HAL
open science

Modalités et conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes du territoire brestois. Étude transversale descriptive rétrospective menée à Brest du 1er au 31 août 2016 auprès de 315 accouchées

Anouk Clairon

To cite this version:

Anouk Clairon. Modalités et conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes du territoire brestois. Étude transversale descriptive rétrospective menée à Brest du 1er au 31 août 2016 auprès de 315 accouchées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01559103

HAL Id: dumas-01559103

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559103

Submitted on 10 Jul 2017

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Ecole de SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

« Modalités et conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes du territoire brestois. »

Etude transversale descriptive rétrospective menée à Brest du 1er au 31 août 2016, auprès de 315 accouchées

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

Présenté et soutenu par Anouk CLAIRON

Née le 18/08/1987

Directeur de mémoire : Mme BLANCHOT ISOLA Christine, sage-femme territoriale (91) et chargée de mission de PMI auprès du réseau Périnat IF Sud.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Anouk CLAIRON

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteurs ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

REMERCIEMENTS

Je remercie

Madame Christine ISOLA, sage-femme territoriale (91) et chargée de mission de PMI auprès du réseau Périnat IF Sud, directrice de ce mémoire, pour ses conseils, sa disponibilité et ses corrections.

Madame Anne MOAL, directrice de l'école de sage-femme de Brest, pour sa bienveillance et son soutien dans l'élaboration de ce travail

Madame Françoise BERTSCHY, sage-femme coordonnatrice du Réseau de Périnatalité e Bretagne Occidentale pour m'avoir permis d'accéder aux données statistiques récoltées par le RPBO.

Toutes les femmes ayant accepté de prendre le temps de répondre à mon questionnaire.

Je remercie également,

Toutes mes camarades de promotions et en particulier Noluenn, Camille, Manon et Justine, mon équipe de babys sitters de choc et leur soutien sans faille.

Titouan, mon expert statistiques, pour son savoir et son extrême patience !

Claire, pour son aide entre deux nausées de grossesse,

Yann pour sa relecture attentive,

Yohan pour sa présence dans les bons comme dans les mauvais moments, pour notre passé et notre avenir ensemble,

Eliott qui m'a prouvé qu'il est possible de dormir 3 heures par nuit et d'accomplir tout un tas de choses quand même !

Ma famille qui m'a soutenu dans ce projet un peu fou…

SOMMAIRE

I - GLOSSAIRE 1

II - INTRODUCTION 2

III - MATERIELS ET METHODES 3

1. Objectif de l'étude 3

2. Type d'étude 3

3. Population et méthode de sélection 3

3.1 Description de la population 3

3.2 Critères d'exclusion 4

4. Durée de l'étude 4

5. Modalités et recueil des données 4

5.1 Accord pour l'étude 4

5.2 Modalité de recueil des données 5

5.3 Logiciel de recueil et de traitement des donnés 5

IV - RESULTATS 6

1. Taux de participation à l'étude 6

2. Caractéristiques de la population 7

3. Incidence de l'entretien prénatal précoce 7

4. Conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce 8

4.1 Moment de réalisation de l'entretien prénatal précoce 8

4.2 Présence du conjoint à l'entretien 9

4.3 Professionnels ayant présenté l'entretien 10

4.4 Connaissance par les couples de l'entretien prénatal précoce avant sa réalisation .11

4.5 Contenu de l'entretien 12

4.6 Apports et intérêts de l'entretien 12

4.7 Vécu de l'entretien.....14

5. Femmes n'ayant pas bénéficié d'entretien prénatal précoce.....15

6. Accessibilité et intérêts de l'entretien prénatal précoce 17

V - DISCUSSION 18

1. Limites et forces de l'étude 18

1.1 Questionnaire et exclusions.....18

1.2 Population 19

2. Principaux résultats 20

2.1 Prévalence de l'EPP 20

2.2 Articulation avec les cours de préparation à la naissance 21

2.3 Information en amont et orientation vers l'EPP 22

2.4 Réalisation de l'EPP 24

2.5 Travail en réseau.....25

VI - CONCLUSION.....26

VII - BIBLIOGRAPHIE 28

VIII - ANNEXES 30

I - GLOSSAIRE

AMP : Assistance médicale à la procréation

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

CSP : Catégories socio professionnelles

EPP : Entretien prénatal précoce

FC : Fausse couche

FFRSP : Fédération Française des réseaux de périnatalité

HAS : Haute autorité de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMG : Interruption médicale de grossesse

MFIU : Mort fœtale in utéro

PPN : préparation à la parentalité et à la naissance

RPBO : Réseau de périnatalité de Bretagne occidentale

RSP : réseaux de périnatalité

SA : semaines d'aménorrhées

II - INTRODUCTION

En janvier 2004, dans la perspective de l'élaboration d'un nouveau plan de périnatalité Françoise Molenat argumentait l'idée d'instaurer un entretien prénatal précoce individuel (1). Sa proposition sera entendue et considérée comme la « mesure phare » (2) du plan périnatalité 2005-2007. Présenté sous le nom « d'entretien individuel du 4e mois », il est mis en avant dans la première partie intitulée « Humanité ». L'idée est de pouvoir permettre aux femmes ou aux couples de rencontrer un professionnel de santé, durant un temps non médical, d'échange. Ce temps permettra de mieux structurer la prise en charge en termes de préparation à la naissance et à la parentalité. La volonté affichée des rédacteurs du texte a été à l'époque d'établir une dimension plus humaine dans le suivi de la femme et de sa grossesse, notamment dans le but d'assurer la « sécurité émotionnelle (3) » des femmes enceintes. L'HAS dans ses recommandations aux professionnels (4) établit que parmi les objectifs de cet entretien, on retrouve la volonté de « créer des liens sécurisants » avec la femme enceinte.

A l'époque Françoise Molenat s'en félicitera et se réjouira du fait que le législateur « place désormais la sécurité émotionnelle des femmes enceintes au même niveau que la sécurité somatique, au centre de la préoccupation obstétrique ».

Conformément aux dispositions du plan périnatalité, un entretien individuel et/ou en couple doit « être systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes ou aux futurs parents, au cours du 4e mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant » (3) Le projet est alors doté d'un budget confortable (26 millions d'euros sur 3 ans) afin de faciliter la mise en œuvre de la formation des professionnels et la généralisation de ce nouvel élément dans le suivi de grossesse classique - toutefois au prix de la suppression d'une séance de préparation à la naissance.

Près d'une dizaine d'années après la mise en œuvre de ce dispositif, quel état des lieux pouvons-nous faire ? L'entretien fait-il partie intégrante du suivi de grossesse des femmes en France ? Comment est-il proposé et réalisé dans l'esprit dans lequel il avait initialement été envisagé par Françoise Molenat ?

III - MATERIELS ET METHODES

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les modalités et les conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce chez les patientes accouchant à Brest. Nous pensons que certaines catégories de patientes et/ou de couples sont plus souvent écartées de l'entretien. Nous analyserons également les raisons du refus de la patiente lorsque l'entretien lui a été proposé. Le cas échéant, il sera intéressant de dégager des axes de progression afin de généraliser la réalisation ou au moins la présentation et la proposition de l'entretien à l'ensemble des couples attendant un enfant.

Cette étude est motivée par l'impression personnelle que lorsqu'il est réalisé, l'entretien ne se déroule pas toujours dans l'esprit dans lequel il a été pensé. Il s'agit d'une donnée importante : il y va de l'intérêt des patientes mais également de la pérennité du dispositif. Si l'entretien prénatal ne semble être qu'une formalité administrative aux yeux de la femme, elle risque de ne pas réitérer l'expérience au cours d'une grossesse ultérieure alors même qu'elle en aurait cette fois un besoin plus accru.

L'objectif secondaire de l'étude est d'identifier ce que les femmes ont compris de l'entretien lorsqu'elles y ont eu accès et quel a été leur vécu.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale, descriptive et rétrospective, sur base de questionnaires anonymes. Plusieurs éléments qualitatifs permettent d'évaluer le vécu des femmes sur leur grossesse, et l'entretien le cas échéant.

3. Population et méthode de sélection

3.1 Description de la population

L'étude concerne les accouchées des deux maternités de Brest, un CHRU de niveau III (Maternité A) et un établissement privé disposant d'une maternité de niveau II-A (Maternité B). Le questionnaire a été proposé de manière systématique à toutes les femmes, pendant leur séjour en maternité qu'elles aient ou non bénéficié de l'entretien.

Les maternités ont été choisies selon le type de structure (privé ou publique), permettant ainsi de ne pas biaiser les résultats du fait du recrutement de patientes uniquement dans l'une ou l'autre. Leurs activités respectives permettaient d'espérer un nombre suffisant de réponses. La délimitation géographique est le résultat d'un critère de faisabilité de l'étude, celle-ci nécessitant que l'on se rende sur place, tous les jours. Ce fonctionnement a permis d'expliquer le questionnaire aux patientes, de recueillir le consentement et de maximiser le taux de retour.

3.2 Critères d'exclusion

Certaines accouchées étaient exclues de l'étude :

- Les patientes présentes en maternité pour un autre motif que l'accouchement (hébergement grossesse pathologique) ou pour une mort fœtale in utero (MFIU), une interruption médicale de grossesse (IMG), un décès périnatal.
- Les patientes transférées en raison de leur état de santé en dehors des services de maternité ;
- Les patientes ne présentant pas un état de santé leur permettant de remplir le questionnaire (fatigue extrême, pathologie importante des suites de couches, problèmes visuels, troubles psychologiques/psychiatriques…) ;
- Les patientes ne présentant pas un niveau de français leur permettant de comprendre et remplir correctement le questionnaire ;
- Les patientes dont la grossesse n'a pas été suivie ou de façon très tardive (patientes arrivant de l'étranger, déni de grossesse total …) pour des raisons de pertinence : l'EPP n'ayant pas pu leur être proposé.

4. Durée de l'étude

Notre étude a été réalisée du 2 août au 3 septembre 2016, afin d'interroger toutes les patientes ayant accouché entre le 1er et le 31 août 2016.

Une phase d'essai des questionnaires a été réalisée en deux temps. La première a eu lieu le 13 juillet 2016 au CHRU et a concerné 9 patientes. La seconde s'est déroulée le 1er août au CHRU et à la maternité privée et a concerné 23 patientes ayant accouché avant le 1er août. Ces questionnaires ne sont pas inclus dans l'étude. Ces deux phases de test ont permis de modifier le questionnaire pour d'une part le rendre plus pertinent vis-à-vis du sujet de la recherche et d'autre part de le rendre plus compréhensible et facile à remplir pour les patientes.

5. Modalités et recueil des données

5.1 Accord pour l'étude

Un courrier a été envoyé par voie électronique aux cadres responsables des services ainsi qu'aux chefs de service de gynécologie obstétrique. Il a permis d'obtenir l'accord pour l'étude.

5.2 Modalité de recueil des données

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire anonyme [disponible en Annexe I] distribué dans les chambres des patientes. Nous nous sommes rendus tous les jours dans les services de maternité pour expliquer, distribuer et récupérer les questionnaires environ vingt-quatre heures après distribution.

Ce questionnaire, rédigé sur le logiciel Microsoft Word 2016, est constitué de trois parties principales : une partie commune à toutes les patientes, une partie concernant les patientes ayant bénéficié d'un entretien et une troisième partie concernant uniquement les patientes n'ayant pas bénéficié d'un entretien.

Six thèmes se détachent lors de la création du questionnaire. Sur le questionnaire disponible en annexe une couleur a été attribuée à chaque question afin de faire apparaitre l'intérêt et les informations que l'on souhaitait obtenir en fonction des réponses fournies :

- Information du public
- Indicateurs de risques (5)
- Antécédents
- Fragilité
- Précarité
- Pratique professionnelle
- Contenu de l'entretien
- Travail de réseau
- Impact/Vécu

Il a également été choisi d'intégrer le questionnaire EPICES (6) (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé), qui permet d'établir un score allant de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Le questionnaire est basé sur 11 questions à réponses fermées (oui/non) auxquelles sont associées des variables prédéterminées. Pour calculer le score il est nécessaire que toutes les questions soient complétées. Les questionnaires incomplets ont donc été exclus. Une évaluation du score par le CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé) a établi la pertinence de ce score (6) à titre individuel pour repérer des personnes en situations de précarité. Pour notre étude, nous avons retenu, à l'instar des centres d'examens de santé de l'assurance maladie, la valeur <30,17 (7) comme seuil de précarité (les sujets ayant un score inférieur sont considérés comme précaires).

5.3 Logiciel de recueil et de traitement des donnés

Pour procéder à la collecte et l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel Excel 2016 et la fonctionnalité de tableaux croisés dynamique permettant d'exploiter la base de

données brutes obtenue après report des questionnaires sur le tableau. Des analyses univariées puis multivariées ont été menées à partir de chaque information recueillie. Un test de khi² a été réalisé lorsque les effectifs étaient > à 5. Le résultat est considéré comme significatif lorsque $p<0,05$.

Les données de type qualitatif ont été traitées par catégorisation sémantique, ce qui a permis de faire émerger des thématiques spécifiques.

IV - RESULTATS

1. Taux de participation à l'étude

Sur la période du 1er au 31 aout 2016, 375 accouchements de naissances vivantes ont eu lieu dans les deux maternités concernées par l'étude (194 à la maternité privée et 181 au CHRU).

Sur les 375 femmes, **28 ont été exclues** :

- 16 femmes ne parlaient pas suffisamment bien la langue française.
- 5 n'avaient pas bénéficié de suivi de grossesse.
- 7 étaient dans un état de santé ne leur permettant pas de remplir le questionnaire.

La population incluse est donc de 351 accouchées. 328 questionnaires ont été distribués. 23 femmes n'étaient pas disponibles lors de nos différents passages en maternité. Cela concernait majoritairement des femmes dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie (N=15).

