



L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne

Elsa Janvier

► **To cite this version:**

Elsa Janvier. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. Gynécologie et obstétrique. 2013. <dumas-00880540>

HAL Id: dumas-00880540

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00880540>

Submitted on 6 Nov 2013

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 CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE D'Auvergne – CLERMONT 1

L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE :
ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION ET DES DIFFICULTES
RENCONTREES PAR LES SAGES-FEMMES D'Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

ELSA JANVIER

NEE LE 21 MAI 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2013

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE D'Auvergne – CLERMONT 1

L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE :
ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION ET DES DIFFICULTES
RENCONTREES PAR LES SAGES-FEMMES D'Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

ELSA JANVIER

NEE LE 21 MAI 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2013

JE TIENS A REMERCIER :

- Joannique Vanhove, sage-femme libérale, directrice de ce mémoire pour sa gentillesse et son soutien,
- Marie Fortune, sage-femme référente pour ce mémoire, pour son investissement et son humanité,
- L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes pour leurs précieux conseils.

JE REMERCIE EGALEMENT :

- Tous mes camarades de promotion et les associatifs avec qui les études ont rimé avec projet, investissement, soirées et amitié, sans ne jamais oublier Chloé en particulier : Margaux pour m'avoir suivi pendant ces années, même à l'autre bout du monde et Tony pour sa touche masculine et pour tous les moments partagés,
- Romain, pour m'avoir supporté, soutenu et aimé,
- Ma famille pour leur présence,
- Mes amies de toujours, une vraie bouffée d'oxygène.

« La santé, la vie de nos enfants ne nous appartiennent pas, elles appartiennent à l'univers. Ce qui nous appartient, notre devoir de parents, c'est de faire de notre mieux »

MESSAGE D'UNE SAGE-FEMME, ARIANE SECCIA STEINBERG

GLOSSAIRE

- EPP : Entretien Prénatal Précoce
- FI : Formation Initiale
- FS : Formation Spécifique
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PRADO : PRogramme de Retour à DOmicile
- SF : Sage-Femme
- SFH : Sage-Femme Hospitalière
- SFL : Sage-Femme Libérale
- SFT : Sage-Femme Territoriale

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Historique de l'Entretien prénatal précoce.....	1
II. La demande des femmes	7
III. L'entretien prénatal précoce, porte d'entrée dans la prévention	9
IV. La formation des sages-femmes	21

METHODOLOGIE

I. Les objectifs de la recherche.....	24
II. Le type d'étude	24
III. La méthode de sélection.....	24
IV. Les critères de jugement	25
V. La méthode d'intervention.....	26
VI. La méthode d'analyse	27

RESULTATS

I. Description du taux de participation	29
II. Description de l'échantillon	29
III. Résultats relatifs à l'objectif principal	32
IV. Résultats relatifs à l'objectif secondaire	41

DISCUSSION ET PROJETS D'ACTION

I. Critiques de l'étude	49
II. Caractéristiques de l'échantillon.....	50
III. Discussion relative à l'objectif principal.....	51
IV. Discussion relative à l'objectif secondaire	56
V. Projet d'action.....	60

CONCLUSION

ANNEXES

INTRODUCTION

Il est fréquent de dire que la grossesse et l'accouchement sont des événements naturels. La faculté d'enfanter serait une disposition naturelle de la femme. Pour autant, aider les femmes à devenir mère n'est pas si récent. Les sages-femmes ont toujours tâché d'apporter leur soutien aux futures mères [1].

Le plan de périnatalité 2005-2007 eut comme objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en développant une offre de soins plus humaine et plus proche des patientes et des couples. En effet, leur sécurité émotionnelle ne faisait pas l'objet d'attention suffisante. Ainsi il a permis la mise en place d'une démarche d'accompagnement à la parentalité qui commence par l'Entretien Prénatal Précoce [2].

Ce nouvel dispositif mérite un accompagnement étroit dans sa mise en route car, il s'agit d'un changement de culture : objectivité de la médecine, subjectivité du registre émotionnel.

Or des disparités sont constatées dues à l'absence de directives ou simplement de formation des sages-femmes diplômées avant ou même après 2005 [3].

De plus, la sécurité globale de la femme passe par une bonne collaboration entre les différents professionnels de la périnatalité.

Or, la mise en place de règles de transmission interprofessionnelle afin de personnaliser et adapter la prise en charge de chaque patiente n'est peu ou pas encore établie.

Même si l'EPP constitue un outil performant de mise en confiance dans le système de santé, il perd de l'intérêt s'il n'aboutit à rien [4].

Une importante marge de progression persiste pour que l'EPP devienne un outil à la hauteur de ses enjeux [5].

En dernière année des études de maïeutique, j'ai été personnellement confrontée, lors de mes stages en maternité et différents services d'obstétrique, aux questionnements et aux angoisses des patientes. J'ai pu alors constater une divergence chez les professionnels dans la pratique de l'entretien prénatal précoce.

Différentes questions se posent :

- les sages-femmes reçoivent-elles une formation initiale suffisante à l'entretien prénatal précoce ?
- quelles sont les difficultés rencontrées lors de la pratique de l'EPP, en particulier en matière de transmission des informations concernant la patiente ?

Tout d'abord, nous nous intéresserons au contexte de la mise en place de l'entretien prénatal, sa pratique et sa formation.

Dans un second temps nous exposerons la méthodologie de notre étude.

Enfin, nous présenterons les résultats de l'étude avant de les discuter en les confrontant aux données de la littérature. Puis nous proposerons des solutions afin d'améliorer la pratique de cet entretien et la qualité des informations transmises lors des collaborations interprofessionnelles.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. HISTORIQUE DE L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE.

1. DU PLAN PERINATALITE DE 1994 AUX DECRETS DE PERINATALITE DE 1998

Depuis la mise en place du premier plan de périnatalité en 1970 visant à renforcer la sécurité autour de la naissance, la France accède au dixième rang européen en termes de mortalité maternelle. Cependant de nombreux progrès restent à faire notamment en matière de sécurité physique ainsi que psychosociale. La réflexion sur la sécurité et la qualité de la naissance ne peut alors pas se limiter qu'au côté technique de l'accouchement. En effet, ce dernier est précédé par 9 longs mois qui n'est pas seulement la « croissance d'un corps dans un corps » mais une période de remaniement psychique où la femme devenant mère traverse espoirs, angoisses.

Or, 6 % des femmes viennent accoucher sans n'avoir jamais consulté pendant la grossesse, et 1 % ont eu moins de trois consultations. Ce taux concerne principalement les parturientes en situation vulnérable ; groupe dans lequel le risque de mortalité périnatale, de prématurité, d'hypotrophie néonatale (poids < 2500g) et de troubles de l'attachement est élevé.

En janvier 1994, le rapport du Haut comité de la Santé publique conduit deux missions : favoriser l'accès aux soins et prévenir les troubles de la mise en place de la relation mère-enfant dès le début de la grossesse [6].

Dans cette dynamique, le deuxième Plan de Périnatalité de 1994 ouvre sur les décrets de périnatalité de 1998, qui, afin de réduire les inégalités de prise en charge et les indicateurs de morbi-mortalité maternelle et périnatale, établissent l'organisation des maternités d'une même région en réseaux inter hospitaliers et classent les maternités en différent niveau de soins obstétrico-pédiatriques.

Les dispositions complémentaires de ces décrets remplacent la première séance de préparation à la naissance par l'entretien individuel personnalisé permettant l'information de la patiente sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale [7].

