.. Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE). Thèse 2016, Bordeaux, p233

- [32] Bazin A., Gasc C., Mégret C., et Guillaume S., L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux. Spirale, 2013, 66 ; 163-175.
- [33] Genoni C., Perrin-Fayolle C., Voeffray C., et Kaiser B., Par quels moyens peut-on dépister et accompagner au mieux les femmes ayant vécu un antécédent d'accouchement traumatique en vue d'une prochaine grossesse ? Mémoire de bachelor : Haute école de santé Genève, 2012.
- [34] Larsson C. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers Sex Reprod Healthc. 2011 ; 2 : 83-89.
- [35] Molenat F., L'entretien prénatal précoce : objectifs, avancées, obstacles et dérives. État des lieux qualitatif des pratiques depuis le lancement du plan périnatalité 2005-2007 : 14.
- [36] Courtois E., Lacomme M., Tyzio S.. Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois chez les mères allaitantes dans une maternité parisienne. Recherche en soins infirmier 2014 ; 117 : 50-64.
- [37] Barandon S. 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, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2016 ; 45, no 6 : 599-607
- [38] Monard S., L'entretien prénatal individuel : incidence sur la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Contraste. 2007 ; 1, n°26 : 55-79.
- [39] Remy M., Le rôle de la sage-femme pratiquant l'entretien prénatal individuel dans la prévention des mutilations sexuelles féminines. UHP - Université Henri Poincaré, Nancy 2008. p 200
- [40] Janvier E.. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. Auvergne. 2013. p101.
- [41] Bernard M.-R. et Eymard C. Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises. La revue Sage-femme, 2012 ; 11, 1 : 33-39.
- [42] Vaugrenard C. L'Entretien Prénatal Précoce: état des lieux des connaissances et des freins à la bonne pratique de l'EPP par les gynécologues médicaux et obstétriciens du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale , Mémoire Sciences du Vivant. 2015 Brest p. 40.
- [43] Molénat F. Écouter les femmes enceintes... et après ?, Revue de médecine périnatale, vol. 4, juin 2012
- [44] Académie nationale de médecine. .Communiqué de presse : De la bienveillance en obstétrique ; la réalité du fonctionnement des maternités » 2018.