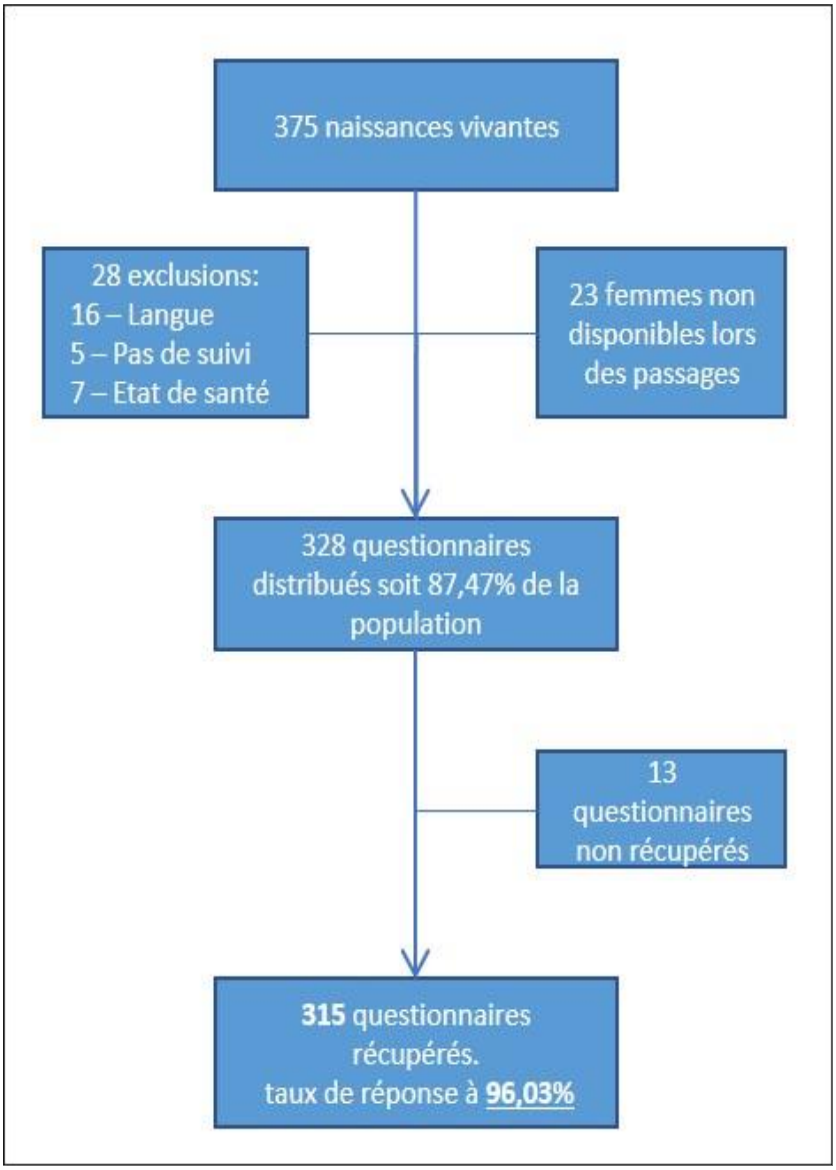

Figure 2

Sur les 328 questionnaires distribués, 315 ont été récupérés (taux de réponse de 96,03%). Au total ces questionnaires représentent **84% de la population** ciblée.

Tous les calculs ne seront pas réalisés sur la base de 315 réponses car certains questionnaires n'ont été que partiellement remplis. Ils étaient toutefois tous remplis à au moins 80%. Nous avons donc fait le choix de les conserver dans l'échantillon.

2. Caractéristiques de la population

La lecture des résultats dont l'intégralité est disponible en Annexe II nous permet de mettre en avant que 45,86% des femmes interrogées ont accouché à l'hôpital public et 54,14% à la maternité privée. La **moyenne d'âge** de la population étudiée est de **31,08 ans**. Les femmes ayant répondu aux questionnaires sont très majoritairement en couple : seules 2,22% (n=7) sont célibataires. La population est **majoritairement** composée **de primipares**. Pour leur suivi de prévention en gynécologie, ces femmes sont principalement suivies par des gynécologues (hospitaliers ou libéraux), ou par leur médecin généraliste.

Les professions déclarées ont été classées selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (8). Il n'a pas été relevé de lien significatif entre la CSP et la réalisation ou non de l'EPP. En revanche le **statut professionnel (actif ou inactif) est significativement lié à la réalisation d'un EPP** (p=0,04197). Les personnes actives avant et/ou au début de la grossesse sont plus nombreuses à en bénéficier (52,34% N=123 contre 27,84%, N=22 des inactives).

3. Incidence de l'entretien prénatal précoce

Pour la période donnée, **47,94% (N=151) des femmes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce**.

Les femmes n'ayant pas eu d'entretien (52,06%, N=164) pendant leur grossesse sont **67,08% (N=110)** à déclarer qu'**on ne le leur a pas proposé**. **37,20%** (N=61) des femmes n'ayant pas eu d'entretien **affirment qu'elles auraient aimé en avoir un** si on leur avait proposé.

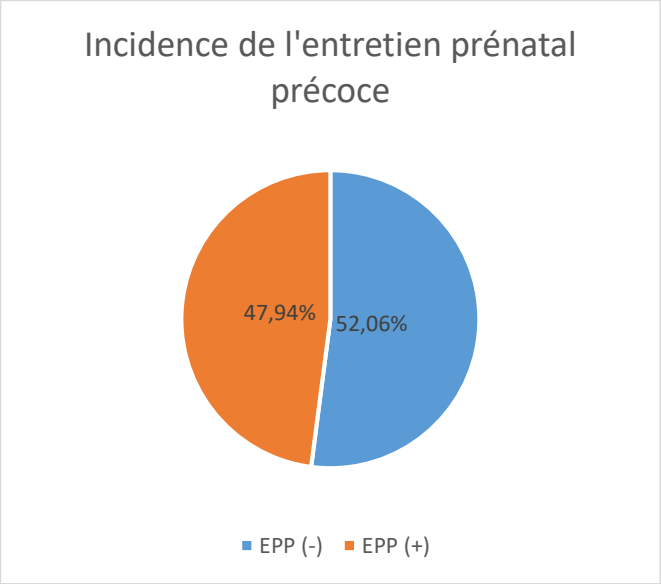

Figure 3

4. Conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce

Pour les 151 femmes ou couples ayant bénéficiés de l'entretien prénatal précoce au cours de leur grossesse, nous nous sommes intéressés à plusieurs éléments permettant de déterminer les conditions et modalités de réalisation de l'EPP.

4.1 Moment de réalisation de l'entretien prénatal précoce

L'entretien est **majoritairement réalisé entre le 4e et le 5e mois** de grossesse : 55,70% (N=83) des femmes ayant eu un EPP l'ont eu à cette période. 30,21% (N=45) des femmes l'ont eu entre le 6e et le 7e mois.

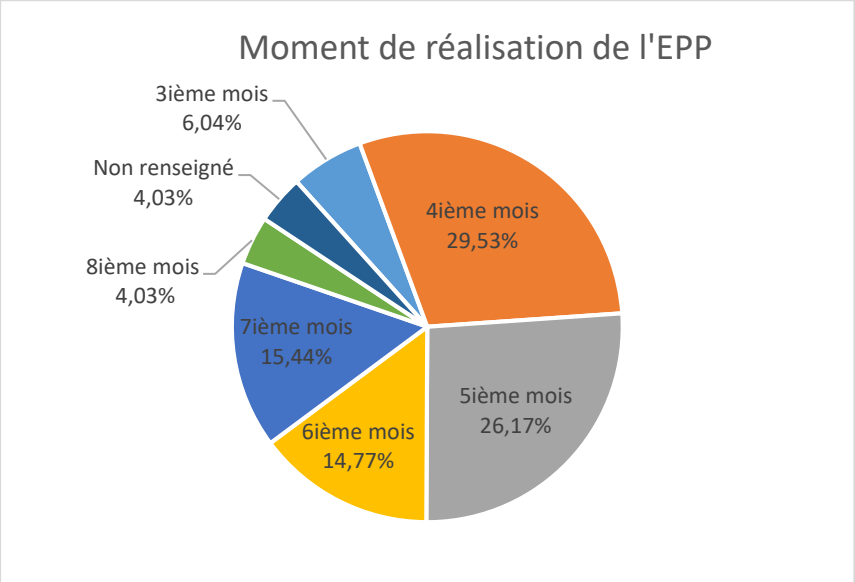

Figure 4

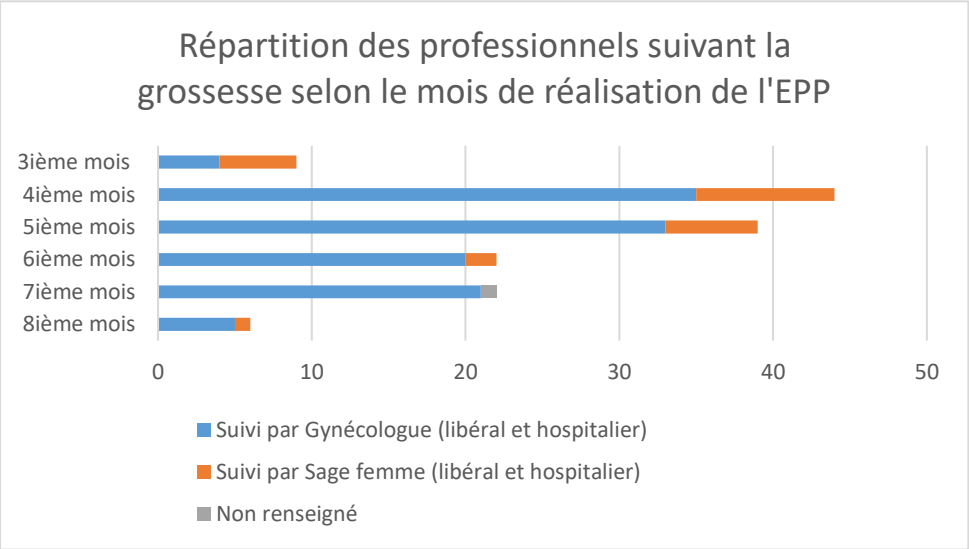

Figure 5

Pour une très large majorité de la population : 78,82% (N=116), le moment de la réalisation était le bon.

La plupart des femmes ayant trouvé que l'entretien était trop tôt (77,78% N=7) l'ont eu au 4e mois et parmi celles ayant trouvé que l'entretien avait eu lieu trop tard, 57,14% (N=4) l'ont eu au 7e mois de grossesse.

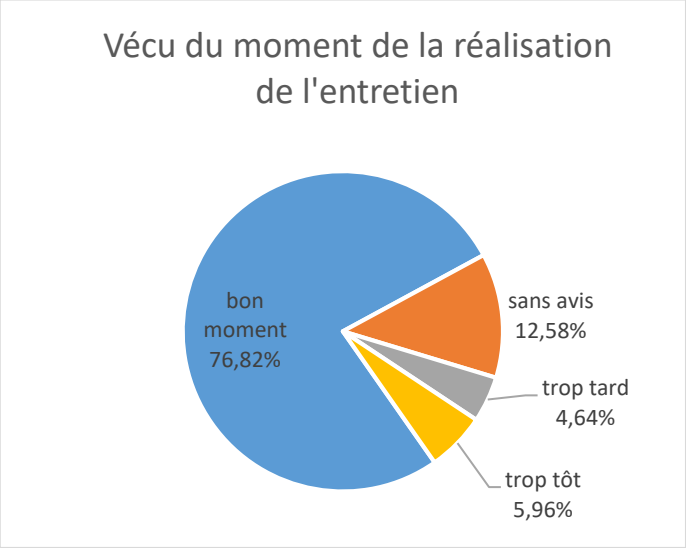

Figure 6

4.2 Présence du conjoint à l'entretien

Le conjoint était présent à 52% (N=78) des entretiens réalisés. Lorsqu'il n'était pas présent (N=72), dans **62,5% des cas (N=45) les patientes disaient qu'elles ne savaient pas que le conjoint était autorisé à les accompagner**. Parmi elles 51,11% (N=23) des femmes affirmaient qu'elles auraient souhaité qu'il soit là et 48,89% (N=22) qu'elles ne désiraient pas sa présence. Les patientes avaient la possibilité d'expliquer l'absence de leur conjoint au rendez-vous et ont donné les causes suivantes :

- Pas de conjoint (2,77% N=2)
- Ne voulait pas qu'il vienne (9,72% N=7)
- Le conjoint ne pouvait pas venir (45,83% N=33), la raison invoquée étant systématiquement des horaires inadaptés par rapport à son l'emploi du temps professionnel.
- Le conjoint ne désirait pas venir (20,83 % N=15)

4.3 Professionnels ayant présenté l'entretien

Les femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce ont reçu l'information de la possibilité de le réaliser en majorité par la sage-femme ayant réalisé la préparation à la naissance (54,97% N=83). 30,46% (N=46) ont été initiés par le professionnel qui suivait la grossesse (dont 89,13% étaient des gynécologues) et 13,25% l'ont été à l'initiative de la patiente (N=20).

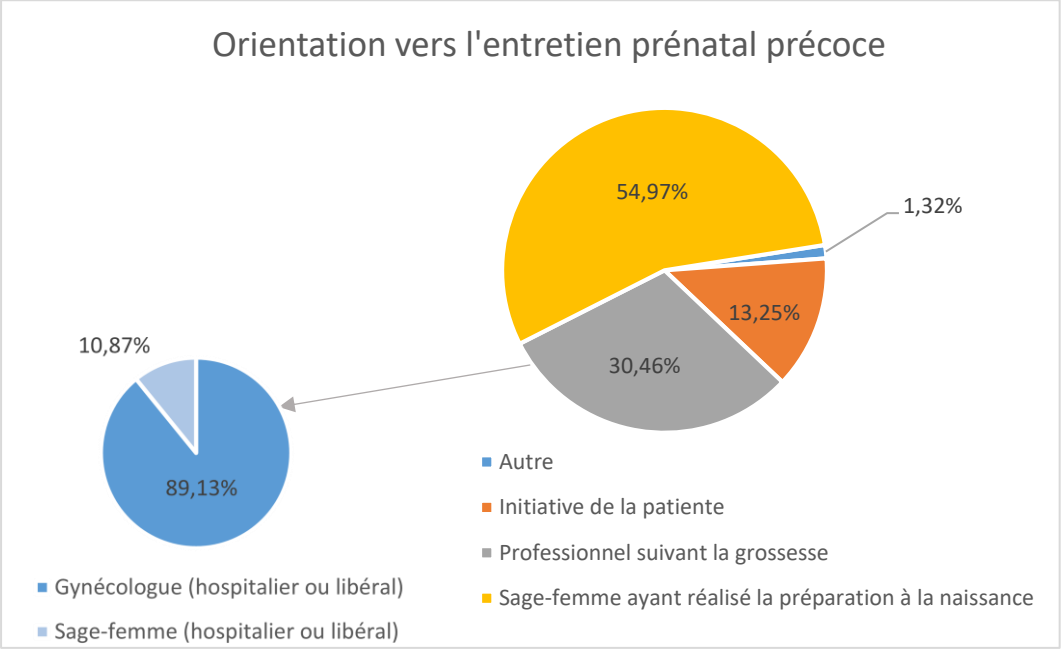

Figure 7

L'entretien prénatal précoce a été, pour notre échantillon, largement **réalisé par des sages-femmes (94,67% N=142)** et notamment par les sages-femmes ayant réalisé la préparation à la naissance. Seulement 4% (N=6) des entretiens l'ont été avec des gynécologues (hospitaliers ou libéraux).