Lors de la grossesse, la femme et le couple sont particulièrement réceptifs, il est alors indispensable d'entreprendre à ce moment-là une éducation à la santé, une préparation

globale à la maternité mais c'est aussi, pour le professionnel de santé l'occasion de dépister les facteurs de vulnérabilité pouvant fragiliser la femme et avoir des répercussions sur le déroulement de sa grossesse.

2. LA MISSION PERINATALITE DE 2003

La mission de 2003 réalisée à la demande de Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, permet de consolider et amplifier la direction empruntée par les décrets de 1998. Elle propose « vingt propositions pour une politique périnatale » dont l'un des objectifs principal est d'assurer la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceinte et de leurs enfants [8]. A la consultation obstétricale obligatoire du quatrième mois de grossesse s'ajoute un entretien individualisé ; déjà mentionné dans les décrets de 1998, il n'a pu être mis en place par faute de moyens mais devient indispensable.

En effet, l'enquête périnatale de 2003 souligne que 6,7 % se sont plaintes pendant la grossesse et que 2,4 % déclarent s'être senties mal. Seulement 12,4 % d'entre elles ont évoqué une prise en charge avec un professionnel de la psyché [9].

Ainsi cet entretien permettrait d'ouvrir la prise en charge purement médicale de la grossesse à son caractère psycho-social. Il se définit comme un outil de dépistage des différentes formes d'insécurité (couple, famille, précarité) affectant la grossesse et le post-partum. C'est par le repérage des facteurs de risques en anténatal que pourront être anticipés la plupart des problèmes survenant en postnatal.

Cette mesure place la sage-femme comme acteur central, pilote de ces entretiens et insiste sur l'importance de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin de les inscrire dans le suivi de grossesse.

De plus, la mission de 2003 fait l'état des lieux sur le fonctionnement des réseaux et renforce la coopération entre les différents acteurs de la périnatalité pour offrir aux femmes le soutien émotionnel nécessaire.

3. LE RAPPORT DE 2004 « PERINATALITE ET SANTE MENTALE »

Depuis 1994, les professionnels de la périnatalité sont désormais plus sensibilisés aux enjeux affectifs de la naissance. Le rapport de janvier 2004 réalisé par le Docteur Molénat, pédopsychiatre au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier met l'accent sur l'importance d'accélérer la prévention périnatale, elle affirme que « la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des parents doit trouver ses bases en amont et pas seulement en aval » d'autant plus que la grossesse semble être le meilleur moment pour ouvrir le dialogue et créer un climat de confiance avec les futurs parents. Par ailleurs, c'est par l'établissement précoce d'un lien sécurisant que les parents, une fois leur enfant né et rentré à la maison, pourront plus facilement demander de l'aide sans se sentir jugés ni culpabilisés. En effet, si la sécurité de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe par celle des professionnels et de leur environnement proche.

L'entretien y trouve alors une place entière où la femme et le couple pourront confier leurs angoisses, leurs traumatismes actuels ou anciens. L'objectif est d'anticiper un accompagnement ajusté, personnalisé à chaque famille pour chaque étape de l'accouchement et du post partum et ainsi prévenir les troubles psychoaffectifs des enfants.

D'autre part, le rapport révèle l'ensemble des difficultés rencontrées par les professionnels de santé. On sait que par le manque de temps, la disponibilité émotionnelle des soignants se retrouve altérée, mais celui-ci ne constitue pas l'unique frein à la mise en place de ces entretiens. En effet, Françoise Molénat précise le rôle clé du développement des collaborations interprofessionnelles surtout avec les professionnels du psychique, malgré un malaise existant. En effet, le décalage entre le monde du psychique et du somatique peut se traduire par un manque de reconnaissance et soutien des psychologues, lesquels parfois ont des difficultés à trouver leur place au sein des services. Le travail en commun permet d'enrichir la prise en charge, la cohérence du réseau autour de la famille étant parfois suffisante pour diminuer le stress familial.

De plus, la place rigoureuse de la transmission des informations est énoncée ; c'est par elle que le réseau constituera une « enveloppe humaine souple » auprès des

familles. La participation des patientes dans ce qui doit être transmis, leur permet d'être actives au sein du réseau, composante essentielle dans la prise de confiance. « Si la sécurité de l'enfant passe par celle des parents, la sécurité des parents passe par celle des professionnels. »

Enfin, la formation de base en ce qui concerne la psychologie est pauvre, le rapport de 2004 insiste donc sur l'importance pour les professionnels en périnatalité de développer ces connaissances. Cependant se pose la question du type de formation : une formation mono disciplinaire, purement théorique ou pluri professionnelle [3].

4. LE PLAN PERINATALITE 2005- 2007

« HUMANITE, PROXIMITE, SECURITE, QUALITE »

Le plan périnatalité de 2005 reprend un des grands principes évoqués dans la Charte d'Ottawa en 1986 à savoir : la promotion de la santé en plaçant la personne comme acteur de sa santé dans son environnement. Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection sociale, l'applique à l'environnement de la grossesse et de la naissance et vise à « améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche ».

La première mesure énoncée concerne la mise en place d'un entretien individuel, systématiquement proposé lors du 4^{ème} mois de grossesse, il permet d'accéder à l'environnement psychologique de la naissance en créant des liens sécurisants nécessaires à l'ouverture d'un dialogue permettant l'expression des attentes et besoins des futurs parents. Le plan insiste sur l'importance d'en faire bénéficier toutes les femmes dont les patientes vulnérables ou en situation précaire.

Concernant son financement, il sera inclus dans la préparation à la naissance et à la parentalité

En 2005, l'Agence nationale pour l'Accréditation et l'évaluation en santé publique (ANAES) publie les recommandations pratiques cliniques en matière de préparation à la naissance incluant l'entretien prénatal dont nous parlerons dans une prochaine partie.

Par ailleurs, par « plus de proximité », le plan tend à développer une « communauté périnatale » entre les professionnels hospitaliers, libéraux et de PMI mais aussi les acteurs médico-sociaux organisés en réseau autour du couple et de l'enfant à venir [2].

5. LE FINANCEMENT DE L'ENTRETIEN PRENATAL

Dans l'objectif d'améliorer les modalités de réalisation des séances de préparation à la naissance, un accord de bon usage des soins (AcBUS) entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des sages-femmes (Union Nationale et Syndicale des Sages-femmes, Organisation nationale des Syndicats de Sages-femmes) a été publié en décembre 2002 [10].

L'arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels introduit l'entretien prénatal comme première séance de préparation mais lui attribue une cotation spécifique pour les sages-femmes : SF15 (39,75€) [11]. C'est par cette réglementation que le pouvoir public soutient la volonté des nouveaux plans de périnatalité et en souligne trois aspects principaux : première des séances de préparation à la naissance, proposition systématique, en couple ou individuel.

6. LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS

La Haute Autorité de Santé publie en novembre 2005, à la demande de la direction générale de la santé et des sages-femmes, les recommandations afin d'appuyer les mesures du plan périnatalité 2005-2007, en particulier celle de l'entretien prénatal précoce. Ce dernier ne se substitue pas à une consultation obstétrical mais est inscrit comme la première séance de PNP ; cependant il fait l'objet d'une cotation spécifique. Il doit alors introduire le contenu des 7 séances de PNP et encourager vivement les parents à y participer, développant ainsi les échanges et créant le climat de confiance nécessaire à la naissance d'un enfant.