## **LISTE DES ANNEXES**

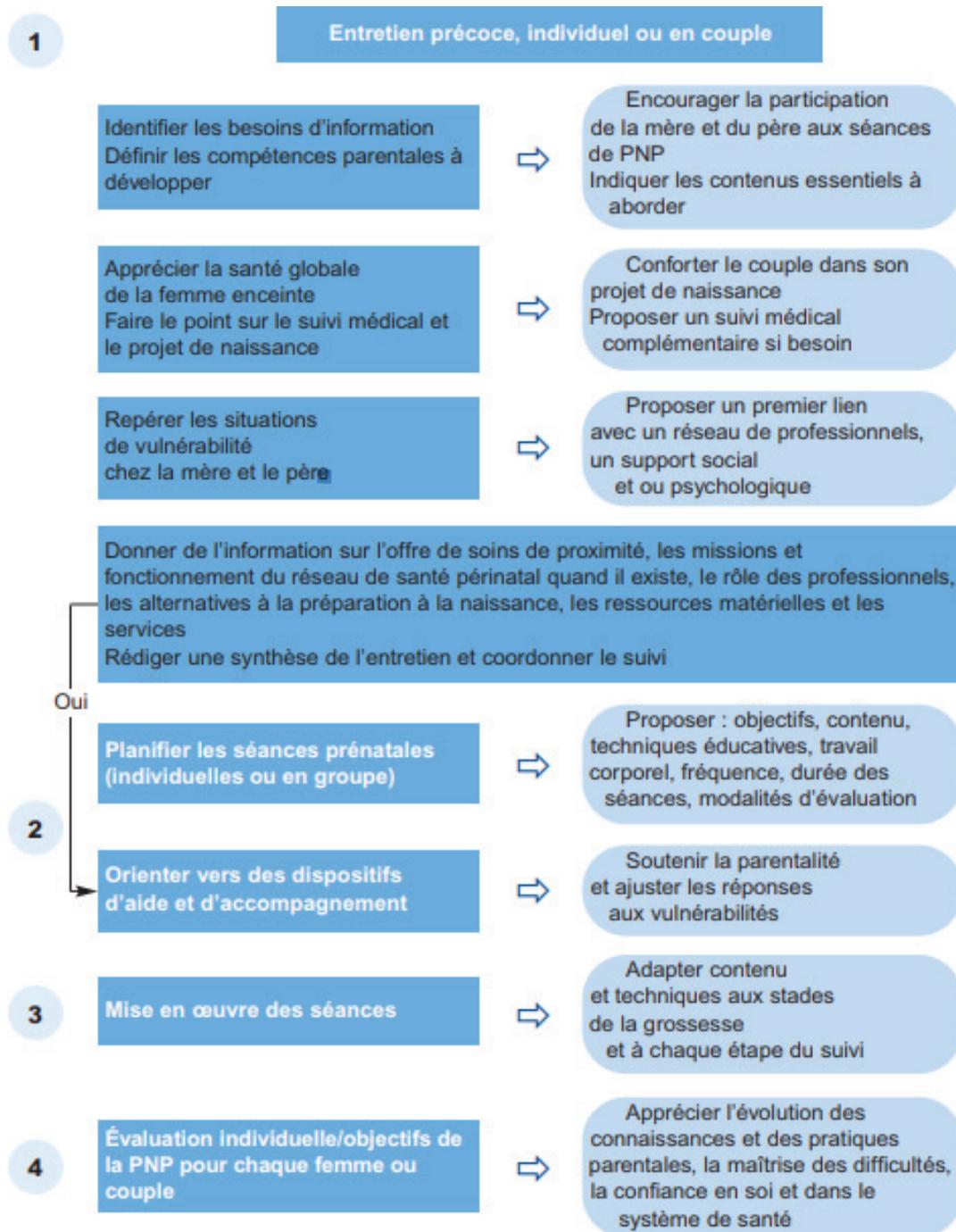
ANNEXE I : DEFINITION ET LISTE DES PRINCIPAUX FACTEURS DE VULNERABILITE.....	<b>V</b>
ANNEXE II : ETAPES DE LA DEMARCHE DE PREVENTION, D'EDUCATION ET D'ORIENTATION POUR LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE .....	<b>VI</b>
ANNEXE III : EXEMPLE DE GUIDE D'ENTRETIEN (HAS) .....	<b>VII</b>
ANNEXE IV : LISTE DES QUESTIONS POUR FAIRE PREUVE DE DISCERNEMENT AU MOMENT DE LA TRANSMISSION INTERPROFESSIONNELLE D'INFORMATION SELON LA HAS .....	<b>VIII</b>
ANNEXE V : DOCUMENT RELATIF A L'EPP, DISPONIBLE SUR LE SITE DU CH DE GRASSE .....	<b>IX</b>
ANNEXE VI : FICHE DE SYNTHESE ET DE TRANSMISSION DE L'EPP FOURNIE PAR LE RESEAU MEDITERRANEEN.....	<b>X</b>
ANNEXE VII : SYNTHESE DE L'EPP DEVANT ETRE REMISE A LA PATIENTE QUI A SUIVI UN EPP A LA MATERNITE DE GRASSE .....	<b>XI</b>
ANNEXE VIII : TABLEAU DES RECOMMANDATIONS HAS, EN MIROIR DES ITEMS DU LOGICIEL INFORMATIQUE DE GRASSE, DXCARE .....	<b>XII</b>
ANNEXE IX : TRAME POUR LE RECUEIL DES DONNEES SUR DOSSIER DE L'ETUDE .....	<b>XIII</b>
ANNEXE X : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SAGES-FEMMES DE LA MATERNITE DE GRASSE (ETUDE 2).	<b>XIV</b>

## ANNEXE I : Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

*La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ». Principaux facteurs de vulnérabilité :*