Tableau 1

Professionnel ayant réalisé l'entretien prénatal précoce		
	N=	**%**
Sage-femme ayant réalisé la PPN	129	86%
Professionnel ayant suivi la grossesse	18	12%
Sage-femme	12	8%
Gynécologue hospitalier	4	2,67%
Gynécologue libéral	2	1,33%
Sage-femme de PMI	1	0,67%
Autre	2	1,33%

Ce chiffre nous amène à nous intéresser au nombre de femmes ayant bénéficié à la fois d'un entretien et d'une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : il est de 97,14% (N=137). A contrario, les femmes n'ayant pas bénéficié d'EPP sont 36,43% (N=51) à avoir participé à des cours de PNP.

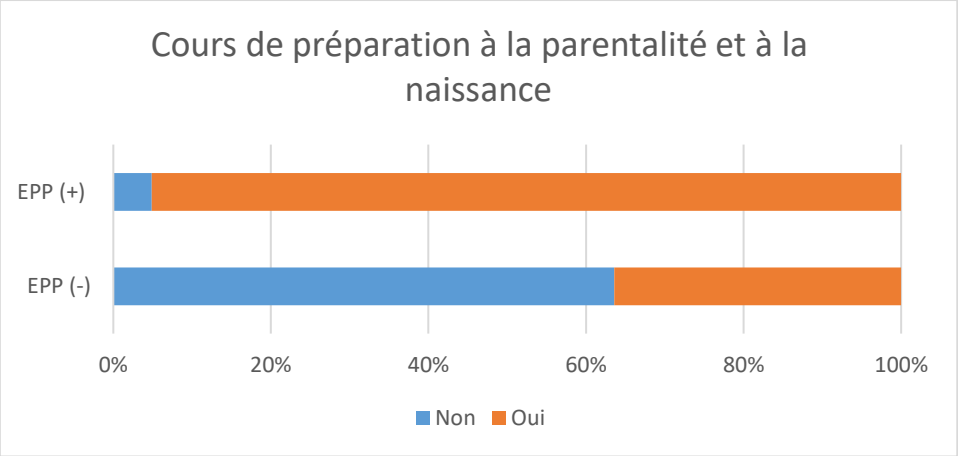

Figure 8

4.4 Connaissance par les couples de l'entretien prénatal précoce avant sa réalisation

Avant de réaliser l'entretien, 75,5% (N=115) des femmes affirmaient savoir ce dont il s'agissait, 21,19% (N=32) n'avaient pas d'idées sur l'objet de l'entretien et 3,31% (N=5) d'entre elles s'attendaient à quelque chose de différent. Lorsque cette réponse était choisie, il était demandé de préciser les attentes initiales. Une seule femme s'est exprimée à ce sujet : « je pensais parler de ma grossesse en cours et non pas de mes antécédents de fausses couches et IVG et de pourquoi ça a eu lieu. »

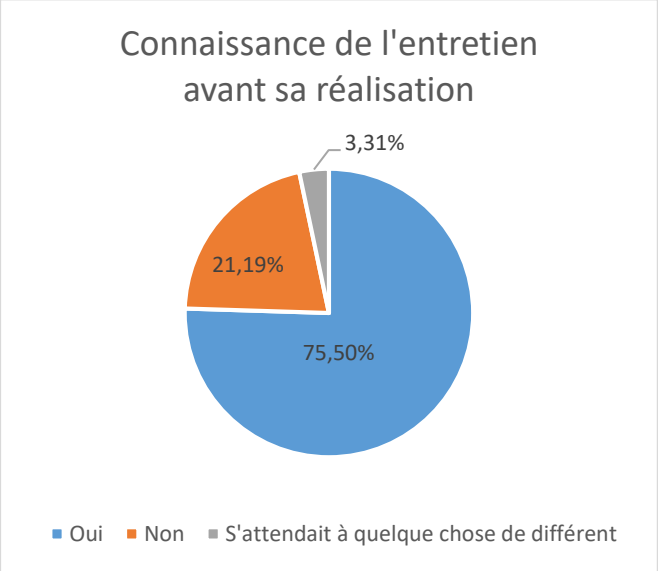

Figure 9

Lorsqu'elles savaient ce qu'était l'entretien prénatal précoce, il était demandé aux femmes de préciser la manière dont elles l'avaient appris. 58,28% (N=88) des parturientes avaient reçu une explication de la part d'un professionnel de santé. Pour 29 cas c'était le professionnel qui suivait la grossesse : 11 sages-femmes hospitalières ou libérales et 18 gynécologues

hospitaliers ou libéraux. Pour les 54 autres cas il s'agissait de la sage-femme ayant réalisé la PPN.

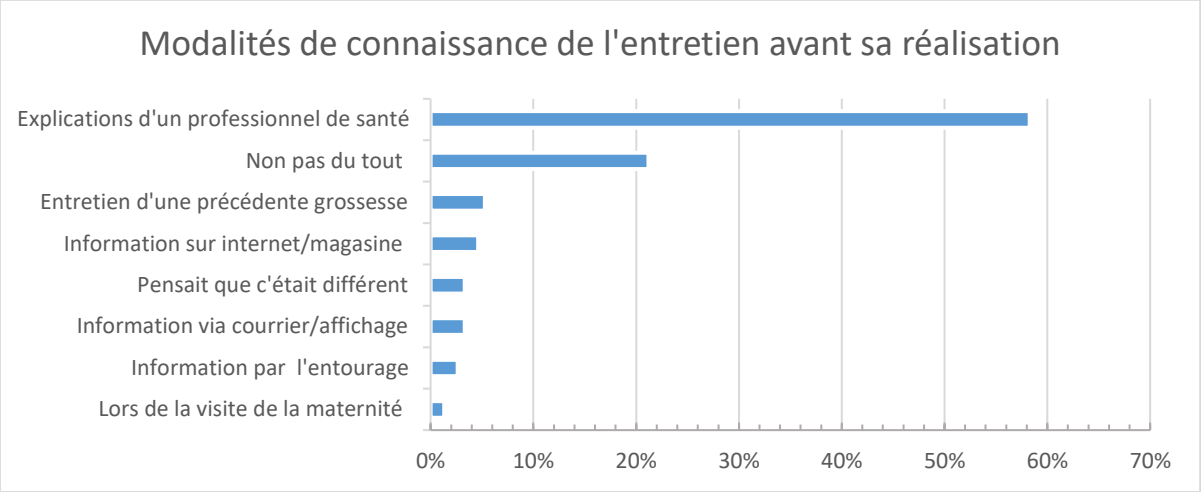

Figure 10

4.5 Contenu de l'entretien

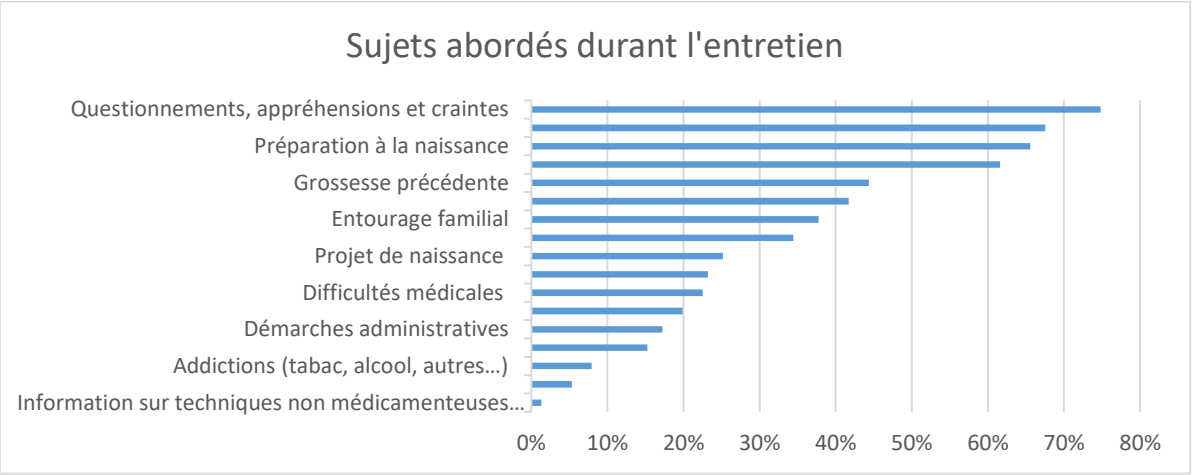

Figure 11

Cette question était une question à choix multiples pour laquelle plusieurs choix étaient possibles, une catégorie « autre » permettait de détailler et a motivé l'ajout d'une variable : informations sur les techniques non médicamenteuses (homéopathie, acupuncture, hypnose…).

4.6 Apports et intérêts de l'entretien

4.6.1 Mise en relation

87,01% (N=134) des femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce n'ont pas été orientées vers un autre professionnel à la suite de l'EPP (12,98% N=20 l'ont été.) Lorsque

cela a été le cas, les professionnels les plus sollicités ont été le psychologue (N=4), l'assistance sociale (N=3) et la diététicienne (N=3).

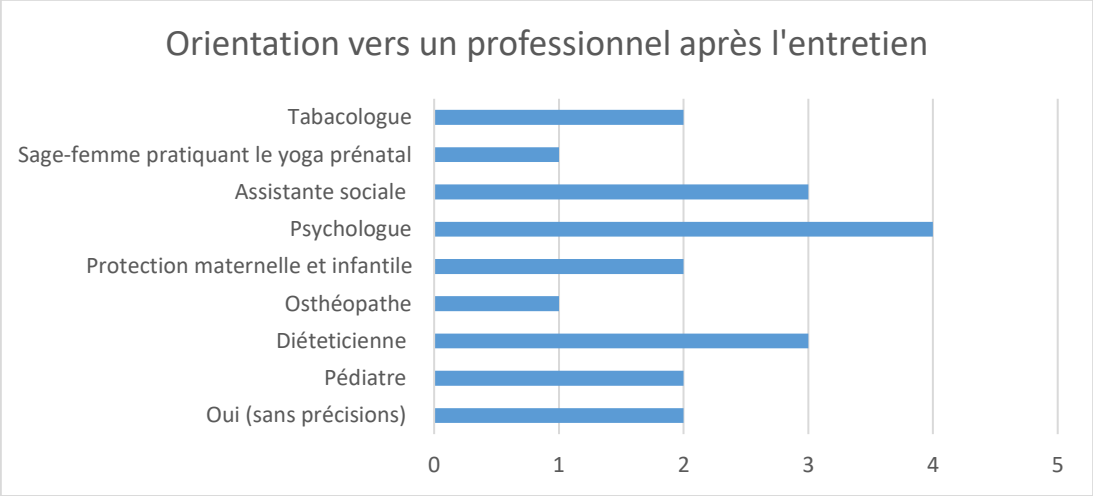

Figure 12

Ces orientations ont été suivies d'une consultation dans 9 cas (soit dans 45% des cas). Les raisons invoquées par les femmes n'ayant finalement pas consulté sont essentiellement l'absence :

- de besoin de consulter une diététicienne (N=2)
- d'envie de se rendre chez une psychologue (N=2).

On constate toutefois que chez les 7 personnes n'ayant pas consulté alors qu'on le leur avait proposé, le vécu de l'entretien est globalement bon (utile ou très utile pour 87,75% N=6).

4.6.2 Transmission d'un document de synthèse

La transmission d'un document de synthèse au professionnel ayant orienté ou à la maternité dans laquelle la patiente allait accoucher s'est faite, selon la patiente, dans 9,27% (n=14) des cas.

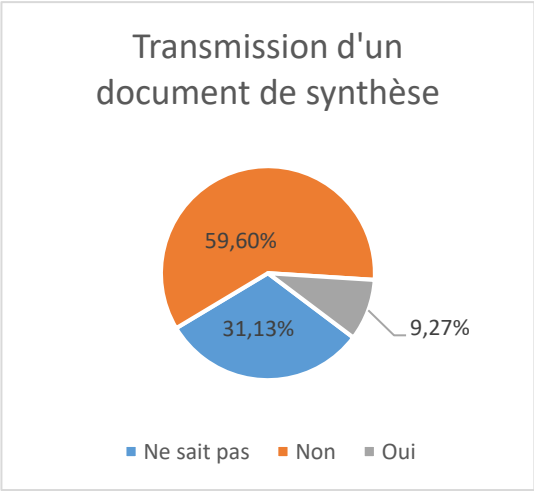

Figure 13

4.7 Vécu de l'entretien

A la question « Diriez-vous que cet **entretien était personnalisé**, c'est-à-dire que le professionnel s'est adapté à vos besoins spécifiques ? », une très large majorité de femmes a **répondu « oui » (94,7%, N=143)**.