Afin d'orienter les professionnels, l'HAS expose les conditions de dialogue et les techniques de communication utilisables, elle établit ainsi un « guide d'entretien », qui correspond à une « check-list » des contenus à aborder [12].

Enfin, le suivi post natal est préconisé systématiquement afin d'améliorer le bien-être des femmes, d'accompagner les soins, de développer les liens parents-enfants et de dépister les situations vulnérables dans l'objectif de prévenir la dépression du post partum touchant 20 à 30% des femmes [13].

7. RAPPORT PERINATALITE ET PARENTALITE

A la demande de Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale et à la famille, Marie-Thérèse Hermange remet en 2006 le rapport « Périnatalité et Parentalité » [14].

Les principaux constats sont le taux de mortalité périnatale en France, plus élevé que dans les autres pays d'Europe et l'insuffisance du suivi de grossesse et de l'accompagnement en post-partum chez les patientes en situation vulnérable.

De plus, le rapport propose également de renforcer les collaborations entre les équipes de PMI et les structures hospitalières et de développer des staffs de parentalité au sein des maternités et du réseau périnatal.

8. LA LOI DU 05 MARS 2007

Dans la détermination de prévenir le plus précocement possible la maltraitance et les violences domestiques, la loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, souligne l'importance de l'entretien de 4^{ème} mois. Cette loi met en avant la systématisation de ce dernier, afin de dépister les situations à risques, et le qualifie de psychosocial [15] [16].

II. LA DEMANDE DES FEMMES

1. DEVENIR MERE, LA MATERNALITE

Dès les premières semaines de grossesse, l'équilibre habituel de la femme est ébranlé. La grossesse constitue un état très particulier. Monique Bydolwsky, psychiatre française contemporaine, évoquait « la transparence psychique » [17]. Les femmes établissent un lien entre la situation actuelle de gestation et leurs situations passées. La femme accède à la maternalité seulement si elle accepte de faire le deuil de « être l'enfant de ses parents, notamment de sa mère » afin de devenir elle-même parent de l'enfant à venir ; c'est un passage obligé. L'arrivée de l'enfant à naître fait ressurgir les souvenirs, les anciens conflits de la mère et réactive des peurs inconscientes... Ce qui explique une certaine vulnérabilité qu'ont les femmes enceintes, en particulier au premier trimestre de la grossesse ainsi qu'au troisième trimestre où apparaissent les angoisses de l'accouchement. Le deuxième trimestre est plutôt caractérisé comme une période d'accalmie, de plénitude [18].

D'autre part, Donald Winnicott, pédopsychiatre britannique, appelait « préoccupation maternelle primaire » le repli narcissique des femmes leur permettant d'acquérir le plus souvent une hypersensibilité et ainsi pouvoir répondre pleinement aux besoins de leur nouveau-né. Cet état psychique se développe graduellement au cours de la grossesse et permet l'établissement d'un lien privilégié avec le fœtus [19].

Selon Martine Spiess, psychologue clinicienne à Strasbourg, « Le temps de la grossesse passe par une élaboration psychologique personnelle qui entraîne un repositionnement dans l'existence et dans l'environnement familial et social. »

Trois moments sont à relever :

- « l'être enceinte » où lors des premières semaines de grossesse, il existe une ambivalence entre le souhait de grossesse et sa réalisation concrète
- Un temps où la femme, femme-mère se façonne une première image de l'enfant attendu. Il s'agit d'un temps d'épanouissement narcissique.

- « le donner naissance » où à la fin de la grossesse la femme prend conscience de l'individualisation du fœtus et de son autonomisation comme corps détachable. Un sentiment de perte de dé complétude est ressenti [20].

La gestation, 9 mois pour accéder à la parentalité, n'est pas seulement une modification des organes pelviens mais constitue une période d'importants bouleversements psychiques et elle est à l'origine de fragilité émotionnelle où l'inquiétude et les angoisses peuvent occuper une place majeure. Spinoza citait dans L'Ethique : « le corps et l'esprit ne sont pas des entités différentes mais bien une même chose, envisagée différemment », concluant au fait que le corps est l'objet d'une pensée réflexive [21]. La femme porte l'enfant à naître dans son ventre mais aussi mentalement. Le biologique (éprouvé corporel) et le psychologique (vie affective) sont ainsi étroitement lié dans le « devenir mère ».

2. LE SUIVI DE GROSSESSE, VECTEUR DE STRESS

A l'heure actuelle, le suivi prénatal s'inscrit dans un contexte de médecine préventive orientée vers le dépistage de pathologies à haut risque. Bien entendu, l'anxiété maternelle n'a pas été créée par la surveillance obstétricale mais les progrès en terme d'investigation, les échographies, les multiples tests anténataux vont occuper une grande place et générer un certains nombres d'inquiétudes chez les femmes enceintes [1]. De plus, une approche multidisciplinaire, indispensable dans la prise en charge de certaines patientes est une source d'anxiété où elles doivent faire face à des intervenants différents. Garder la mère en bonne santé tout au long de sa grossesse, donner naissance à un enfant capable de s'adapter à une vie extra-utérine sont des objectifs louables qu'il est important d'atteindre ; or le suivi de grossesse ne doit pas seulement reposer sur des techniques mais doit aussi intégrer le travail sur un autre versant : psychique et émotionnel.

Le stress au cours de la grossesse occupe une place de plus en plus importante au sein de la prise en charge des femmes enceintes. Jamais les femmes n'ont été autant en demande d'apaisement, jamais non plus elles n'ont été aussi accessibles [22].

Ainsi, il est primordial que le suivi périnatal soit équilibré en matière de stress et d'apaisement. L'entretien prénatal précoce va permettre au couple de trouver un peu d'humanité dans ce suivi en intégrant la dimension affective et émotionnelle.

III. L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE, PORTE D'ENTREE DANS LA PREVENTION

1. LA PRECOCITE DE L'ENTRETIEN

« Parler de l'enfant, c'est parler de ses parents et donc de prévention précoce en périnatalité », explique Michel Dugnat, pédopsychiatre. Lors de la déclaration de grossesse ou d'une consultation classique, l'entretien prénatal doit être introduit systématiquement par le professionnel, pour toutes les patientes, comme un temps personnalisé de dialogue, d'écoute, de partage. La présence du père y est notamment encouragée. En effet, il faut prendre en considération non seulement la femme mais le père de l'enfant, l'entourage au cœur duquel naîtra l'enfant. Par ailleurs, il ne doit pas être ciblé sur les femmes en difficultés, au risque de les stigmatiser et ainsi de les faire fuir [12].

Cependant, il existe un manque de connaissance des objectifs de l'entretien et certains professionnels sont réticents à sa mise en place par crainte de perdre leur patientèle et du regard des autres sur leur pratique. L'information des patientes est alors irrégulière et l'entretien prénatal précoce n'est pas encore inscrit dans le suivi systématique de la grossesse.

Or, les outils informatifs sont divers : la lettre remise lors de la déclaration de grossesse, le carnet de maternité, la lettre adressée par la PMI, les affiches dans les salles d'attente. Cependant, rien ne vaut une communication orale afin de prévenir la femme [23].