- Les antécédents obstétricaux mal vécus : grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- La violence domestique, en particulier conjugale.
- Le stress : relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation (challenge à surmonter, menace à laquelle elle peut succomber). Il est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée.
- Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- Un épisode dépressif : perte d'intérêt, de plaisir, d'élan vital pour presque toutes les activités.
- La dépression du post-partum est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du post-partum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- La naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

ANNEXE II : Etapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et à la parentalité



**ANNEXE III :** Exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situation de vulnérabilité chez la femme, ou le couple (HAS)

<p><b>« Qui est la femme enceinte »</b></p>	<p>Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale, niveau d'arrêt des études Niveau de ressources, couverture sociale Habitat (commodités, vétusté)</p>
<p><b>« Ce que la femme vit et a vécu »</b> <b>« Ce qu'elle ressent »</b></p>	<p>Suivi de la grossesse Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés Vécu de la grossesse précédente Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.) Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)</p>
<p><b>« Ce qu'elle fait »</b></p>	<p>Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité</p>
<p><b>« Ce qu'elle sait » et « Ce qu'elle croit »</b></p>	<p>Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant</p>
<p><b>« Se sent-elle menacée et par quoi »</b></p>	<p>Relations dans le couple Violence domestique, en particulier conjugale Stress, anxiété, troubles du sommeil Signes évocateurs d'un épisode dépressif Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) Précarité Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale) Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap</p>
<p><b>« Ce dont elle a envie »</b></p>	<p>Projet de naissance Préparation à la naissance et à la parentalité</p>
<p><b>« Ce qu'elle veut connaître et apprendre »</b></p>	<p>Connaissances, savoir-faire, attitudes (cf. chapitre sur les compétences)</p>
<p><b>« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »</b></p>	<p>Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse Attentes face aux décisions à prendre et aux changements envisagés Perception du besoin d'aide et d'accompagnement</p>

**ANNEXE IV** : Liste des questions pour faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information selon la HAS

Les questions suivantes peuvent aider les professionnels impliqués dans un réseau périnatal à faire preuve de discernement au moment d'un passage d'information (adapté d'un document de réflexion sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance édité par le ministère de la Communauté française de Belgique (Vander Linden Roegiers 2004).

- Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- Avec quelle retombée positive espérée ?
- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ?
- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

### III. LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE



Différentes préparations à la naissance sont proposées à la maternité de Grasse.

**Elles sont à programmer dès le 4<sup>ème</sup> mois au secrétariat.**

8 séances de préparation à la naissance sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

**Un entretien prénatal précoce** est à réaliser à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse. Cette entrevue avec une sage-femme permet de faire connaissance entre vous et l'équipe médicale, de vous guider dans le déroulement de la grossesse et d'aborder avec vous votre projet de naissance.

Il existe :

- 6 séances de **Préparation globale** : différents thèmes sont abordés : la grossesse, l'accouchement, les suites avec bébé. Elle comprend également la visite de la maternité et de la sophrologie.
- 2 séances de **Préparation « accélérée »** proposées par les sages-femmes de PMI
- Séances de **Préparation en Piscine** : cette préparation est réalisée à la piscine de TopFit à Antibes par des sages-femmes de l'hôpital de Grasse
- Pour les patientes souhaitant un **parcours physiologique**, 2 Entretiens spécifiques sont à effectuer avec une sage-femme pour échanger autour de l'accouchement en salle physiologique et renforcer votre préparation.