De plus, 96,03% (N=145) des femmes ayant bénéficié d'un EPP ont estimé qu'elles avaient eu la possibilité de poser toutes les questions qu'elles souhaitaient.148 femmes (sur 151 bénéficiaires) ont exprimé leur vécu de l'entretien prénatal précoce :

- **52,70% (N=78) l'ont trouvé utile**
- 27,70% (N=41) très utile
- 12,84% (N=19) moyennement utile
- 6,76% (N=10) pas du tout utile

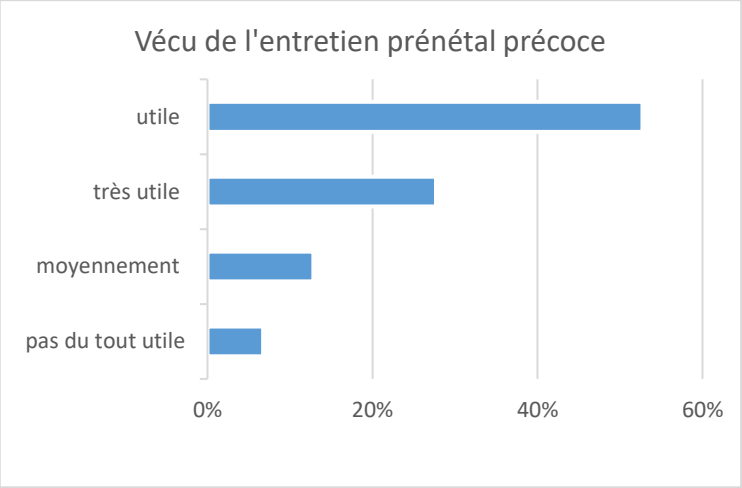

Figure 14

4.7.1 Femmes ayant trouvé l'entretien utile ou très utile (N=119)

73 femmes se sont exprimées de manière libre. Les thématiques les plus souvent retrouvées sont :

- **La mise en confiance, rassurance** (N=36). L'entretien est perçu comme un moyen de poser ses questions « même plus personnelles », évoquer les craintes et appréhensions liées à la grossesse et à la parentalité. L'une d'entre elle évoque son vécu positif de l'entretien à travers « le fait de pouvoir exprimer ses craintes, avoir des réponses à [ses] questions ». Une autre évoque le fait que l'entretien lui a permis de « libérer [son] esprit sur [sa] fausse couche : gros bénéfice pour la suite de [sa] grossesse.
- **La notion d'échange et de communication** (N=23). Dans la continuité du premier thème, les femmes évoquent le fait de pouvoir établir un vrai temps d'échange, « un temps de parole autre que médical et surtout accompagné de [son] conjoint ».

Plusieurs témoignages insistent sur le bénéfice d'un rendez-vous plus long qu'habituellement dans le suivi de grossesse.

- **La présentation des cours de préparation à la naissance et d'autres aspects administratifs** (N=8). Ces femmes ont apprécié de pouvoir avoir un « premier contact avec la sage-femme qui a réalisé les cours de préparation » et de pouvoir ainsi discuter du suivi, de l'accouchement et des cours qui seraient adaptés à ces envies.

4.7.2 Femmes ayant trouvé l'entretien moyennement ou pas du tout utile (N=29)

15 femmes se sont exprimées sur leurs impressions. La thématique principale qui se détache dans 7 de ces témoignages est **l'absence d'inquiétudes ou de questions particulières**. Une de ces femmes nous dit ainsi que « les consultations de suivi de grossesse permettaient déjà d'apporter un grand nombre de réponses aux sujets que l'on a abordé pendant l'entretien. Possible car consultations longues (environ 30 minutes) avec ma sage-femme »

Le second point fréquemment abordé (N=5) est celui de **la temporalité** (trop tôt, trop tard, trop rapide).

Enfin certaines femmes (N=2) ont perçu cet entretien comme **intrusif**, disant : « elle voulait trop de détails que je n'avais pas envie de révéler sur ma vie personnelle ». Et d'autres (N=4) signalaient que celui-ci était « **obligatoire** » si elles souhaitaient suivre les cours de préparation.

5. Femmes n'ayant pas bénéficié d'entretien prénatal précoce

52,06% de la population n'a pas bénéficié d'EPP soit 164 femmes. A la question « savez-vous ce qu'est un entretien prénatal précoce ? », parmi les femmes n'en ayant pas bénéficié, 45,50% (N=74) ont répondu « non » et 54,60% (N=89) « oui ». Cela représente 23,49% de la population générale n'ayant aucune connaissance de l'entretien prénatal.

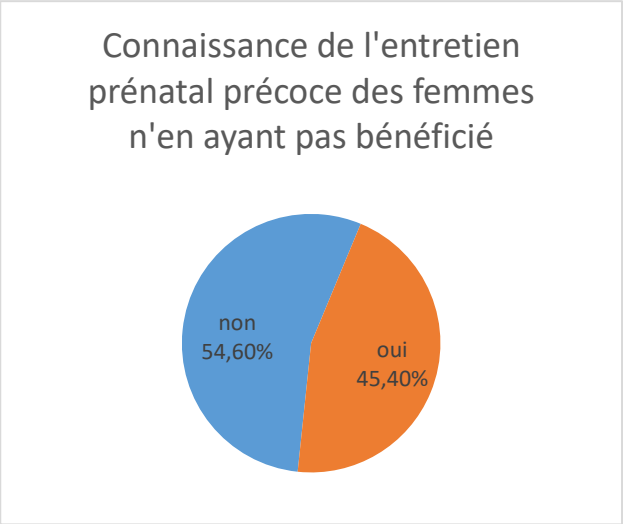

Figure 15

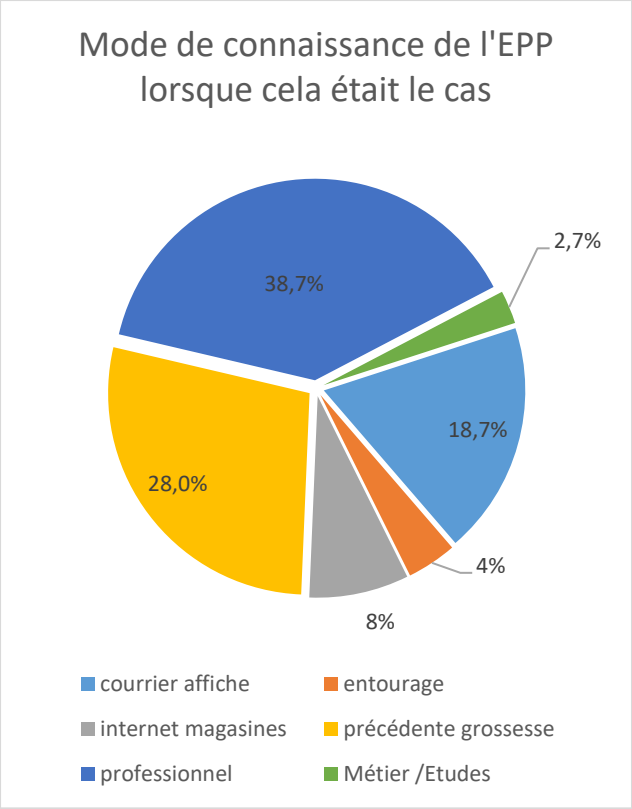

Figure 16

Lorsqu'elles répondaient « oui », il leur était demandé de préciser comment elles avaient pris connaissance de l'EPP. La réponse majoritairement donnée est celle de l'explication par un professionnel de santé (à 38,7%, N=29).

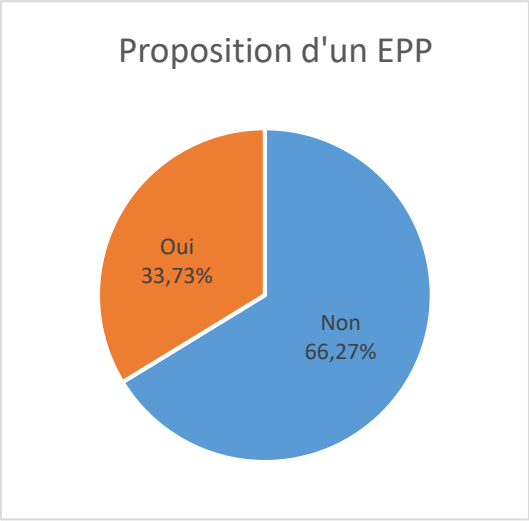

Figure 17

66% (N=110) des patientes n'ayant pas eu d'entretien prénatal ne se le sont pas entendu proposer. Cela représente 34,94% de la population générale.

L'EPP était ensuite présenté de manière succincte aux patientes afin qu'elles puissent se prononcer sur leur volonté ou non d'en avoir un si cela leur avait été proposé. **55,45% (N=61) précisent qu'elles auraient souhaité en bénéficier** alors que 44,55% des patientes (N=49) disent qu'elles auraient de toute façon refusé.

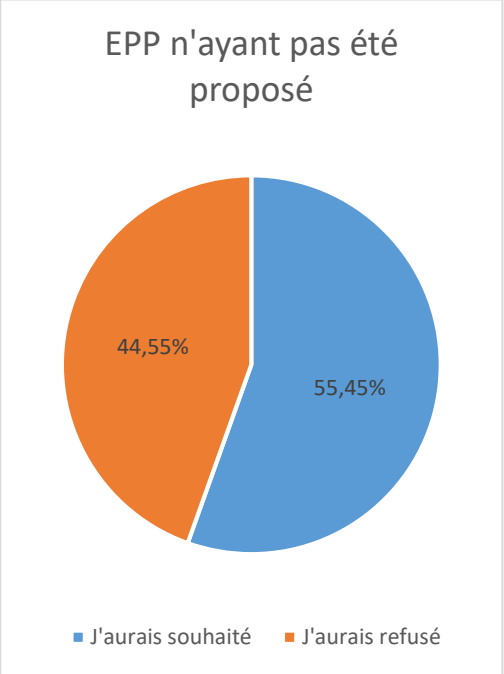

Figure 18

Certaines patientes ont en revanche eu cette proposition mais n'ont pas fait l'entretien. Les principales raisons invoquées sont :

- Le manque d'envie dans 71,14% des cas (N=33)
- Le manque de temps dans 19,57% des cas (N=9)

6. Accessibilité et intérêts de l'entretien prénatal précoce

Ces éléments ont été recueillis pour permettre de déterminer si certaines catégories de femmes avaient plus ou moins de chances de se voir proposer un entretien. Ces informations ont également été collectées de manière à mettre en évidence un éventuel intérêt à avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce par rapport à la population n'en ayant pas eu. L'intégralité des résultats est disponible en Annexe III.

Le calcul du score EPICES a permis d'identifier 16 personnes (5,07% de la population générale) comme étant en situation de précarité. Parmi celles-ci ,4 ont déclarés avoir bénéficié d'un suivi par la PMI (dont 2 n'ayant pas eu d'EPP). 6 ont refusé l'entretien lorsqu'il leur a été proposé. **93,75% des patientes considérées comme étant sous le seuil de précarité ont soit bénéficié d'un EPP, soit été suivies en PMI ou se sont vu proposer un entretien**.

Les patientes ayant des antécédents obstétricaux particuliers étaient invitées à le préciser. 12 patientes avaient subi une IMG, 38 une IVG et 1 une MFIU. La consommation de tabac pendant et avant la grossesse apparait comme significativement (p= 0.003956) moins importante chez les patientes ayant bénéficié d'un EPP (32,98% N=25). Le test de khi^2 n'a pas été réalisé concernant la diminution ou l'arrêt ainsi que l'aide au sevrage car les effectifs étaient trop réduits.

Le lien entre la réalisation d'un entretien prénatal précoce et des cours de préparation à la parentalité et à la naissance est très significatif ($p<2,2^{10-16}$). En effet 188 patientes ont bénéficié de ces cours (59,68% de la population générale) et 72,87% avaient auparavant réalisé un EPP.

On retrouve également dans la population une différence significative de réalisation de l'EPP en fonction du lieu d'accouchement. Lorsqu'elles ont accouché à l'hôpital public, 40,97% des femmes ont eu un EPP, elles sont 53,53% à la maternité privée.

Tableau 2

Critères	Total		EPP (+)		EPP (-)		P=
			n=151/315		*n=164/315*		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Total	*315*	*100*	*151*	*47,94*	*164*	*52,06*	
Antécédents obstétricaux							Non réalisé
Fausse couche	*51*	*16,19%*	*24*	*47,05%*	*27*	*52,94%*	
IMG**	*12*	*3,80%*	*3*	*25%*	*9*	*75%*	
IVG**	*38*	*12,06%*	*17*	*44,73%*	*21*	*55,26%*	
MFIU**	*1*	*0,317%*	*1*	*100%*	*0*	*0%*	
Consommation de toxiques							
Tabac	*76*	*24,12%*	*25*	*32,89%*	*51*	*67,10%*	**0.003956**
Diminution ou arrêt en cours de grossesse	*137*	*43,49%*	*42*	*30,65%*	*95*	*69,34%*	NR
Aide au sevrage	*18*	*5,71%*	*9*	*50%*	*9*	*50%*	NR
Cours de PPN	*188*	*59,68%*	*137*	*72,87%*	*51*	*27,12%*	**< $2,2^{10-16}$**
Lieu d'accouchement							**0.031**
Hôpital public	*144*	*54,14%*	*59*	*40,97%*	*85*	*59,02%*	
Maternité privée	*170*	*45,86%*	*91*	*53,53%*	*78*	*45,88%*	
Non renseigné	*1*	*0,31%*	*1*	*100%*	*0*	*0%*	

V - DISCUSSION

1. Limites et forces de l'étude

1.1 Questionnaire et exclusions

Le choix a été fait de traiter la question par le biais d'un questionnaire distribué à la patiente. Pour des raisons de faisabilité de traitement des informations ce questionnaire contenait un nombre important de questions fermées. Même si ces dernières permettent un taux de réponses souvent plus élevé, elles risquent d'influencer la réponse donnée.

Il a été choisi d'exclure les femmes ne parlant pas suffisamment bien la langue française pour pouvoir remplir le questionnaire. Il faut toutefois souligner que l'entretien prénatal précoce a été pensé pour toutes les femmes et tous les couples et que ces femmes sont coupées de leurs racines, leur culture et souvent d'une partie de leur environnement familial. Cela les place dans une vulnérabilité accrue et leurs besoins en termes

d'accompagnement moral et psychologique sont souvent importants. Au-delà de la réalisation de l'entretien prénatal précoce, c'est tout le suivi de grossesse et l'accompagnement global qui nécessiterait une réflexion.