La prise en charge précoce que propose l'entretien prénatal du 4^{ème} mois a pour objectif de prévenir la genèse des troubles de développement du nourrisson. En effet, des événements angoissants tout au long de la grossesse et des expériences relationnelles précoces traumatiques agissent sur la structuration psychique du fœtus et du nourrisson et peuvent être ainsi à l'origine de troubles de la relation mère-père-enfant. L'anxiété,

les événements stressants (traumatismes passés ou récents), le sentiment d'insécurité lié à l'incertitude de devenir une « bonne mère » sont associés à l'altération de la vascularisation utéroplacentaire, l'accouchement prématuré ainsi que le retard de croissance intra-utérin du fœtus ; et peuvent être la source de l'altération des capacités d'apprentissage, de troubles de l'humeur (syndrome anxio-dépressif, schizophrénie) et de l'attention de l'enfant à naître [24].

Monique Bydlowski soulignait l'importance du repérage précoce des angoisses dès le début de la grossesse afin de les dissoudre et laisser à la femme une plus grande disponibilité pour elle-même et donc pour l'enfant à venir [17].

Ainsi, plus il est pratiqué tôt, plus il sera possible d'intervenir en temps utile. En outre, si des démarches sociales sont à entreprendre ou un accompagnement psychologique, mieux vaut le faire dès le début de la grossesse. De plus, la femme est plus sensible aux informations lors du premier trimestre, moins préoccupée par le travail et l'accouchement. Cependant, l'EPP peut avoir lieu à tout moment et peut être suivi d'autres entretiens dans les cas nécessaires (addictions, précarité, violences, stress et angoisses importants...).

L'EPP a sa part entière dans le suivi de la grossesse, et constitue la première des huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité, permettant ainsi un accompagnement global.

2. LES CARACTERISTIQUES DE L'ENTRETIEN PRENATAL

A. CE QUE L'ENTRETIEN NE DOIT PAS ETRE

Le référentiel de formation à l'entretien précise les nombreuses dérives qu'il peut prendre [23].

Il est à différencier de la consultation médicale classique : un entretien à dominante directive, où le professionnel est détenteur d'un savoir, de connaissance dont il va se servir pour interroger et examiner la patiente. L'entretien prénatal constitue un réel

temps d'écoute, l'ouverture d'un dialogue, où le professionnel accède aux ressentis de la patiente prenant ainsi en compte le registre émotionnel de la grossesse.

Cependant il n'est pas un entretien psychothérapeutique où l'on recherche des facteurs de risques mais l'occasion de répondre à leur questionnement et proposer aux couples les moyens de développer leurs compétences de futurs parents. En effet, il va permettre d'apporter un aide personnalisée, ciblée en fonctions des besoins et des difficultés et non un catalogue de conseils.

B. LES OBJECTIFS

L'objectif principal de l'EPP est de donner la parole aux femmes et aux hommes, futur père ; leur donner un temps pour manifester leurs attentes, leurs besoins, leur peur de l'inconnu et leurs angoisses souvent peu exprimés leur de consultation mensuelle classique [12]. Francis Puech, gynécologue-obstétricien au CHRU de Lille citait "Ecouter ne veut pas dire résoudre mais reconnaître ce que ressent la femme enceinte sans le banaliser" [25].

De plus la transmission interprofessionnelle évite les redondances et lutte contre le morcellement des interventions.

Ainsi la femme sera au centre d'un environnement de confiance et des préoccupations des professionnels, permettant à ces derniers d'ajuster leur prise en charge en fonction des besoins spécifiques de chaque patiente et ainsi de personnaliser leur suivi de grossesse.

En effet, il est nécessaire de revenir aux besoins primaires des mères, base de l'amélioration de la prise en charge pré, per et postnatale.

Il s'agit de développer une offre de soins plus humaine, plus sociale qui répond au mieux aux attentes des futurs parents [26].

Il est pour le professionnel l'occasion d'apprécier la santé globale de la femme et de repérer les situations de vulnérabilité. Il consiste à reprendre avec elle ses antécédents, son suivi médical, médico-social et explorer les points d'appui existant en se centrant sur la venue de l'enfant dans l'environnement de la future mère.

En effet, l'EPP s'inscrit dans une démarche de prévention et d'éducation. Il permet d'apporter à la patiente des informations claires et compréhensibles et de proposer et de planifier les séances de PNP ainsi qu'une aide appropriée [13].

Cependant cet entretien, touchant à l'intimité des familles, peut s'avérer néfaste s'il n'est pas suivi par un réseau de prise en charge adapté. En effet, il ne suffit pas de d'être à l'écoute des paroles des femmes et des futurs pères, il faut être en capacité de recevoir et parfois contenir ces paroles.

C. LES FACTEURS DE VULNERABILITE

Il ne s'agit pas de rechercher un symptôme en particulier mais un ensemble de facteurs témoignant de la fragilité de la patiente ; Michel Soulé, psychiatre, parle de « clignotants ». Une écoute attentive ouvre au repérage des angoisses et permet de mener une prise en charge préventive précoce [27].

Certaines souffrances sont ancrées dans un contexte de facteurs de risque :

- une infertilité,
- un parcours de procréation médicalement assisté difficile,
- un antécédent de pertes fœtales, de fausse couche à répétition,
- les antécédents obstétricaux mal vécus (déli de grossesse, césarienne, extraction instrumentale, autres ...),
- les conditions de vie : femme célibataire, isolée, manque de soutien de l'entourage, précarité, chômage, maladie, mauvaises conditions de logements, violence conjugale, surmenage familial...,
- grossesse antérieure non suivie, grossesse actuelle déclarée tardivement,
- demande d'IVG non réalisée
- une suspicion d'anomalie fœtale, d'un handicap ...
- autres ... [12]

Chaque femme est unique et un sujet singulier avec sa propre histoire. On peut toujours être surpris de ne pas avoir pensé à ce qui peut être confié ; il faut alors laisser la liste ouverte.

La reprise des antécédents traumatiques permet d'inscrire la patiente au cœur d'une surveillance et d'un accompagnement personnalisé, un véritable contenant émotionnel.

De plus, la sage-femme a un rôle important dans la recherche des signes indirects de souffrance psychique de la femme enceinte comme : les nausées, les vomissements, les troubles du sommeil, l'inconfort, l'irritabilité, les pleurs, les douleurs inexplicables, la dépendance à une substance ... Mais d'autre part, la sur fréquentation des urgences, les rendez-vous ratés, l'agressivité envers les soignants ainsi que les demandes incongrues (demande de déclenchement, de césarienne). La perte de l'élan vital, de tout plaisir doit attirer l'attention vers un début d'épisode dépressif.

D. L'EPP, UNE OUVERTURE VERS LA PRISE EN CHARGE POSTNATALE

Après la naissance, vient le temps des relevailles où le lien d'attachement se met en place au fil des interactions parents-enfants, mais est aussi une grande période de doute et de solitude pour la femme maintenant mère malgré la présence de l'enfant. Tout d'abord, elle doit faire face au deuil de la grossesse, toute l'attention tournée n'est plus tournée que vers elle, vers « son ventre » mais vers l'enfant après l'accouchement. Cette sorte « d'abandon » peut terriblement blesser la femme qui se sent alors non-reconnue par son entourage. Presque tous les présents de naissance sont destinés à l'enfant. D'autre part, elle doit faire face à des peurs personnelles : peur de ne pas être capable, de ne pas être une bonne mère ... C'est alors au moment où l'enfant est né et rentré à la maison que les parents se replient sur leurs difficultés.

La mise en place d'une prévention pendant la grossesse permet l'ouverture vers le suivi postnatal, le temps de l'écoute n'est pas seulement centré sur la grossesse mais sur l'accueil de l'enfant.