La maternité vous propose également d'autres types de consultations pour préparer et vivre au mieux votre grossesse :

- Séances d'**Hypnose** : l'hypnose est proposée en tant que préparation à la naissance pour la gestion de la douleur ou pour tout autre motif tel que gestion du stress, anxiété, arrêt tabac...
- **Entretien motivationnel à l'arrêt du tabac**
- **Consultations allaitement** : il est intéressant de préparer sereinement son allaitement

ANNEXE VI : Fiche de synthèse et de transmission de l'EPP fournie par le réseau méditerranéen

 <b>ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE</b>									
<p><b>Fiche de synthèse et de transmission</b></p> <p><b>Le remplissage de cette fiche se fait avec l'accord et la participation de la patiente / du couple.</b> 1 exemplaire blanc pour la patiente, 1 vert pour le praticien, 1 bleu anonyme pour le réseau</p>									
<p>NOM Patiente : _____</p> <p>PRENOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>Telephone: _____</p> <p>NOM Conjoint : _____</p>	<p><b>A PROPOS DE L'ENTRETIEN</b> propose par:</p> <p><input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> gynécologue <input type="checkbox"/> médecin généraliste <input type="checkbox"/> autre :</p> <p>NOM du professionnel qui suit la grossesse : _____</p> <p>Lieu d'accouchement prévu : _____</p> <p>Connaissance du réseau par la patiente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pendant l'entretien</p>								
<p>ENTRETIEN réalisé le : / /      AG:    SA    TP:      Gest:      parité:      Age :</p> <p><input type="checkbox"/> en couple    <input type="checkbox"/> individuel</p>									
<p>Profession du conjoint: _____      Age: _____</p>									
<p>Couverture sociale : <input type="checkbox"/> SS + mutuelle    <input type="checkbox"/> SS    <input type="checkbox"/> CMU    <input type="checkbox"/> RSA    <input type="checkbox"/> NAS</p>									
<p><b>NOM DU CONSULTANT:</b></p> <p>Profession : <input type="checkbox"/> SF    <input type="checkbox"/> médecin      Lieu d'exercice : <input type="checkbox"/> CH    <input type="checkbox"/> clinique privée    <input type="checkbox"/> cabinet privé    <input type="checkbox"/> PMI    <input type="checkbox"/> à domicile</p>									
<p style="text-align: center;"><b>ATCD marquants et santé globale</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Environnement social et familial</b></p> <p>Profession patiente:      W    <input type="checkbox"/>             Arrêt W    <input type="checkbox"/>             Chomage    <input type="checkbox"/></p>								
<p style="text-align: center;"><b>Projet de naissance et attentes personnelles</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Ressentis</b></p>								
<p>Prepac: oui - non- MSP          Allaitement: maternel - artificiel- MSP</p>									
<p><b>Soutien(x) proposé(s)</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PMI</td> <td><input type="checkbox"/> assistante sociale</td> <td><input type="checkbox"/> consult. tabac</td> <td><input type="checkbox"/> SF libérale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> psychologue</td> <td><input type="checkbox"/> diététicienne</td> <td><input type="checkbox"/> médecin du travail</td> <td><input type="checkbox"/> autre :</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> PMI	<input type="checkbox"/> assistante sociale	<input type="checkbox"/> consult. tabac	<input type="checkbox"/> SF libérale	<input type="checkbox"/> psychologue	<input type="checkbox"/> diététicienne	<input type="checkbox"/> médecin du travail	<input type="checkbox"/> autre :
<input type="checkbox"/> PMI	<input type="checkbox"/> assistante sociale	<input type="checkbox"/> consult. tabac	<input type="checkbox"/> SF libérale						
<input type="checkbox"/> psychologue	<input type="checkbox"/> diététicienne	<input type="checkbox"/> médecin du travail	<input type="checkbox"/> autre :						
<p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>RON/RSA.D/Fiche de synthèse EPP version 3</span> <span>octobre 2012</span> </p>									

ANNEXE VII : Synthèse de l'EPP devant être remise à la patiente qui a suivi un EPP à la maternité de Grasse



## SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE

### ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Fiche de synthèse et de transmission Réseau PACA-Corse Sécurité Naissance  
(établie avec l'accord et la participation de la patiente / du couple)

#### A PROPOS DE L'ENTRETIEN

Date de l'entretien :  
Réalisé par , sage femme exerçant au Centre Hospitalier de GRASSE (EPS)  
Entretien proposé :  
Déroulement de l'entretien :  
Connaissance du réseau par la patiente :

#### A PROPOS DE LA GROSSESSE

Nom du professionnel qui suit la grossesse :  
Date d'accouchement prévisionnel : (Important) 09/11/2018 (estimée à partir de )  
Lieu d'accouchement prévu : Centre Hospitalier de GRASSE  
Terme au moment de l'entretien : (SA) et j.