Le questionnaire était très dense, toutes les réponses n'ont pas été exploitées alors que d'autres variables auraient pu être ajoutées (le mode d'alimentation de l'enfant par exemple).

1.2 Population

315 questionnaires ont été analysés sur les 375 accouchements ayant eu lieu sur le temps de l'étude. Cela représente 84% de la population ce qui est un résultat satisfaisant. Il permet une analyse en profondeur. Les deux maternités ont été choisies pour leur activité importante, mais également du fait de leur statut différent (public et privé) permettant de mettre en évidence l'ensemble des pratiques sur le territoire. Le lieu d'accouchement a été traité de la même manière que les autres variables, le but de l'étude n'étant pas de comparer les pratiques des deux établissements.

Il faut toutefois souligner qu'il s'agit d'un résultat local, les deux maternités étant situées sur le territoire brestois. Les conclusions ne sont donc pas transposables à d'autres localités et reflètent les choix et engagements des directions de ces établissements, des professionnels de santé, du réseau de périnatalité de Bretagne occidentale, etc. De plus, malgré un nombre conséquent de participants, certaines catégories étaient représentées de façon minime (notamment au niveau des catégories professionnelles ou de la consommation de toxiques, de tabac, d'alcool …). Cela réduit l'impact et la significativité des résultats sur ces variables.

Il a été choisi de réaliser cette enquête auprès des femmes accouchées car cela permettait d'avoir leur ressenti et leur vécu par rapport à l'EPP lorsque cela était encore récent, tout en ayant un peu de recul. De plus, la maternité étant un passage « presque obligé », il permettait d'établir un échantillon large et sans biais de sélection.

La moyenne d'âge de la population était de 31,08 ans, ce qui la place légèrement au-dessus de la moyenne d'âge de 29,7 ans retrouvé dans l'enquête de périnatalité de 2010 (8).

2. Principaux résultats

2.1 Prévalence de l'EPP

En 2010, l'enquête nationale de périnatalité a révélé que seulement 21,4% des femmes ont bénéficié d'un entretien pendant leur grossesse. Les difficultés d'organisation et le temps de formation nécessaire aux professionnels ont été mis en avant pour expliquer ce faible taux (9) (10). La Fédération Française de Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) a souhaité en 2012, approfondir le sujet afin de comprendre les mécanismes qui avaient empêché la mise en place généralisée de l'entretien. Elle a donc commandité auprès de plusieurs réseaux locaux le recueil d'informations liées à la prévalence et à la caractéristique des entretiens prénatals précoces, à l'aide d'une grille d'enquête détaillée. Les résultats de l'étude montrent un taux de 40,3% d'entretiens réalisés, ce qui représente une forte hausse par rapport à 2010. Cette hausse est néanmoins nuancée par les auteurs de l'enquête qui précisent que « la question relative à la pratique de l'EPP n'était pas similaire (celle de l'enquête 2012 était plus précise, mais plus complexe) », et les échantillons pas tout à fait comparables : l'âge maternel est le même, mais il y a de légères différences en matière de types d'établissements concernés.

Pour optimiser la comparaison avec notre étude, nous avons choisi de reprendre exactement la même formulation relative à la réalisation d'un entretien prénatal pendant la grossesse. **Notre étude retrouve une prévalence de 47,94% (N=151) de l'entretien prénatal précoce** chez les femmes interrogées sur la période du 1er au 31 aout 2016. Il existe donc une augmentation de la proportion de réalisation de l'entretien. Comme cela a été souligné, il s'agit de données locales. Il semble donc peu pertinent de les comparer à des données nationales d'autant plus qu'il semble exister une variation importante de la prévalence en fonction des territoires. En effet lors de l'enquête de 2012, on retrouve une prévalence de 70% dans le 56, 55,8% dans le 22, 50,7% dans le 29, 41,7% dans le 35.

En analysant les caractéristiques de la population de manière plus approfondie, nous avons retrouvé **un lien significatif (p=0,04197) entre le fait d'être inactif avant/pendant la grossesse et le fait de ne pas bénéficier d'un EPP**. On pourrait pourtant penser que ces femmes seraient plus disponibles pour se rendre à cet entretien. Bien souvent ces femmes ne disposent pas de moyen de garde pour d'éventuels aînés et leur emploi du temps n'est donc pas voire parfois moins libre qu'une femme active. On pourrait également penser que les professionnels les orienteraient en priorité. Il s'agit en effet d'une population qui est plus exposée à des problèmes de types sociaux ou financiers (liés au chômage par exemple) et que c'est également des femmes qui peuvent être plus isolées et dont la précarité qu'elle soit sociale ou émotionnelle n'est pas perçue. C'est donc d'autant plus important qu'elles puissent bénéficier d'un EPP. Nous pensons qu'il s'agit d'une population vers laquelle il faut améliorer

les résultats de prévalence, en leur proposant de manière systématique et leur facilitant d'autant plus l'accès (proposer des consultations à des horaires adaptés, possibilité de venir avec les aînés si pas de solution de garde …).

Notre étude retrouve également un lien significatif (p= 0.003956) entre la population consommant du tabac et l'absence de réalisation d'EPP. Les données dont nous disposons ne nous ont pas permis d'analyser la cause de ce lien. Il est possible d'émettre des hypothèses comme le sentiment de culpabilisation que peuvent ressentir certaines femmes vis-à-vis de leur consommation et leur refus de devoir se justifier. Toujours est-il que c'est un véritable manque de chance d'augmenter la santé obstétricale de la population tabagique en l'orientant vers des consultations spécifiques.

2.2 Articulation avec les cours de préparation à la naissance

Notre étude a permis de relever **deux éléments clairement significatifs** :

- Les patientes **ayant suivi des cours de préparation à la naissance** ont bénéficié pour une très large majorité de l'entretien prénatal précoce (72,87% N=137 p< 2.2e-16)
- Les patientes **accouchant à la maternité privée** ont bénéficié de manière plus importante d'un entretien prénatal précoce (53,53% N=91 contre 40,97 N=59 à l'hôpital p=0,031).

Le lien entre les cours de préparation à la naissance n'est pas surprenant, l'entretien prénatal précoce fait partie intégrante de la démarche de de la préparation à la naissance et à la parentalité. Cependant, comme on peut le constater dans la présentation par l'HAS (Annexe IV), chaque élément est dissociable l'un de l'autre et « chaque étape détermine la suivante tout en s'adaptant à chaque femme ou couple ». L'EPP étant la première de ces étapes, elle apparait comme devant être la plus fréquente et pas forcément suivie de cours de préparation à la naissance si les femmes et/ou les couples n'en ressentent pas le besoin.

Ce que cela révèle, c'est que bien souvent les patientes n'ont pas la perception de ces différentes étapes et suivent un « chemin » tracé et paraissant comme obligatoire (c'est d'ailleurs ce que quatre d'entre elles avaient souligné lorsque l'on demandait leur avis sur le vécu de l'entretien »). Même si cela ne concerne qu'une minorité des femmes de notre étude, c'est un vrai problème d'orientation et d'information des femmes. La perception et l'état d'esprit dans lequel elles se rendent à l'entretien est aussi important pour en tirer tous les bienfaits. La femme doit pouvoir se voir fournir les outils pour devenir actrice de sa grossesse et de sa future parentalité. Le moment de réalisation de l'entretien prénatal précoce est révélateur de

cette affirmation. En effet même si une majorité des femmes de notre échantillon l'a eu entre le 4e et 5e mois comme cela est conseillé par l'HAS, une partie non négligeable en a bénéficié entre le 7e et 8e mois (30,21N=45). Ces femmes étaient toutes (sauf 1) suivies par un gynécologue libéral ou hospitalier. Le 7e mois correspond classiquement au début des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (en dehors de l'EPP). On peut légitimement penser, même si cela reste une supposition, que sans leur envie de suivre ces cours, ces femmes n'auraient pas contacté de sage-femme et n'auraient pas bénéficié de l'EPP.

Nous considérons que le lien significatif retrouvé entre la réalisation de l'EPP et la maternité d'accouchement est en fait très probablement un biais, dérivé de notre premier constat. En effet, la maternité privée concernée par notre étude ne propose pas de cours de préparation à la naissance. Les patientes souhaitant en effectuer sont donc systématiquement invitées à prendre contact avec une sage-femme libérale. Ce sont justement ces professionnelles qui sont les plus nombreuses à pratiquer l'EPP. Il est probable qu'un centre avec une pratique de la PPN autre aurait eu des résultats différents, sans que cela ne soit influencé par le statut public ou privé de l'établissement.

2.3 Information en amont et orientation vers l'EPP

La proposition systématique à toute femme ou tout couple attendant un enfant est un élément majeur du Plan de périnatalité 2005-2007. Cet élément est repris par la Haute autorité de santé dans ses recommandations de novembre 2005 (10) concernant la préparation à la naissance et à la parentalité. Il est en effet précisé que : « L'entretien individuel ou en couple, prévu par la réglementation, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte. »

En 2012, la FFRSP avait souligné que tous les réseaux de santé en périnatalité n'avaient pas participé à l'enquête (9). Il était alors présumé que ceux qui ne se s'étaient pas investis n'étaient pas fortement impliqués dans le développement de la mise en place de l'entretien et que cela pouvait expliquer leur absence d'intérêt dans la réalisation d'une telle étude au niveau local. Il existe donc une augmentation entre 2010 et 2012 mais annoncée comme très probablement surestimée. Il est également intéressant de noter que parmi les femmes qui n'avaient pas bénéficié de l'EPP, 63,1% d'entre elles avaient déclaré qu'il n'avait pas été proposé. Cet élément qui n'avait pas été mis en avant par l'enquête de périnatalité est fondamental : il montre de réelles carences en matière de déploiement du dispositif à toutes les femmes pendant leur grossesse.

Or, d'après nos résultats cela n'est, plus de dix ans après la mise en place de l'EPP, toujours pas le cas. L'entretien prénatal précoce n'est pas obligatoire, cela ne pose donc pas de souci que sa prévalence ne soit pas de 100% dans le suivi de grossesse. En revanche il faut tendre vers ce taux en ce qui concerne la proposition de l'entretien.

Dans notre échantillon, 34,92% des personnes interrogées n'ont jamais eu la proposition d'un entretien prénatal précoce et 23,49% de la population générale ne sait pas de quoi il s'agit. Lorsqu'elles ont eu l'entretien 24,50% d'entre elles ne connaissaient pas la nature ou en avaient une vision erronée avant de le réaliser. Lorsqu'elles en ont bénéficié 62,5% des patientes affirment ne pas avoir été informées du fait que leur conjoint était autorisé et même incité à se joindre à elle. Il serait intéressant de revoir la pratique des professionnels lorsqu'ils proposent cet entretien, de façon à pouvoir les rendre techniquement accessibles aux futurs pères (en dehors des heures de travail notamment), car c'est une remarque qui a été faite.

Ces chiffres sont la preuve d'une vraie lacune dans l'information du public quant à l'existence, la nature et les objectifs de l'entretien prénatal précoce. Ils représentent une réelle perte de chance pour une partie de la population de bénéficier de ce dispositif (55,44% (N=61) des patientes n'ayant pas eu d'entretien auraient dit oui si on le leur avait proposé). L'enquête de la FFRSP de 2012 retrouvait une absence de proposition dans 34% des cas soit des chiffres sensiblement similaires.

Comment expliquer ce manque d'information et cette absence de progression ? Dans notre étude 58,28% des patientes avaient reçu une information sur la nature et les objectifs de l'entretien par un professionnel de santé. Il semble donc justifié de vouloir soit améliorer la qualité de l'information donnée, soit multiplier les sources d'informations afin d'en optimiser sa diffusion. L'enquête de la FFRSP s'interrogeait déjà sur le sujet, avançant que cela nécessitait des études de type qualitatives plus approfondies sur le sujet. Lorsque l'on essaye de s'intéresser aux connaissances et freins à la bonne pratique de l'EPP par les gynécologues obstétriciens et les médecins généralistes du réseau de périnatalité de Bretagne occidentale comme ce fut le cas dans une étude (11) de 2015, il est très difficile d'obtenir des réponses. En effet sur 196 questionnaires envoyés seuls 22 questionnaires avaient été renvoyés. Il ressortait toutefois de cette étude que la nature et les objectifs de l'entretien prénatal précoce n'étaient pas encore tout à fait maitrisés et que ce dernier était encore souvent perçu comme un moyen d'orienter des patientes présentant des vulnérabilités.

Par ailleurs, les professionnelles les plus fréquemment retrouvées comme étant pourvoyeuses d'information au sujet de l'EPP chez les femmes sont les sages-femmes, et plus spécifiquement les libérales. Il ne faut pas occulter le fait que la réalisation de l'EPP est pour elles une source de revenus et que c'est probablement également l'une des motivations à cette qualité de l'information. Nous pensons que l'instauration de l'accompagnement global ou semi global de la femme enceinte permettrait d'augmenter la prévalence de l'EPP. En

diminuant le nombre d'intervenants dans le suivi d'une grossesse physiologique, on offre à la femme la possibilité de s'appuyer sur une relation de confiance, construite au fil des consultations et un suivi personnalisé. On répond ainsi à certaines remarques relevées : le fait de devoir répéter à plusieurs reprises ses antécédents -parfois douloureux - ou encore la difficulté de devoir se confier à un professionnel que l'on n'avait parfois encore jamais rencontré.