Ainsi par la prévention anténatale, la femme se retrouve au cœur d'un réseau qui prend soin d'elle, auquel elle pourra faire appel sans se sentir jugée ; ce soutien adapté

permet alors de s'assurer du bon développement psychomoteur futur de l'enfant, de prévenir une dépression du post partum et les conséquences des troubles de l'attachement en particulier dans les situations de précarité ou de grande fragilité psychique. La demande de soin se place alors comme une demande d'aide. L'accompagnement postnatal par des visites à domicile permet d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant et d'entretenir la capacité de la femme, du couple à devenir parents [28].

3. MENER UN ENTRETIEN, LA CREATION D'UN CLIMAT DE CONFIANCE

Conduire un entretien nécessite d'être sensibilisé aux techniques de communication appropriées afin d'instaurer un temps d'échange et de partage. Aude Lefevre, psychologue clinicienne et formatrice à l'entretien prénatal précoce, le divise en quatre temps [25].

En premier lieu, il s'agit d'accueillir la patiente. La communication humaine passe par la « non verbale » : la bienveillance du premier accueil, la présence du regard, la manière de toucher la patiente, le respect du temps de parole du couple suffisamment long ont une place tout autant importante. Elle permet de recueillir les ressentis de la femme, les non-dits qu'elle cache consciemment ou inconsciemment. Le professionnel doit adopter une attitude encourageante, non culpabilisante, laissant la patiente se confier, exprimer ses attentes et ses questionnements.

Puis vient le temps de l'écoute, laissant la place à la dimension émotionnelle. L'entretien prénatal précoce est un entretien semi directif que la sage-femme mène dans les directions qui lui sont utiles.

La sage-femme dispose de questions simples afin d'orienter l'entretien (antécédents médicaux mal vécus, histoire personnelle, déroulement de la grossesse, présence de l'entourage, inquiétudes particulières, peur de l'accouchement, d'être incompétente ...) mais il n'est pas un catalogue de recommandations communes à toutes les femmes. Elle peut ainsi amorcer l'entretien par ces questions ouvertes nécessitant une réponse plus étendue qu'un « oui » ou qu'un « non » afin de recueillir des informations plus précises et d'accéder aux ressentis de la patiente pouvant être à l'origine de complications ultérieures [29].

L'HAS donne une liste des principaux thèmes à aborder:

- Qui est la femme enceinte, le couple (son identité)
 - Ce que la femme vit et a vécu
 - Ce qu'elle ressent
 - Ce qu'elle fait (sa profession)
 - Ce qu'elle sait
 - Ce qu'elle croit
 - Se sent-elle menacée et par quoi
 - Ce dont elle a envie (ses désirs)
 - Ce qu'elle veut connaître et apprendre
 - Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions (son projet de naissance) [12]
- [Annexe I].

Cependant, il ne s'agit pas de stigmatiser, il est nécessaire d'adapter son discours en fonction de chaque patiente au risque de développer chez elle un sentiment de dévalorisation.

Il est recommandé de laisser parler la femme, autoriser les silences, sans donner de conseils, en évitant tout jugement ce qui permet à cette dernière d'entrer dans une démarche active : explorer ses problèmes et trouver elle-même des solutions, renforçant ainsi sa propre estime. On parle alors d'écoute active.

De plus, la sage-femme donne la possibilité à la patiente d'ajuster ses propos et d'éviter les malentendus. C'est par la reformulation que la sage-femme vérifie qu'elle comprend justement la femme et la soutient à s'exprimer sur ses compétences et ses difficultés. Il est indispensable d'utiliser un vocabulaire positif, simple (pas de jargon médical) avec une certaine asepsie verbale.

L'HAS insiste sur les qualités d'empathie nécessaire à mettre la femme en confiance et à améliorer la communication. Il s'agit d'adopter une attitude bienveillante et d'acquérir la capacité à percevoir les sentiments de la patiente en mettant des mots sur ce que l'on perçoit comme l'émotion dominante.

La troisième étape consiste à soutenir la capacité du couple à devenir parents et délivrer une information correspondant à leurs besoins ainsi qu'une prise en charge adaptée tout en restant avenant malgré parfois la présence de facteurs de risques. Il est

essentiel de s'assurer de la bonne compréhension des propos et que la décision d'orientation et de transmission vers un autre professionnel est faite avec l'accord de la patiente.

Enfin, le dernier temps est une relecture personnelle de l'entretien

4. LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS, UNE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

A. ETHIQUE

L'éthique de la transmission des informations a une place capitale dans la finalité de l'entretien prénatal précoce et surtout dans la continuité des soins comme le souligne l'article L. 2112-2 du code de la santé publique ainsi que le guide pratique Protection de l'enfance mis en ligne par le Ministère de la Santé et des Solidarités.

« Chacun a droit au respect de sa vie privée », rappelle l'article 9 du Code Civil, il souligne ainsi l'importance de la confidentialité des informations.

Le secret professionnel en périnatalité regroupe tous les acteurs intervenant auprès du couple et de l'enfant, laissant à ces derniers le soin de choisir parmi tout ce qui a pu être porté à leur connaissance, ce qui leur paraît nécessaire de transmettre.

C'est sur ce secret que la mère, les parents peuvent se confier aux professionnels, ils perçoivent leur place au sein d'une équipe qui travaille autour d'eux, créant ainsi un climat de sécurité. De ce fait, il convient d'éviter de transmettre des informations à l'insu des personnes concernées, ce qui doit être transmis nécessite l'accord de la patiente et doit l'être uniquement dans son intérêt [30].

B. QUE TRANSMETTRE ?

La transmission des informations concernant une patiente se fait selon diverses conditions entre les différents acteurs de la périnatalité. Or une transmission de qualité, au-delà du droit, est un important facteur de confiance pour la patiente. Françoise Gouzvinski, psychologue au pôle mère-enfant de Carcassonne, souligne le caractère indélicat que peut constituer une transmission.

Se pose alors un dilemme : "ne rien dire" et manquer aux devoirs d'informations des collègues, et, "tout dire" et violer l'intimité de la patiente. Il existe alors un niveau intermédiaire.

L'important est de trouver les mots, sans jugement ni diagnostic, qui analysent la situation et sans rapporter les paroles de ceux qui nous ont fait confiance.

En effet il est difficile d'adopter une écoute bienveillante et d'avoir en même temps la mission de transmettre des informations pouvant rendre vulnérable la patiente. D'autre part, comment passer de la description d'un comportement à la transmission de ce qui s'est échangé à un moment de l'intervention ? Il est alors primordial de se demander quelle est la part des informations à transmettre et celle à garder pour soi. Il ne s'agit pas d'un partage de secret mais d'un partage d'informations utiles. Comme le souligne Danièle Capgras « toute information n'est pas bonne à transmettre, le partage doit toujours être limité et finalisé dans l'intérêt de la patiente » [31].

Tout d'abord, il est primordial d'écouter les souhaits et de ne rien partager sans que la patiente ne soit avertie. En effet, elle peut se sentir trahie et ainsi rejeter les professionnels venant à son aide, renforçant d'autant plus le repli sur elle, sa détresse et dans certains cas sa dévalorisation. De plus, le dialogue sur les vulnérabilités nécessaires à signaler sera le résultat d'une médiation entre la patiente et la sage-femme plutôt que la transmission d'un savoir objectivant sur quelqu'un. La femme aura ainsi l'occasion de se sentir active et de percevoir sa place au sein d'un collectif qui s'organise autour d'elle.