#### DONNEES PATIENTE

Profession :  
Couverture sociale : Affilié(e) Sécurité Sociale Mutuelle Affilié(e) Sécurité Sociale Mutuelle  
Profession conjoint :  
Gestité : (Important) Parité : (Important)  
Nombre d'IVG : 0  
Nombre de fausses couches spontanées : 0  
Nombre et âge des enfants :  
Prise de médicaments :  
Tabac :  
Alcool :

**ATCD marquants et santé globale**

**Environnement social et familial**

**Projet de naissance et attentes personnelles**

**Ressentis**

#### CONCLUSIONS

---

Hôpital Clavary - B.P. 53149 - 06135 GRASSE CEDEX - <http://www.ch-grasse.fr>  
Tél. Rendez-vous : 04.93.09.52.51 ou 04.93.09.52.52 – Courriel : [secretariat.gyneco@ch-grasse.fr](mailto:secretariat.gyneco@ch-grasse.fr)  
Secrétariat Service de gynécologie : 04.93.09.52.77  
Urgences Gynécologiques et Obstétricales : 04.93.09.52.99

**ANNEXE VIII** : Tableau des recommandations HAS, en comparaison avec les items du logiciel informatique de Grasse, DxCare

***Traçabilité des recommandations dans les items de la trame DxCare***

<i>Recommandations de la HAS</i>	Oui	Non	Items sur DxCare correspondant aux recommandations
<i>Climat tonalité de la rencontre</i>	X		« Ressenti » « Observations »
<i>Expression des besoins, attentes, préoccupations, difficultés de la femme</i>	X		« Projet de naissance et attentes personnelles »
<i>Besoins d'information et compétences à développer par la femme ou/le couple</i>	X		« Attentes »
<i>Difficultés facteurs de vulnérabilité</i>	X		« ATCD marquants et santé globales » « Nombre et âge des enfants » « Environnement social »
<i>Troubles somatiques, difficultés psychologiques et sociales</i>	X		« ATCD marquants et santé globales » « Environnement social » « Observations »
<i>Orientation médicales et dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés</i>	X		« Soutien proposé »
<i>Contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social</i>	X		« Soutien proposé »
<i>Suivi envisagé avec l'évaluation régulière de la situation à chaque étape de la PNP : amélioration des connaissances et des compétences parentales, utilité, efficacité des dispositifs mis en place</i>	X		« PNP envisagée »
<i>Coordonnées de la/des personnes qui occupent ou partagent la fonction de coordination</i>	X		Identification de la sage-femme en début d'entretien
<i>Synthèse remis par la sage-femme</i>	X		Enregistrement dans le dossier
<i>Accord de la femme recueilli</i>	X		Item présent

**ANNEXE IX : Trame utilisée pour le recueil des données sur dossiers de l'étude 1**

Traçabilité des items	Oui	Non	Non Applicable	Commentaires
Onglet DXCARE rempli				
Provenance de la femme				
Connaissance réseau				
Modalité d'entretien				
Antécédents marquants et santé globale				
Nombre et âge des enfants				
Environnement social et familial				
Projet de naissance et attentes personnelles				
Ressentis				
PNP envisagée				
Allaitement envisagé				
Soutien proposé				
Accord donné par la patiente				
Observations				
Synthèse enregistrée dans le dossier patient (supposée donnée à la patiente)				

Données relevées dans le dossier obstétrical			
	A risque	Non à risque	Commentaires
Situation sociodémographique			
Situation psychologique			
Consommation de toxiques			
Antécédents médicaux			
Antécédents chirurgicaux			
Antécédents gynécologiques			
Antécédents obstétricaux			
Antécédents familiaux			
Antécédents paternels			
Grossesse suivie par	Sage-femme/Gynécologue/Médecin Généraliste/PMI Libéral/Hospitalier		
Date du premier contact	Identique / Différente de l'entretien prénatal		
PNP	Réalisée (type) / Non réalisée		
Consultation avec un spécialiste	Oui (spécialisation – critère d'orientation) / Non		
Accouchement selon projet	Oui / Non		
Allaitement souhaité	Oui / Non		
Sortie précoce	Oui / Non		