Nous avons tenté de classer les patientes présentant une vulnérabilité sociale majeure par le biais du test EPICES. Nous constatons que 56,25% des femmes ayant un score inférieur à 30, seuil de précarité, ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce. C'est donc plus que la population générale. D'autant plus que lorsque l'on regarde de plus près les personnes ayant un score inférieur à 30 et n'ayant pas eu d'EPP (N=9) ,2 étaient suivies par la PMI et 6 ont refusé d'en bénéficier. Par conséquent, 93,75% des patientes considérées comme étant sous le seuil de précarité ont soit bénéficié d'un EPP, soit été suivies en PMI ou se sont vu proposer un entretien. On peut donc supposer que le critère « vulnérabilité » est correctement identifié par les professionnels. Mais l'objectif de l'entretien prénatal précoce est d'offrir à toutes les femmes et tous les couples la possibilité de bénéficier d'un entretien non médical permettant de déceler des vulnérabilités qui ne sont pas forcément toutes d'origines sociale ou liées à la précarité. Par exemple, 12 patientes avaient dans leurs antécédents obstétricaux une interruption médicale de grossesse et 1 patiente une mort fœtale in utéro. Seulement 4 d'entre elles ont bénéficié d'un EPP, 7 auraient souhaité le réaliser si on le leur avait proposé. Or, des études ont démontré le risque de développer des troubles psychologiques et notamment un état de choc post traumatique après de tels évènements (12). Au-delà de ces situations particulières, rappelons la notion de transparence psychique (13) développée par Monique BYDLOWSKI plaçant la mère en devenir dans une situation plus vulnérable que les autres, sans que cela ne puisse être anticipé et décelé de manière statistique. D'où l'intérêt de proposer l'entretien à toutes les femmes, sans distinction, pour que toutes puissent bénéficier de ce moment privilégié.

2.4 Réalisation de l'EPP

L'entretien prénatal précoce doit permettre l'information de la femme enceinte et du couple. Mais il va bien au-delà d'une simple consultation administrative ayant pour simple but de lister des recommandations. Cet entretien a, depuis ses plus profondes racines, la volonté première de « dépister toute forme d'insécurité pouvant entraîner des complications sur la constitution du lien mère-enfant et même sur des pathologies de la grossesse » (14). Il s'agit donc comme le préconisait déjà en 2003 Gérard Bréart et al., de tendre vers la sécurité émotionnelle de la femme.

Les résultats obtenus sur notre population sont globalement satisfaisants à ce sujet. En effet, une très grande majorité (94,70% N=143) a estimé que cet entretien n'était pas standardisé et était adapté à leur propre situation. Une proportion encore plus importante (96,03% N=145) a estimé qu'elles avaient été libres pendant l'entretien de poser toutes les questions qu'elles souhaitaient. C'est une satisfaction et probablement le fruit d'un important travail de formation et d'information des professionnels menant les entretiens. Encore une fois ces résultats ne sont le reflet que d'une pratique locale, limitée à Brest et ses environs. Le sujet le plus abordé durant les entretiens dans 74,83% des cas (N=113) est les questionnements, craintes et appréhensions des patientes ou des couples relatifs à la grossesse, à la parentalité ou à tout autre sujet. Cela laisse effectivement à penser que l'entretien s'adaptait aux préoccupations des femmes ou des couples avant tout.

2.5 Travail en réseau

En 2006, Danielle Capgras Baberon insistait sur l'importance de « bâtir et [d'] optimiser les procédures permettant une mise à disposition des divers soutiens précoces (entretien du 4e mois de grossesse) pour « compenser » les facteurs de risques médicaux, sociaux et psychiques et permettre la mise en place d'actions de soutien et de prévention respectueuses du consentement éclairé des patientes et des (futurs) pères » (15). C'est un des éléments fondateurs de l'entretien prénatal précoce : il est important de laisser place à l'expression de la femme et de déceler des vulnérabilités mais également essentiel de pouvoir apporter le soutien concret dont elles auront alors parfois besoin.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressées aux orientations suite à ces entretiens. 20 patientes ont été invitées à consulter à la suite de l'EPP. Cela représente 12,98% de la population. C'est peu, mais il est difficile de dire si les personnes non concernées n'avaient pas besoin de consulter ou si le professionnel n'a pas jugé bon ou pensé à le faire. De plus, certaines patientes avaient déjà consulté avant l'entretien ou l'ont fait au cours de leur suivi sans que cela ne soit lié à la réalisation d'un entretien prénatal précoce. Il n'a pas été noté de différences significatives au niveau médical et en termes de vécu de la grossesse entre les patientes ayant bénéficié d'un entretien et/ou d'une orientation et les autres.

A l'issue de l'entretien, l'HAS recommande de rédiger un document de synthèse avec l'accord et la participation de la femme et du couple quant aux informations transmises afin « d'organiser un partage entre les différents professionnels, des informations médicales, psychologiques et sociales » (4). Cet élément est un des pivots de la volonté du plan de périnatalité de développer et d'articuler le travail en réseau autour du suivi de la grossesse avec, en arrière-plan, une volonté d'assurer toujours plus de sécurité médicale et psychique à

la femme enceinte. Or, dans notre échantillon seulement 9,72% des femmes (N=14) ayant eu un EPP affirment avoir eu connaissance de l'écriture d'un tel document. Il existe pourtant un document de synthèse développé par le réseau de périnatalité de Bretagne occidentale (Annexe V) mais force est de constater qu'il n'est que très peu utilisé. Sur ce point les ambitions du plan périnatalité sont donc loin d'être atteintes. Une enquête de type qualitative auprès des professionnels concernés (en majorité les sages-femmes qui réalisent principalement les entretiens) permettrait sans doute d'établir quels sont les freins liés à l'utilisation et au déploiement de cette pratique. Nous pensons qu'il s'agit d'un point sur lequel il sera primordial d'insister à l'avenir. En effet la systématisation de la rédaction d'un document de synthèse permettrait de tirer tous les bénéfices de l'EPP et de les rendre visibles auprès de tous les professionnels, y compris ceux qui ne le pratiquent pas. Les gynécologues par exemple, s'ils observent ce retour positif seront plus enclins à présenter et orienter les patientes vers un EPP.

VI - CONCLUSION

Officiellement lancé en 2005, l'entretien prénatal précoce n'est encore qu'insuffisamment implanté en territoire brestois. Il concerne un peu moins d'une femme sur deux. Malgré une nette augmentation de la prévalence, cette dernière a tendance à stagner depuis 5 ans. Il reste pourtant une marge de manœuvre importante.

Notre étude nous a permis de constater que l'information de la population cible est l'un des points faibles de la mise en œuvre systématique de l'entretien prénatal précoce, ou au moins de sa proposition à toutes les femmes et/ou couples concernés. C'est d'autant plus le cas lorsque le suivi de la patiente est fragmenté (bien que parfois réalisé dans un même lieu géographique ce qui parait à la fois contradictoire mais permet également d'espérer une amélioration rapide et à un coût raisonnable). Un accompagnement plus global de la patiente nous semble donc plus que jamais capital à mettre en place. Cela permettrait de redonner une cohérence dans le parcours de la parturiente. Cela diminuerait également l'inconvénient décrit par certaines patientes de notre étude de devoir réexpliquer, des épisodes parfois douloureux, à une personne inconnue. L'accompagnement global complet tel que présenté par exemple par l'association nationale des sages-femmes libérales (16) en est une possibilité, mais il nous semble également important de laisser place à la fois à la liberté de choix des femmes et aux compétences spécifiques à chaque corps de métier. Ce n'est pas vers l'unicité du professionnel qu'il faut tendre, mais vers un travail en collaboration fine entre un nombre de professionnels restreints.

L'implication des professionnels orientant les femmes est fondamentale et il est donc majeur que ceux-ci soient en adéquation avec les recommandations et perçoivent

correctement la nature et les objectifs de l'entretien prénatal précoce. Notamment en n'orientant pas seulement les femmes qui semblent en avoir besoin, car elles ont des vulnérabilités évidentes par exemple. Et en insistant auprès de certaines catégories de la population jusqu'alors délaissées, comme les femmes inactives pour le territoire brestois. Cela passe notamment par la compréhension du document de synthèse et de son utilité pour les futurs parents et l'ensemble des professionnels les accompagnant.

Une enquête du CIANE de 2012 (17) décrit que le pourcentage de femmes qui expriment, pendant la grossesse, des souhaits particuliers concernant leur accouchement augmente régulièrement : il est passé de 36% avant 2005 à 57% en 2011. Les besoins sont là. Il est important de les prendre en compte. D'autant plus qu'il existe des dispositifs permettant aux femmes d'accéder à un accompagnement de qualité. Reste à les rendre accessibles.

VII - BIBLIOGRAPHIE

(1) Molenat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport de janvier 2004. [En ligne] http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Textes_reglementaires/Plans/Perinatalite%20et%20prevention%20en%20sante%20mentale%20Collaboration%20medico-psychologique%20en%20perinatalite.pdf consulté le 4 janvier 2017.

(2) Douste Blazy P. Maternité de l'Hôpital Tenon, Paris. Discours du 10 novembre 2004. [En ligne] http://www.smarnu.org/images/para/Discours-PDB-10-11-04.pdf consulté le 8 janvier 2017.

(3) Humanité, proximité, sécurité, qualité. Plan "périnatalité" 2005-2007. Novembre 2004

(4) Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Saint-Denis la Plaine : HAS ; 2005.

(5) Soulé M. La prévention médico-psycho-sociale précoce - Modalités d'aide. Enfance, Congrès international de psychologie de l'enfant. 1980 ;33, n°4-5 : 243-246.

(6) Sass C. Moulin J. Guéguen R. Abric L. Dauphinot V. Dupré C. et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidémiol Hebd. 2006 ;(14/2006) :93-100.

(7) CETAF. Le score EPICES : indicateur de précarité des centres d'assurance maladie. Précarités et inégalité de santé. octobre 2005 :1-2

(8) INSEE – Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles – CSP 2003 [En ligne] https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1 Consulté le 25 janvier 2017

(9) Blondel B. et Kermarrec M. - Enquête nationale de périnatalité- Les naissance en 2010 et leur évolution depuis 2003. Rapport. Mai 2011

(10) Branger B, Réseaux de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(6-7) :123-31. [En ligne] http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html Consulté le 28 novembre 2016

(11) 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

(12) Ballard C.G, Stanley A.K., Brockington I.F. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) after childbirth. British Journal of Psychiatry.1995; 166: 525-528

(13) Bydlowski M., La transparence psychique. Études freudiennes,1991 ;32 :2-9

(14) Bréart G. Puech F. Rozé JC. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2003.

(15) Capgras Baberon Danielle. Construire un réseau de périnatalité de proximité, quelle(s) méthode(s) ? Vocation sage -femme. 2006 ;42 :9-16 [En ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Capgrasdossier_construire_un_reseau_NOVANAT.pdf consulté le 25 janvier 2017

(16) Association nationale des sages-femmes libérales. L'accompagnement global. [En ligne] : http://ansfl.org/document/laccompagnement-global/ Consulté le 14/02/2017

(17) CIANE. Enquête sur les accouchements : respect des souhaites et vécu de l'accouchement. 2012 ;3 [En ligne] http://ciane.net/blog/wpcontent/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf Consulté le 14/02/2017

VIII - ANNEXES

Annexe I – Questionnaire distribué aux patientes

Etat des lieux des modalités et conditions de réalisation de l'entretien prénatal en territoire brestois

I-Généralités :

1- Votre date de naissance :
2- Lieu de l'accouchement : ☐ Clinique de Keraudren ☐ Centre hospitalier Morvan
3- Situation familiale :
- ☐ Couple
- ☐ Célibataire

4- Votre profession :
……

5- Avant la grossesse :
- ☐ En activité
- ☐ Chômage
- ☐ Congé parental
- ☐ Autre : ……..

6- Etes-vous actuellement :
- ☐ Propriétaire de votre logement
- ☐ Locataire
- ☐ Hébergé par la famille/des amis
- ☐ Foyer, hôtel …
- ☐ Autre : ……

II- Votre mode de vie :

Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Vivez-vous en couple ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous propriétaire de votre logement ? ☐ Oui ☐ Non

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ? ☐ Oui ☐ Non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ☐ Oui ☐ Non

II - Votre histoire obstétricale :

7- Nombre de grossesses débutées dans votre vie (en comptant l'enfant venant de naître) : ……. . Dont :

- ☐ Fausse couches (si oui combien : ……..)
- ☐ IVG (si oui combien : ……..)
- ☐ Interruptions médicales de grossesse (si oui combien : ……..)
- ☐ Autres : ……

8- Nombre d'accouchements : ……
Dont des jumeaux ? ☐ Non ☐ 1 fois ☐ 2 fois

9- Votre suivi gynécologique de prévention (frottis, contraception …) est réalisé par :

- ☐ Gynécologue libéral(e) (en ville)
- ☐ Gynécologue hospitalier(e)
- ☐ Sage-femme libéral(e) (en ville)
- ☐ Sage-femme hospitalièr(e)
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Je n'ai pas de suivi gynécologique en dehors de mes grossesses

10- Prenez-vous des médicaments de manière régulière en dehors de la grossesse ?

- ☐ Oui (Pour quel motif ? : …… …… ……)
- ☐ Non

11- Avez-vous déjà, en dehors ou pendant une grossesse précédente été suivie ou traitée par un psychologue/psychiatre, médecin généraliste dans le cadre d'un syndrome dépressif.

- ☐ Oui
- ☐ Non

III - Pour cette grossesse :

12- Nombre de mois entre l'arrêt de la contraception et la grossesse : …… mois

- ☐ Grossesse imprévue/non planifiée/sous contraception ?
- ☐ Parcours d'assistance médicale à la procréation (Insémination, FIV ….) ?

13- *Date prévue de l'accouchement : ……..*

14- *Date effective de l'accouchement : ……*

15- *Mode d'accouchement :*

- ☐ *Voie basse*
- ☐ *Césarienne programmée*
- ☐ *Césarienne en urgence*

16- Le suivi de la grossesse a été réalisée par :

- ☐ Gynécologue libéral
- ☐ Gynécologue hospitalier
- ☐ Sage-femme libérale
- ☐ Sage-femme hospitalière
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Gynécologue hospitalier et sage-femme hospitalière
- ☐ Gynécologue libéral et sage-femme libérale
- ☐ Autre : ……

17- Nombre de kilos pris durant la grossesse ? …… Kg

18- Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ? ☐ Oui ☐ Non

19- Avez-vous consommé durant la grossesse :

- ☐ **Tabac**

  Si oui :
  - Quelle consommation avez-vous en dehors de la grossesse : /jour
  - Diminution en cours de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
  - Arrêt en cours de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
  - Avez-vous bénéficié d'une aide au sevrage tabagique ?