Par ailleurs, le professionnel doit déterminer ce qui sera essentiel et pertinent ; l'intérêt n'étant pas de tout transmettre mais de partager les informations nécessaires à l'équipe pour comprendre les particularités de la patiente afin d'assurer une prise en charge bénéfique et sécurisante pour la patiente. Nous parlons souvent de la femme, de la future mère et de son enfant mais nous incluons également le futur père, quand celui-ci est présent. On parle alors de « transmission opérante ».

Ainsi, en fonction du destinataire (obstétriciens, psychologues, addictologues, médecin généraliste...) les transmissions diffèrent et sont personnalisées, en effet certaines peuvent constituer un frein et non une aide. Ce qui est transmis reste alors à la subjectivité de la sage-femme.

C. LE SUPPORT DE TRANSMISSION

L'HAS recommande la rédaction d'une fiche de synthèse qui sera transmise, avec accord de la patiente aux professionnels assurant le suivi de la grossesse. Cette synthèse est le support de la coordination des actions à mettre en place en matière d'accompagnement [12].

La fiche de synthèse ne doit ni être une copie du dossier médical ni une liste d'items à aborder ni de conseils à donner mais doit être adaptée aux attentes et aux besoins des couples. Elle doit refléter ce que la femme éprouve, ses préoccupations, ses difficultés d'ordre psychologique et social. A la place du problème tel quel, il est préférable de parler des dispositifs d'accompagnement à mettre en place afin de venir en aide à la patiente (préparation à la naissance et à la parentalité, consultations spécialisées, contact pris avec les professionnels des champs sanitaire et social ...). Il est alors indispensable de préciser les coordonnées du professionnel référent qui coordonne les actions à mener autour de la femme [31].

Cependant cette fiche n'est pas adaptée pour délivrer certaines « informations sensibles », en effet sa lecture peut entraîner de mauvaises interprétations et aller à l'encontre de l'objectif primaire de l'entretien.

Finalement, le support de transmission doit respecter la part du secret tout en permettant un véritable échange entre les acteurs de domaines différents. Le professionnel doit pour sa part ne pas stigmatiser et faire preuve de discernement au moment du partage des informations.

Les progrès en termes de transmission restent toujours à entretenir et développer [32].

5. LE TRAVAIL EN RESEAU

A. PRESENTATION DU RESEAU PERINATAL

Le réseau se définit comme un ensemble organisé de personnes dans un territoire donné, de compétences différentes et complémentaires agissant dans un objectif commun : prouver que travailler ensemble améliore la santé et la sécurité émotionnelle des patientes. En effet, c'est l'échange d'informations entre les professionnels qui va soutenir la parturiente tel un "berceau invisible". Le travail en réseau constitue alors un lieu de transmission organisée des confidences qu'acceptent de livrer la patiente. Ces informations (médicales, sociales et psychologiques) peuvent être partagées au sein d'un dossier que tous les professionnels encadrant la patiente sont à même de consulter. Il est donc indispensable d'informer la femme qu'elle se trouve au cœur d'un cercle de confiance [31].

Le réseau veut unifier la prise en charge quel que soit le lieu et ainsi éviter le morcellement et le manque de cohérence dans cette dernière. Ainsi il coordonne les actions des différents acteurs autour de la patiente. Il identifie et décrit les dispositifs d'accompagnement et de soins pouvant être mis en place en fonction des besoins des femmes et des risques identifiés pour la mère et l'enfant.

L'entretien prénatal précoce trouve alors toute sa place au sein des missions des réseaux de périnatalité. En effet, il n'a de sens que s'il constitue une aide personnalisée. Il est alors indispensable de s'appuyer sur des professionnels de diverses spécialités, capable d'interagir entre eux.

Par ailleurs, la communication apporte aux professionnels un important soutien car elle permet de lutter contre le sentiment d'insécurité et d'impuissance face à certaines situations [32].

B. LES ACTEURS DU RESEAU

Le réseau a comme objectif principal d'améliorer la connaissance des différents acteurs médico-psycho-sociaux impliqués dans la périnatalité et le suivi des patientes. Ces derniers partagent des principes éthiques, comme le respect de la vie privée et du secret médical, ainsi que de finalité et de consentement.

On retrouve au sein du réseau :

- Les acteurs de la santé avec les sages-femmes libérales, territoriales, hospitalières, les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes, les pédiatres, les anesthésistes-réanimateurs, les puéricultrices, les consultants en addictologie, les diététiciennes ...
- Les acteurs psycho-sociaux avec les psychologues, les psychiatres, les assistantes sociales, les services d'aides aux domiciles, les services sociaux.

Les psychologues ont une place primordiale dans les maternités en particulier pour sécuriser l'équipe face aux situations difficiles qu'elle peut vivre et d'étayer ainsi leur prise en charge. De plus, ils accueillent les patientes qui leur sont adressées, nécessitant un suivi spécifique.

Adopter l'entretien prénatal précoce, c'est atténuer le clivage entre la somatique et la psychologie et admettre que l'on a besoin de s'appuyer sur d'autres professionnels.

La prise en charge d'une patiente lors de sa grossesse convoque inévitablement l'interdisciplinarité et les risques de scission entre les spécialistes. La transmission est d'autant plus facile que les professionnels se connaissent de par la confiance faites à l'autre. De plus, le clivage entre les institutions (centre hospitalier, sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, psychologues ...) entraîne un obstacle aux transmissions. Les difficultés reposent sur le fait de travailler ensemble, d'accepter la place de chacun, de communiquer, de se concerter, de se respecter et d'adopter un langage commun. Les "staffs de parentalité" permettent aux professionnels de se rencontrer et sont l'occasion de présenter les situations vulnérables dans un but d'apporter une orientation et un soutien adapté [33].

Finally, prenatal care allows to build, from early pregnancy, a global care with somatic, psychological, social and medical aspects, ensured by interprofessional transmissions, continuity of care and medical, affective, emotional security which is beneficial for all parents and professionals.

IV. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

1. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

During pregnancy, patients trust the professional with whom they feel most confident, who will listen without judgment and who will be best able to understand what they live through.

The midwife has always been perceived as the referent and accessible interlocutor of the woman, possessing natural listening qualities. Through her medical aptitudes, specialist in obstetric physiology, she is able to collect the concerns of patients in order to ensure their safety and reassure them; it is to her that the care of the fourth month as well as the PNP courses are entrusted. However, the care, empathy and dialogue are not always easy. The midwife finds herself confronted with problems, anxieties and emotions of women and all this will bring her back to her own story, her own fears which she has not necessarily overcome. It is in certain situations that the midwife can feel powerless and impotent [34].

Moreover, the passage from a medical consultation to a care practice requires a real change in position. In fact, during a medical consultation, the professional is more in action, looking for a diagnosis, whereas care requires active listening, availability as much physical as psychological.

EPP is a real « state of mind » to acquire [4].

2. LA FORMATION, UN OUTIL INDISPENSABLE.

Depuis 2005, l'entretien prénatal s'est rajouté aux compétences des sages-femmes sans réelle exigence de formation, celle-ci est recommandée mais pas obligatoire [35]. Chaque sage-femme est tenue, par l'article R 4153-1 du code de la santé publique, au développement professionnel continu, et peut alors par le biais programme de formation approfondir ses connaissances et ses compétences. C'est la validation de formation qui permet d'attester que la direction d'EPP fait l'objet de nombreuses connaissances et qu'il nécessite une réelle qualification [36].