## ANNEXE X : Questionnaire destiné aux sages-femmes de la maternité de Grasse

### Évaluation des pratiques professionnelles sur l'entretien prénatal

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je réalise une enquête auprès des professionnels ayant réalisé des entretiens prénataux en 2017 et 2018 au centre hospitalier de Grasse.

Je me permets de vous solliciter afin de répondre aux questions suivantes de manière anonyme.

Je vous suis reconnaissante de l'attention que vous m'accorderez.

Lisa Noutary, étudiante sage-femme en dernière année de l'école de Nice

**\*Obligatoire**

### L'entretien

1. **Proposez-vous l'entretien prénatal à toutes les patientes ?** \* *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

2. **Sinon, pourquoi ?**

---

3. **Suite à l'entretien, vous arrive-t-il de proposer un second entretien ?** \* *Une seule réponse possible.*

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

4. **Dans votre pratique, l'entretien prénatal dure ...** \* *Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
45 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45min – 1h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. **Lors de l'entretien, vous** \* *Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Laissez la femme/couple s'exprimer librement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisez un interrogatoire à l'aide de questions fermées afin d'avoir des réponses précises	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posez des questions ouvertes lorsque la patiente/couple n'a pas de sujet à aborder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 **Lors du travail en réseau avec les différents professionnels (psychologues, diététiciens, assistantes sociales, PMI, sages-femmes libérales, autres centres hospitaliers...), vous adressez vos patientes vers...** \* *Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Des professionnels intra-hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des professionnels extra-hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des professionnels à proximité du lieu d'habitation de la patiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Traçabilité et confidentialité

7. **Donnez-vous une copie de la synthèse de l'entretien à la patiente, lorsque celui-ci est terminé ?** \*

*Une seule réponse possible.*

- Jamais  
 Rarement  
 Souvent  
 Toujours

8. **Sinon, pourquoi ?**

\_\_\_\_\_

9. **Informez-vous la patiente, concernant le partage des informations récupérées lors de l'entretien ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

10. **Vous arrive-t-il de ne pas retranscrire dans le dossier certains éléments de l'entretien ? \*** *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

11. **Si oui, dans quels cas ?** *Plusieurs réponses possibles.*

- Refus de la patiente
- Antécédents de grossesse/IVG/IMG
- Doute sur la paternité
- Difficultés financières
- Consommation de toxiques
- Violences
- Autre :

12 **Si oui, comment transmettez-vous ces informations aux autres professionnels pour une éventuelle prise en charge complémentaire ?**

---

### Concernant votre formation

13. **Quelle est votre année d'obtention du diplôme de sage-femme ? \***

---

14. **Depuis quand pratiquez-vous des entretiens ? \*** *Une seule réponse possible.*

- Moins d'un an
- Depuis 1 à 5 ans
- Depuis plus de 5 ans

15. **Réalisez-vous ces entretiens ...** \* *Plusieurs réponses possibles.*

- Par souhait  
 Par obligation (affectation au poste par cadre du service...)

16. **Dans quel contexte avez-vous été formée à l'entretien prénatal ?** \* *Plusieurs réponses possibles.*

- Formation initiale  
 Formation spécifique d'une durée <3 jours  
 Formation spécifique d'une durée de 3 à 7 jours  
 Formation spécifique de plus de 7 jours  
 Aucune formation  
 Autre : \_\_\_\_\_

17. **Lors de votre formation, avez-vous été formée aux techniques d'entretien ?** *Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Formation initiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation spécifique à l'entretien prénatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. **Souhaiteriez-vous approfondir votre formation sur l'entretien prénatal ?** \* *Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