    ☐ Oui :
    - ☐ Par le professionnel qui suivait la grossesse
    - ☐ Par mon médecin généraliste
    - ☐ Tabacologue/Addictologue

    ☐ Non je ne le souhaitais pas

    ☐ Non mais j'aurais aimé si on me l'avait proposé

    ☐ J'étais déjà suivie avant ma grossesse.

- ☐ **Alcool**

  Si oui :
  - Quelle consommation avez-vous en dehors de la grossesse : /semaine
  - Diminution en cours de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
  - Arrêt en cours de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
  - Avez-vous bénéficié d'une aide au sevrage ?

    ☐ Oui :
    - ☐ Par le professionnel qui suivait la grossesse
    - ☐ Par mon médecin généraliste
    - ☐ Addictologue

- ☐ Non je ne le souhaitais pas
- ☐ Non mais j'aurais aimé si on me l'avait proposé.
- ☐ J'étais déjà suivie avant ma grossesse.

☐ **Toxiques** (cannabis, héroïne, cocaïne, produits de substitution …)

Si oui :

- Quelle consommation avez-vous en dehors de la grossesse : /jour
- Diminution en cours de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
- Arrêt en cours de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous bénéficié d'une aide au sevrage ?
  - ☐ Oui :
    - ☐ Par le professionnel qui suivait la grossesse
    - ☐ Par mon médecin généraliste
    - ☐ Tabacologue/Addictologue
  - ☐ Non je ne le souhaitais pas
  - ☐ Non mais j'aurais aimé si on me l'avait proposé.
  - ☐ J'étais déjà suivie avant ma grossesse.

☐ **Aucun**

20- Particularités du suivi :

☐ Particularité ou pathologie nécessitant un suivi spécifique.

- Grossesse gémellaire (jumeaux)
- Diabète gestationnel ou préexistant
- Menace d'accouchement prématuré
- Autre
  ……
  ……

☐ Hospitalisation pendant la grossesse.

Cause :

……..……
….. à …….. semaines d'aménorrhées (SA) pendant …… jours.

21- Sur le vécu global de votre grossesse vous diriez qu'il est :

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ Moyen
- ☐ Mauvais

Raisons : ……

22- Sur votre vécu global **du suivi** (par les professionnels) de votre grossesse vous êtes :

- ☐ Très satisfaite
- ☐ Satisfaite
- ☐ Moyennement satisfaite
- ☐ Pas du tout satisfaite

} Pour quelle(s) raison(s) ? : ……

23- Avez-vous eu : un entretien prolongé avec un(e) sage-femme ou un médecin, appelé « entretien prénatal précoce » ou « entretien du 4e mois ? », ou « un entretien de 30 à 45 minutes, sans être examinée, par un professionnel de santé ? », ou « une première séance de préparation à l'accouchement, seule avec un(e) sage-femme ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez directement en page 8)

Vous avez eu un entretien

24- Quand a eu lieu cet entretien (environ) ? ……..

25- Selon vous c'était :

- ☐ Le bon moment
- ☐ Trop tôt
- ☐ Trop tard
- ☐ Sans avis

26- Par qui a-t-il été proposé ?

- ☐ Le professionnel qui suivait la grossesse
- ☐ La sage-femme ayant effectué la préparation à la naissance
- ☐ La protection maternelle et infantile (PMI)
- ☐ J'ai pris l'initiative
- ☐ Autre ……

27- Par qui a-t-il été réalisé ?

- ☐ Le professionnel qui suivait la grossesse
- ☐ La sage-femme ayant effectué la préparation à la naissance
- ☐ PMI
- ☐ Autre : ……

28- Saviez-vous en quoi consistait l'entretien avant de vous y rendre ?

- ☐ Oui
  - ☐ Le professionnel me l'ayant proposé me l'avait expliqué
  - ☐ Je me suis renseignée sur internet, magasines ….
  - ☐ Je me suis renseignée auprès de mon entourage.
  - ☐ J'ai reçu un courrier, vu une affiche expliquant l'entretien.
  - ☐ Autre : ……..
- ☐ Non
  - Je ne savais pas du tout
  - Je pensais que ça allait être différent. Précisez : …… …… ……

29- Aviez-vous déjà bénéficié d'un entretien lors d'une grossesse précédente ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
  - Je ne le souhaitais pas
  - On ne me l'a pas proposé
  - C'était ma première grossesse

30- L'entretien auquel vous avez participé vous a essentiellement servi à

- ☐ Avoir des informations générales sur la grossesse et la parentalité
- ☐ Avoir des informations générales sur la maternité dans laquelle j'ai accouché
- ☐ Pouvoir m'exprimer de façon personnelle sur mon vécu de la grossesse
- ☐ Autre ……

31- Quels sont les sujets ayant été abordés pendant cet entretien ?

- ☐ Vos antécédents médicaux, gynécologiques, psychologiques …
- ☐ L'ouverture de votre dossier administratif et médical à la maternité
- ☐ Le suivi de votre grossesse(consultations, échographies)…
- ☐ La/Les grossesses et accouchements précédents
- ☐ L'alimentation pendant la grossesse
- ☐ La présentation de la préparation à la naissance et à la parentalité
- ☐ La présentation de la maternité dans laquelle vous alliez accoucher
- ☐ Préparer ou établir un projet de naissance spécifique
- ☐ Le vécu de votre grossesse
- ☐ Le vécu de certaines difficultés médicales liées à votre grossesse
- ☐ L'allaitement/L'alimentation du bébé Votre vécu de la grossesse
- ☐ Vos questionnements, appréhensions, craintes …
- ☐ Votre entourage familial et social
- ☐ Les démarches administratives et vos droits (congé maternité, CAF, sécurité sociale …)
- ☐ Des difficultés avec des addictions (tabac, alcool, toxiques, médicaments …)
- ☐ Des difficultés sociales (financières, logement)
- ☐ Autres ……..

32- Diriez-vous que cet entretien était personnalisé c'est-à-dire que le professionnel s'est adapté à vos besoins spécifiques ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

33- Avez-vous eu le sentiment d'être libre de pouvoir poser des questions sur tous les sujets vous préoccupant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

34- Votre conjoint vous a il accompagné ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
  - Je ne savais pas qu'il pouvait venir
    - Auriez-vous souhaité qu'il vous accompagne si cela avait été possible ? ☐ Oui ☐ Non
  - Il ne pouvait pas m'accompagner. Cause : ……..
    - Si on vous avait proposé un rendez-vous adapté à ses horaires, auriez-vous souhaité qu'il vous accompagne ? ☐ Oui ☐ Non
  - Il ne désirait pas m'accompagner
  - Je ne souhaitais pas qu'il m'accompagne
  - Je n'ai pas de conjoint
  - Non mais une autre personne m'a accompagné (famille, amie …)

35- La personne avec laquelle vous avez réalisé l'entretien vous a-t-elle orienté vers un autre professionnel ?

- ☐ Oui. Précisez :
  - Diététicienne / Nutritionniste
  - Psychologue
  - Tabacologue / Addictologue
  - Assistante sociale
  - Autre : ……..

  Si oui avez-vous finalement consulté l'un de ces professionnels ?

  ☐ Oui.

  ☐ Non. Pour quelle raison ?

  ……..

- ☐ Non

36- La personne ayant réalisé l'entretien vous a-t-elle transmis ou a transmis à un professionnel suivant votre grossesse un document résumant ce dernier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

37- Lors d'une prochaine grossesse pensez-vous à nouveau bénéficier d'un entretien prénatal précoce ?

- ☐ Non
- ☐ Oui si on me le propose
- ☐ Oui même si on ne me le propose pas

38- Avec le recul, qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

- ☐ Très utile
- ☐ Utile
- ☐ Moyennement utile
- ☐ Pas du tout utile

Précisez pourquoi :

……

Fin du questionnaire. Merci !

Vous n'avez pas eu d'entretien :

39- Savez-vous ce qu'est un entretien prénatal précoce ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, comment avez-vous eu connaissance de la nature de cet entretien ?

- ☐ Un professionnel me l'a présenté
- ☐ Je me suis renseignée sur internet, magasines …..
- ☐ Je me suis renseignée auprès de mon entourage.
- ☐ J'ai reçu un courrier, vu une affiche expliquant l'entretien.
- ☐ J'en ai bénéficié lors d'une précédente grossesse.
- ☐ Autre : ……

L'entretien prénatal précoce est un entretien proposé en début de grossesse à toutes les femmes enceintes et les couples qui le désirent. C'est un entretien confidentiel, d'une durée de 45 minutes à 1 heure réalisé par un médecin ou une sage-femme. Il s'agit d'un temps d'échange, ce n'est ni un examen médical, ni une ouverture de dossier. L'objectif de cet entretien est de :

- *Vous permettre de rencontrer un professionnel en dehors d'une consultation et en prenant du temps.*
- *Parler de vos attentes, vos besoins, et de votre projet de naissance.*
- *Parler du choix de mode de préparation à la naissance et à la parentalité.*
- *Etre informée du suivi de votre grossesse.*
- *Connaître vos droits.*
- *Préparer au mieux la naissance de votre enfant dans la maternité de votre choix.*
- *Poser toutes les questions qui vous préoccupent.*
- *Apporter un soutien dont vous auriez besoin face à une situation particulière.*

40- Un professionnel vous a-t-il proposé de participer à cet entretien ?

- ☐ Oui mais :
  - Je n'avais pas envie/besoin
  - Ça ne m'avait pas convenu lors d'une précédente grossesse
  - On ne me l'a pas expliqué
  - Je n'ai pas eu le temps
  - J'étais alitée/hospitalisée
  - J'ai oublié
  - J'ai eu peur de contacter un professionnel inconnu
  - Autre : ……
- ☐ Non mais j'aurais aimé s'il m'avait été proposé.
- ☐ Non mais j'aurais refusé s'il m'avait été proposé. Raison : ……

Fin du questionnaire. Merci !

Légende :

Information du public

Indicateurs de risques :

- Antécédents
- Fragilité
- Précarité

Pratique professionnelle

Contenu de l'entretien

Réseau

Impact/Vécu

Annexe II – Tableau descriptif de la population

La colonne « Total » correspond à la part du critère par rapport au total des questionnaires récupérés (N=315). Les colonnes « EPP (+) » et « EPP (-) » présentent la répartition de ces critères en fonction de la présence ou non d'un entretien pendant le parcours de suivi de grossesse. Les pourcentages de ces colonnes sont calculés sur la base du total de la ligne parente. Le test du khi2 n'a été réalisé que lorsque les sous-groupes présentaient un effectif supérieur à 5.

Tableau 1 - Descriptif de la population étudiée en fonction de la réalisation d'un entretien prénatal précoce ou non

Critères	**Total**		**EPP (+)**		**EPP (-)**		**P=**
			n=151/315		*n=164/315*		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Total	*315*	*100*	*151*	*47,94*	*164*	*52,06*	
Age							0,429
≤20	*23*	*7,3%*	*8*	*34,78%*	*15*	*65,21%*	
21-35	*220*	*6,98%*	*102*	*46,36%*	*118*	*53,63%*	
≥35	*65*	*20,63%*	*34*	*52,30%*	*31*	*47,69%*	
Non renseigné	*7*	*2,22%*	*2*	*28,57%*	*5*	*71,42%*	
Situation conjugale							Non fait
Célibataire	*7*	*2,22%*	*2*	*1,32%*	*5*	*3,05%*	
Couple	*308*	*97,77%*	*149*	*47,30*	*159*	*50,47%*	

Catégorie socio professionnelle			***EPP (+)***		***EPP (-)***		Non fait
Agriculteurs et exploitants	*1*	*0,31%*	*1*	*100%*	*0*	*0%*	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	*8*	*2,53%*	*4*	*50%*	*4*	*50%*	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	*30*	*9,52%*	*17*	*56,66%*	*13*	*8,18%*	
Professions intermédiaires	*91*	*28,88%*	*52*	*57,14%*	*39*	*24,53%*	
Employées	*130*	*41,58%*	*62*	*47,69%*	*68*	*52,30%*	
Ouvriers	*4*	*1,26%*	*1*	*25%*	*3*	*75%*	
Autres (étudiant, sans emplois…)	*45*	*14,28%*	*13*	*28,88%*	*32*	*71,11%*	
Non renseigné	*6*	*1,9%*	*4*	*66,66%*	*2*	*33,33%*	
Activité professionnelle							**0,04197***
En activité	*235*	*74,60%*	*123*	*52,34%*	*112*	*47,65%*	
Au chômage	*39*	*12,38%*	*14*	*35,89%*	*25*	*64,11%*	
Au foyer/Congé parental	*21*	*6,66%*	*3*	*14,28%*	*18*	*85,72%*	
Etudiante/Formation	*14*	*4,44%*	*5*	*35,71%*	*9*	*64,28%*	
Arrêt maladie	*5*	*1,58%*	*0*	*0%*	*5*	*100%*	
Parité							0,12
1	*131*	*41,58%*	*69*	*52,67%*	*62*	*47,32%*	
2	*124*	*39,68%*	*61*	*48,80%*	*63*	*50,4%*	
3	*43*	*13,65%*	*17*	*39,53%*	*26*	*60,46%*	
≥4	*12*	*3,8%*	*3*	*25%*	*9*	*75%*	
Non renseigné	*5*	*1,5%*	*2*	*40%*	*3*	*60%*	X
Suivi gynécologique de prévention							0,1041
Gynécologue hospitalier(e)	*101*	*32,06%*	*56*	*55,44%*	*45*	*44 ,55%*	
Gynécologue libéral(e)	*116*	*36,83%*	*58*	*50%*	*58*	*50%*	
Médecin généraliste	*21*	*6,67%*	*8*	*38,09%*	*13*	*61,90%*	
Sage-femme hospitalier(ère)	*15*	*4,76%*	*3*	*20%*	*12*	*80%*	
Sage-femme libéral(e)	*8*	*2,54%*	*5*	*62,5%*	*3*	*37,5%*	
Plusieurs professionnels	*33*	*10,47%*	*19*	*57,57%*	*14*	*42,42%*	
Pas de suivi	*21*	*6,66%*	*8*	*38,09%*	*13*	*61,9%*	