En premier lieu, la formation initiale des étudiants sages-femmes comportent un temps d'enseignement théorique à la conduite de réunions et d'entretien ainsi qu'à la préparation à la naissance. Cependant il s'agit, sur les cinq années d'études, que d'un nombre d'heures limité et ce thème est abordé différemment en fonction des écoles, tant dans son contenu que dans sa durée. La réalisation de stages de consultations en secteur hospitalier et libéral étaye leur savoir et leur approche de l'entretien mais ceux-ci sont différents pour chacun rendant ainsi la formation pratique hétérogène.

Françoise Molénat dénonce la pauvreté des formations de base des professionnels de santé en ce qui concerne la psychologie et la sociologie, accentuant le clivage entre le « monde » somatique et psychique [3]. Or, la connaissance de la psychopathologie périnatale, regroupant les problèmes psychologiques et psychiatriques allant de la conception au post partum, est indispensable afin d'être en mesure d'en effectuer un repérage précoce par le biais de l'entretien prénatal. De plus, l'entretien peut s'avérer néfaste pour la patiente s'il n'a pas été conduit par un professionnel ayant reçu une formation spécifique. En effet, des questions inappropriées, intrusives peuvent empêcher la femme de se dévoiler ainsi que la déstabiliser en la laissant avec des problèmes réactivés mais sans soutien. Par conséquent, il paraît fondamental de proposer des formations à tous professionnels qui souhaitent pratiquer cette activité [37].

Ces dernières ont deux enjeux principaux : permettre aux professionnels d'acquérir tous les outils nécessaires pour mener à bien les entretiens et d'activer des pratiques de travail en réseau.

Tout d'abord, il s'agit de sensibiliser les professionnels aux diverses techniques d'entretien (position d'écoute, écoute active, empathie, la reformulation) et aux notions de psychologie périnatale. Le champ de la périnatalité étant vaste, les participants aux formations possèdent une approche et une expérience hétérogènes aux abords émotionnels de la femme enceinte. De plus, la formation des intervenants doit les rendre capables de rechercher et discerner le besoin méconnu ou la demande qui ne peut pas se formuler [38].

D'autre part la mise en place de formation est un élément incontournable pour apprendre aux professionnels à travailler ensemble et trouver leur place au sein de l'équipe qui s'articule autour de la patiente dans le but d'améliorer leur collaboration et de s'inscrire dans un réseau. Lors d'un suivi de grossesse, plusieurs acteurs de la périnatalité rentrent en jeu, cependant, c'est seulement par le décloisonnement de leurs pratiques que les professionnels pourront instaurer une continuité et une cohérence dans leur prise en charge. De plus, la circulaire du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité rappelle que les modalités de transmission des informations d'ordre psychologique ou social doivent faire l'objet de formations spécifiques.

Il s'agit ainsi de formations interdisciplinaires centrées sur la clinique. Elle permet aux professionnels de visualiser les actions menées par les divers acteurs, médicaux, sociaux, psychiatriques, ainsi que leur spécificité, d'acquérir les règles de travail en commun et de renforcer les transmissions respectant la place et la confidentialité des parents. C'est par la connaissance de tous les membres du réseau que le climat de confiance que la sage-femme aura établi avec le couple lors de l'EPP pourra s'étendre [4].

METHODOLOGIE

I. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif principal est d'évaluer la formation des sages-femmes qui pratiquent l'entretien prénatal précoce.

L'objectif secondaire est d'évaluer si la formation a des répercussions sur des difficultés rencontrées lors de la pratique des EPP en particulier en matière de transmission interprofessionnelle des informations qui concerne le patient.

II. LE TYPE D'ETUDE

Pour répondre aux objectifs, une étude observationnelle transversale descriptive et à visée étiologique a été réalisée.

III. LA METHODE DE SELECTION

1. LA DESCRIPTION DE LA POPULATION

La population étudiée est l'ensemble des sages-femmes de la région Auvergne qui réalisent l'entretien prénatal précoce au sein d'un établissement hospitalier public ainsi qu'au sein d'un cabinet libéral et d'un centre de protection maternelle et infantile.

2. LES CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les professionnels inclus dans l'étude sont :

- Les sages-femmes libérales,
- Les sages-femmes hospitalières en établissement public,
- Les sages-femmes territoriales (Protection Maternelle Infantile).

Les sages-femmes de ces trois modes d'exercice incluent au sein de l'étude sont uniquement celles qui réalisent des entretiens prénatals précoces.

Les professionnels exclus de l'étude sont :

- Les sages-femmes hospitalières en établissement privé,
- Les sages-femmes ne réalisant jamais d'EPP,
- Les gynécologues-obstétriciens,
- Les médecins généralistes,
- Les pédiatres et assistantes sociales,
- Les psychologues,
- Les professionnels refusant de participer à l'étude.

IV. LES CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal est la formation des sages-femmes sur l'entretien prénatal précoce en fonction de leur activité.

Les variables principales étudiées sont :

- L'année d'obtention du diplôme,
- L'année de mise en pratique de l'entretien prénatal précoce,
- La formation initiale sur l'entretien prénatal précoce,
- La formation spécifique,
- Le(s) diplôme(s) universitaire(s) obtenu(s) en rapport avec l'EPP,
- Le degré d'aisance dans la pratique de l'EPP,
- Le souhait d'avoir une formation complémentaire.

Le critère de jugement secondaire concerne les répercussions de la formation sur les difficultés rencontrées en particulier en matière de transmission des informations.

Les variables étudiées sont :

- Les difficultés rencontrées dans la pratique de l'entretien
- La réalisation d'une fiche de synthèse,
- La forme, le contenu, le destinataire et la qualité des informations transmises concernant la patiente,

- Le type de transmission interprofessionnelle,
- L'orientation vers un autre professionnel,
- La fonctionnalité du réseau.

V. LA METHODE D'INTERVENTION

1. LE RECUEIL DE DONNEES

Afin de répondre aux objectifs, un questionnaire, à l'attention des sages-femmes, a été réalisé. Il est accompagné d'une lettre de présentation de l'étude effectuée à laquelle se rajoute une demande de consentement.

Il comporte 15 items.

Le questionnaire est divisé en quatre parties :

- La première partie permet de présenter les professionnels
- La deuxième partie concerne la formation initiale/continue des professionnels réalisant l'EPP
- La troisième et la quatrième partie s'intéressent aux difficultés rencontrées lors de la pratique de l'EPP, notamment en matière de transmission interprofessionnelle.

2. LA MISE EN PLACE DE L'ENQUETE

Le recueil des données était basé sur le contact établi avec le plus grand nombre de sages-femmes possibles de la région Auvergne.

Les questionnaires ont été adressés par courrier aux sages-femmes cadres et aux chefs de services des différents établissements d'Auvergne, qui après avoir donné leurs consentements l'ont transmis aux sages-femmes hospitalières. Cet appel permettait aussi de connaître le nombre de sages-femmes hospitalières pouvant être inclus dans l'étude. Une enveloppe timbrée était jointe pour le retour des questionnaires.

D'autre part, il a aussi été envoyé aux sages-femmes libérales par courriel sous la forme d'un « *google document* » après un accord téléphonique ainsi qu'aux sages-femmes de PMI après accord des conseils généraux.

Les questionnaires sont restés anonymes et ont été envoyés entre le 29 octobre 2012 et 15 novembre 2012, et réceptionnés jusqu'au 17 décembre 2012.

3. ECHANTILLON

Le questionnaire a été envoyé à 125 sages-femmes réalisant des consultations obstétricales :

- 64 sages-femmes libérales,
- 15 sages-femmes territoriales,
- 46 sages-femmes hospitalières.