19 **Seriez-vous favorable à l'instauration de rencontres, entre professionnels de périnatalité (sages-femmes hospitalières, libérales, pmi, assistantes sociales, psychologues...) afin d'échanger sur vos pratiques et situations ?** \* *Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

20. **Sinon, pourquoi ?**

\_\_\_\_\_

## Amélioration de la trame DxCare

21. Êtes-vous satisfaite de la trame DxCare, outil permettant d'organiser la récolte d'informations lors de l'entretien ? \* *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

22. Selon vos pratiques, le guide d'entretien DxCare permet-il la réalisation d'un entretien de qualité ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

23. Sinon, pourquoi ?

\_\_\_\_\_

24. Suite à mon étude sur dossiers, j'ai découvert que certains points étaient systématiquement renseignés lors de l'entretien, cochez ceux qui vous semblent importants à ajouter dans l'outil DxCare : \* *Plusieurs réponses possibles.*

Terme de la grossesse au moment de l'entretien

Lieu de la préparation à la naissance et à la parentalité (extra ou intra-hospitalier)

Information sur l'activité de la femme (en arrêt de travail, congé maternité ou congé pathologique)

Ajouter des items "ne sait pas à ce jour" concernant l'allaitement ou la préparation à la naissance

Aucune modification de la trame n'est nécessaire

Autre : \_\_\_\_\_

## Fin du questionnaire

25 Merci d'avoir répondu à ces questions, vous pouvez inscrire des remarques ci-dessous si vous le désirez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE

---

ECOLE DE SAGE-FEMME DE NICE

Année 2019

---

**Titre :** L'entretien prénatal précoce : Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes de la Maternité Clavary, Centre Hospitalier de Grasse

**Résumé :**

**Objectif :** Analyser les contextes de réalisation des entretiens et le contenu des synthèses en comparaison avec les recommandations de la HAS, afin de proposer des axes d'amélioration.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique sur 374 dossiers durant la période 2017-2018, se déroulant dans la maternité de Grasse. Une grille d'audit a été élaborée à partir des recommandations de la HAS et un questionnaire destiné aux sages-femmes a permis de compléter la première étude sur dossiers.

**Résultats :** Les recommandations sont respectées dans plus de 80% des dossiers étudiés, pour 11 critères sur 15 recherchés. On note cependant que 30.2% des EPP ont été réalisés le même jour que l'ouverture du dossier, le réseau est expliqué à 67.2% des patientes, le climat de l'entretien n'est décrit que dans 5.9% des cas et les coordonnées des spécialistes vers lesquels sont orientés les couples sont rarement notifiées.

**Discussion et conclusion :** Plusieurs axes d'amélioration se présentent : la sensibilisation des professionnels de la périnatalité à l'entretien, la nécessité de développer des formations spécifiques, la création d'un outil de traçabilité de la synthèse dans le cadre du travail en réseau, et enfin le renforcement de l'information donnée aux patientes.

**Mots clefs :** Entretien prénatal précoce, évaluation des pratiques professionnelles, sages-femmes, réseau

---

**Title:** Early prenatal interview: Evaluation of the professional practices of midwives in the Grasse maternity hospital, Clavary

**Abstract:**

**Aims:** Analyse execution of the interview and synthesis filling according to the recommendations of the HAS, in order to suggest improvements.

**Methods:** this is a retrospective monocentric study of 374 files during 2017 and 2018 in the Grasse maternity hospital. It includes an audit grid and a questionnaire for midwives.

**Results:** More than 80% of files include 11 out of 15 criteria in comply with the recommendations of HAS. 30,2% of interviews took place on the opening day of the file. Networking is explained to 67,2% patients, the ambience is described in 5,9% of cases, and specialists' contacts details are not often specified.

**Discussion and conclusion:** several improvements concern awareness of perinatal professionals conducting interview, development of specific training and also the creation of a traceability tool related to the synthesis as part of a network. Moreover, the information regarding interviews given to patients, has to be enhanced.

**Keywords:** Early prenatal interview, evaluation of the professional practices, midwives, perinatal network