*Les effectifs ne permettaient pas de faire un test de khi 2 intégrant toutes les variables, nous avons donc procédé à une comparaison actifs (en activité) /inactifs (femmes au chômage, au foyer, étudiants et en arrêt maladie)

Annexe III – Accessibilité à l'EPP

Tableau 2 – Accessibilité à l'EPP en fonction des caractéristiques médicales, sociales et psychologiques de la population

Critères	Total		EPP (+)		EPP (-)		P=
			n=151/315		*n=164/315*		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Total	*315*	*100*	*151*	*47,94*	*164*	*52,06*	
EPICES							0,56
>30	*16*	*5,07%*	*7*	*43,75%*	*9*	*56,25%*	
<30	*290*	*92,06%*	*144*	*49,65%*	*155*	*53,44%*	
Non renseigné	*9*	*2,85%*	*1*	*11,11%*	*8*	*88,88%*	
Suivi psychologique antérieur	*25*	*7,93%*	*15*	*60%*	*10*	*40%*	0,4247
Pathologie maternelle antérieure*	*45*	*14,28%*	*28*	*62,22%*	*17*	*37,77%*	0,347
Antécédents obstétricaux							Non réalisé
Fausse couche	*51*	*16,19%*	*24*	*47,05%*	*27*	*52,95%*	
IMG**	*12*	*3,80%*	*3*	*25%*	*9*	*75%*	
IVG**	*38*	*12,06%*	*17*	*44,73%*	*21*	*55,27%*	
MFIU**	*1*	*0,31%*	*1*	*100%*	*0*	*0%*	
Professionnel suivant principalement la grossesse							0,175
Gynécologue hospitalier	*146*	*46,34%*	*72*	*49,31%*	*74*	*50,68%*	
Gynécologue libéral	*99*	*31,42%*	*53*	*53,53%*	*46*	*46,46%*	
Médecin généraliste	*4*	*1,26%*	*1*	*25%*	*3*	*75%*	
Sage-femme libérale	*21*	*6,66%*	*15*	*71,42%*	*6*	*28,57%*	
Sage-femme hospitalière	*39*	*12,38%*	*9*	*23,07%*	*30*	*76,92%*	
Grossesse imprévue	*42*	*13,33%*	*12*	*28,57%*	*30*	*71,42%*	0,102
Parcours AMP****	*20*	*6,34%*	*12*	*60%*	*8*	*40%*	0,36
Pathologie de la grossesse******	*50*	*15,87*	*27*	*54%*	*23*	*46%*	1
Grossesse gémellaire	*12*	*3,80%*	*7*	*58,33%*	*5*	*41,66%*	0,9562
Poids pris pendant la grossesse							0,16
<5	*12*	*3,80%*	*5*	*41,66%*	*7*	*58,33%*	
Entre 5 et 12 kilos	*129*	*40,95%*	*72*	*55,38%*	*57*	*43,84%*	
Entre 13 et 19 kilos	*131*	*41,58%*	*55*	*33,33%*	*76*	*66,66%*	
>19 kilos	*38*	*12,06%*	*18*	*47,36%*	*20*	*52,63%*	

Consommation de toxiques		**Total**	**EPP (+)**		**EPP (-)**		
Tabac	*76*	*24,12%*	*25*	*32,89%*	*51*	*67,10%*	**0.003956**
Diminution ou arrêt en cours de grossesse	*137*	*43,49%*	*42*	*30,65%*	*95*	*69,34%*	
Aide au sevrage	*18*	*5,71%*	*9*	*50%*	*9*	*50%*	
Alcool	*20*	*6,34%*	*8*	*40%*	*12*	*60%*	0,6266
Aide au sevrage	*0*	*0%*	*0*	*0%*	*0*	*0%*	
Drogues	*3*	*0,95%*	*2*	*66,66%*	*1*	*33,33%*	Non réalisé
Aide au sevrage	*1*	*0,31%*	*1*	*100%*	*0*	*0%*	
Cours de préparation à l'accouchement	*188*	*59,68%*	*137*	*72,87%*	*51*	*27,12%*	**< 2.2^{10-16}**
Hospitalisation pendant la grossesse	*48*	*15,23%*	*24*	*50%*	*24*	*50%*	*0.6912*
Vécu de la grossesse							*0.5166*
Très bon	*141*	*44,76%*	*70*	*49,64%*	*71*	*50,35%*	
Bon	*127*	*40,31%*	*60*	*47,24%*	*67*	*52,75%*	
Moyen	*39*	*12,38%*	*16*	*41,02%*	*23*	*56,09%*	
Mauvais	*5*	*1,58%*	*4*	*80%*	*1*	*20%*	
Vécu du suivi							0.4613
Très satisfaite	*204*	*64,76%*	*102*	*50%*	*102*	*50%*	
Satisfaite	*104*	*33,01%*	*45*	*43,26%*	*59*	*56,73%*	
Moyennement satisfaite	*5*	*1,58%*	*3*	*60%*	*2*	*40%*	
Suivi PMI	*5*	*1,58%*	*2*	*40%*	*3*	*60%*	1
Lieu d'accouchement							**0.031**
Hôpital public	*144*	*54,14%*	*59*	*40,97%*	*85*	*59,02%*	
Maternité privée	*170*	*45,86%*	*91*	*53,53%*	*78*	*45,88%*	
Non renseigné	*1*	*0,31%*	*1*	*100%*	*0*	*0%*	
Terme							0,98
>38 SA*****	*287*	*91,11%*	*137*	*47,73*	*150*	*52,26%*	
< 38 SA	*28*	*8,88%*	*14*	*50%*	*14*	*50%*	

Voie d'accouchement							**0,2178**
Voie basse	*248*	*78,73%*	*117*	*47,17%*	*131*	*52,83%*	
Césarienne programmée	*23*	*7,30%*	*15*	*65,21%*	*8*	*34,79%*	
Césarienne non programmée	*43*	*13,65%*	*19*	*44,18%*	*24*	*55,82%*	

*Pathologie thyroïdienne, supplémentation suite à un by-pass, dépression, diabète, HTA, épilepsie, pathologie psychiatrique, asthme.

** IMG : Interruption médicale de grossesse, IVG : interruption volontaire de grossesse, MFIU : Mort fœtale in utero

*** Assistance médicale à la procréation (insémination et fécondation in vitro)

**** Restriction de croissance intra utérine, sciatique avec déficit, thrombopénie, Diagnostic anté natal, Diabète gestationnel, mutation du facteur V, menace d'accouchement prématuré, thrombose veineuse profonde.

***** SA : semaines d'aménorrhées

Annexe IV – HAS - Recommandations professionnelles – Préparation à la naissance et à la parentalité (novembre 2005) p.7

3. Organisation générale de la démarche de la PNP

La PNP comporte 4 étapes, chaque étape détermine la suivante tout en s'adaptant à chaque femme ou couple (*figure 1*).

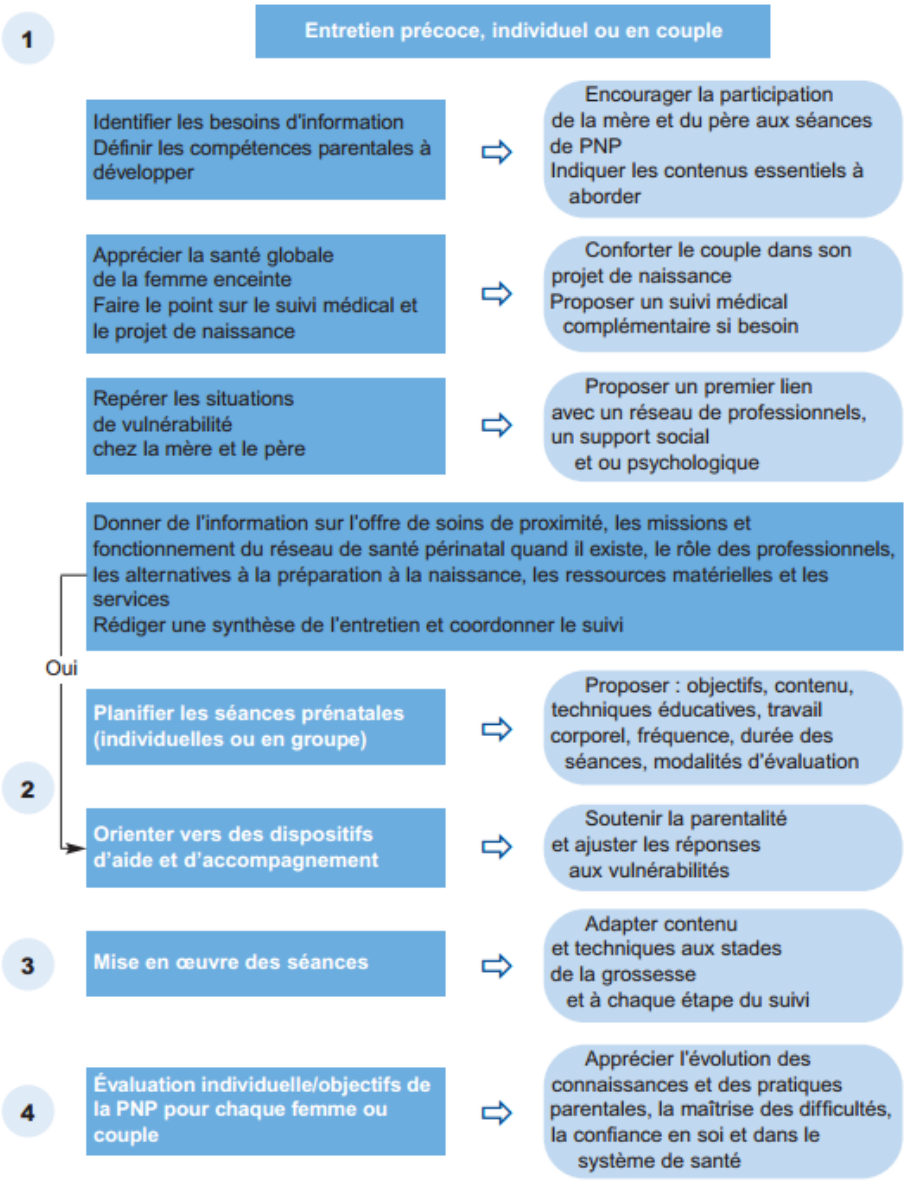

Figure 1. **Étapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et à la parentalité**

Annexe V – Document de synthèse de l'EPP par le RPBO

périnatalité
BRETAGNE OCCIDENTALE

Date .....

ENTRETIEN PRENATAL INDIVIDUEL : SYNTHESE

1er feuillet pour le dossier - 2ème feuillet ou copies pour le ou les correspondants - 3ème feuillet au réseau

Nom ..... Nom JF .....

Prénom ..... Parité .....

Date de naissance ..... Commune de domicile .....

Terme prévu ..... Terme au jour de l'entretien .....

Réalisé par (Nom, prénom) .....

Médecin ❒ Sage femme ❒ Tél. et coordonnées (libéral, établissement, CDAS, autre) : .....

..... Lib. ❒ Etablissement ❒ PMI ❒Autre ❒

Individuel ❒ En couple ❒ Durée de l'entretien : 45 ❒ >45 >60 min ❒

Adressée par (Nom, prénom) : .....

Médecin ❒ Sage femme ❒ Autre ❒

Tél. et coordonnées du professionnel : .....

Lib ❒ Etablissement ❒ PMI ❒ Autre ❒

Suivi de grossesse envisagé par la patiente : ..... Maternité prévue : .....

..... Projet de naissance : Oui ❒ Non ❒

..... Allaitement : Oui ❒ Non ❒

Suivi complémentaire proposé

❒ Consultation sage femme	Consultations spécialisées	❒ Service de soutien à la prise en charge des conduites addictives
❒ Médecin traitant	❒ Obstétricien	❒ Psychologue
❒ PMI	❒ Psychiatre	❒ Diététicienne
❒ Préparation à la naissance	❒ Autre : lequel	❒ Autres
❒ Assistante sociale	.....	
❒ Aide à domicile		

Commentaires *(à écrire en accord avec la patiente et peut être écrit par la patiente elle-même)* :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nouvelle rencontre prévue : Oui ❒ Non ❒ **Date et heure :** .....

Feuilledeliaison_Eval_version21jan2009_29

Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale • 65 rue Jean Macé • 29200 BREST
Téléphone : 02 98 33 31 70 • Télécopie : 02 98 43 49 79 • reseauperinat.bo@wanadoo.fr

RESUMÉ

Objectifs : Réaliser un état des lieux des modalités et des conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce en territoire brestois et définir s'il est correctement réalisé et s'il existe des axes de progression.

Matériel et méthodes : Une étude transversale descriptive rétrospective a été menée à Brest du 1er au 31 août 2016. Des questionnaires ont été distribués dans deux maternité différentes et ont permis de recueillir des informations sur l'entretien prénatal précoce auprès de 315 accouchées.

Résultats : La prévalence de l'entretien prénatal précoce reste encore insuffisante, plus de 10 ans après son instauration. Notre étude retrouve une prévalence de 47,94% (N=151) de l'entretien prénatal précoce. Nous avons mis en évidence un lien fortement significatif avec la réalisation de cours de préparation à la naissance et plus particulièrement lorsque ceux-ci sont réalisés avec une sage-femme libérale. Notre étude retrouve également une plus grande prévalence lorsque les femmes sont suivies dans la maternité privée du territoire concerné. En revanche la prévalence de l'EPP est moins importante chez les femmes inactives

Conclusion : Il reste un travail de fond important à réaliser, notamment sur l'information des couples et des femmes lors du suivi de leur grossesse, mais également auprès des professionnels qui orientent et présentent l'entretien. L'utilisation systématique du document de synthèse nous semble primordiale à mettre en place pour potentialiser les effets positifs d'un travail en réseau dans le domaine de la périnatalité.

Mots clés : Entretien prénatal précoce, Préparation à la naissance et à la parentalité

Titre : Modalités et conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes, une étude transversale descriptive rétrospective menée à Brest du 1er au 31 août 2016 auprès de 315 accouchées.

Auteur : Anouk Clairon

Diplôme d'Etat de Sage-femme, Brest, 2017