Sur les 125 sages-femmes interrogées :

- 4 SFL ne réalisent jamais d'EPP,
- 13 SFH ne réalisent jamais d'EPP,
- 11 SFH n'ont pas donné de réponses,
- 7 SFT n'ont pas donné de réponses.

L'étude est ainsi constituée d'un échantillon de 90 sages-femmes réalisant des EPP.

VI. LA METHODE D'ANALYSE

1. LOGICIELS UTILISES

Les logiciels utilisés étaient :

- Microsoft Office Excel 2010™ pour saisir les données recueillies, traiter notre base de données et effectuer les tableaux et les graphiques,
- Microsoft Office Word 2010™ pour le traitement de texte,
- R version 2.15.2 pour l'analyse des données réunies au cours de l'étude.

2. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données débute par une description des variables.

Afin de procéder à une comparaison entre les différentes variables qualitatives le test de Chi-2 a été utilisé si les populations étaient supérieures à 5 et le test de Fisher si une des populations était inférieure à 5.

Les variables qualitatives et quantitatives ont été confrontées par le test T de Student.

Le seuil de significativité a été établi avec $p < 0,05$.

Afin de traiter les réponses aux questions ouvertes, nous avons procédé à l'identification de mots-clés.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DU TAUX DE PARTICIPATION

Nous avons distribué le questionnaire à 125 sages-femmes de la région Auvergne réalisant des consultations obstétricales. A la fin de l'étude, 107 questionnaires ont été retournés, cela représente 86% de participation.

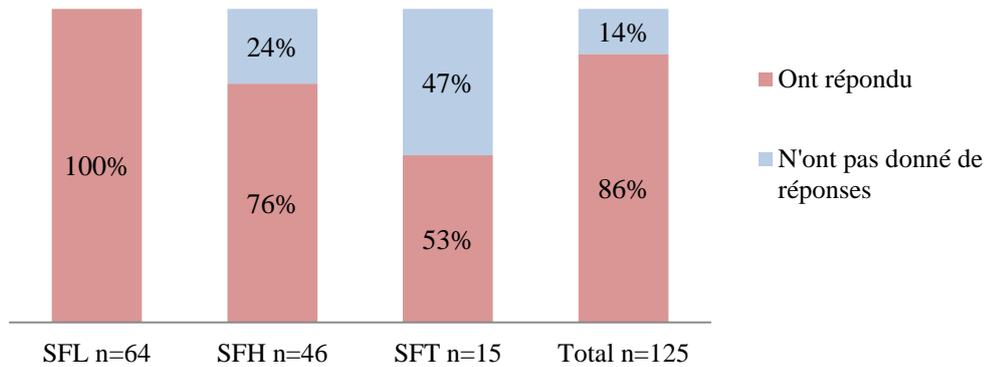


Figure 1 : Taux de participation des professionnels %

Par ailleurs, 14%(n=17) des sages-femmes interrogées (6%(n=4) des SFL et 28%(n=13) des SFH) ont déclaré ne pas réaliser d'EPP, elles ne sont donc pas incluses dans l'étude. Notre échantillon est ainsi constitué de 90 sages-femmes.

II. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

1. MODE D'EXERCICE DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes libérales représentent la majeure partie de la population interrogée avec un taux de 67%.

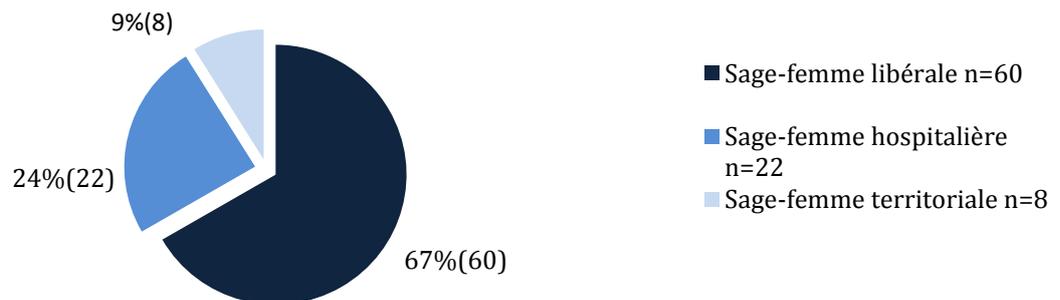


Figure 2: Mode d'exercice des sages-femmes %(n)

2. ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME

Parmi les sages-femmes interrogées, 76% ont obtenues leur diplôme avant 2005.



Figure 3 : Répartition des SF en fonction de l'année d'obtention du diplôme %(n)

3. PRATIQUE DE L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

L'année de mise en pratique de l'entretien allait de 1992 à 2012. En moyenne, les sages-femmes ont mis l'EPP en place en 2008 avec un écart-type de 3,6. La médiane est 2010.

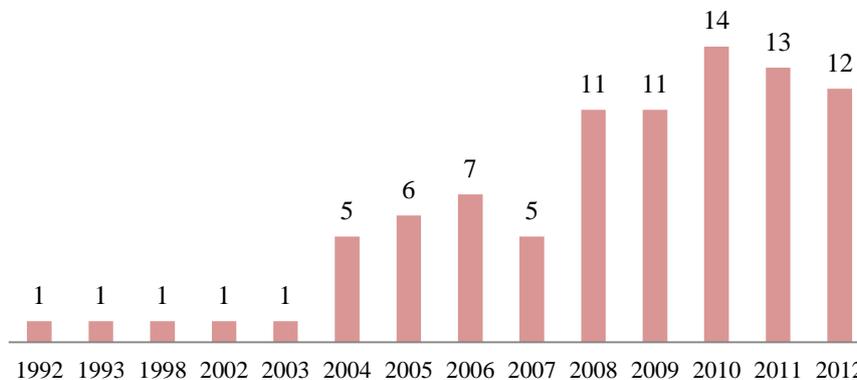


Figure 4 : Année de mise en pratique de l'EPP (n)

Il est important de souligner que l'entretien prénatal est rarement (moins d'une fois par semaine) pratiqué pour 44% des sages-femmes.

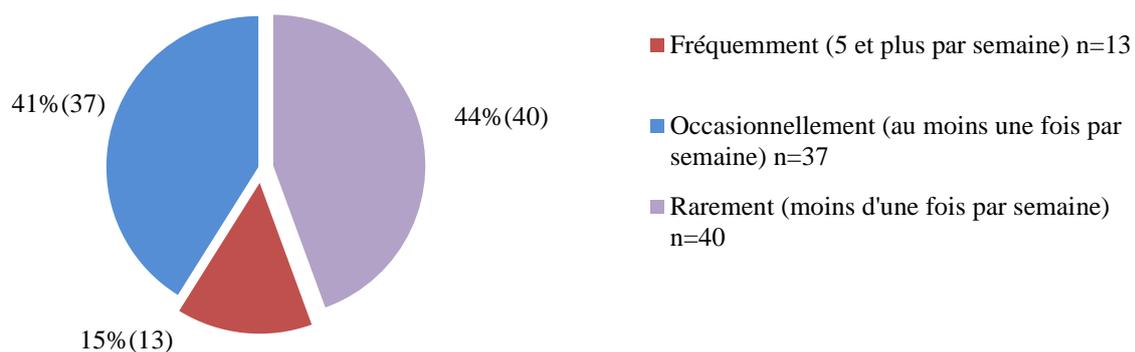


Figure 5 : Fréquence de pratique de l'EPP n(%)

4. PRATIQUE DE L'EPP EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE

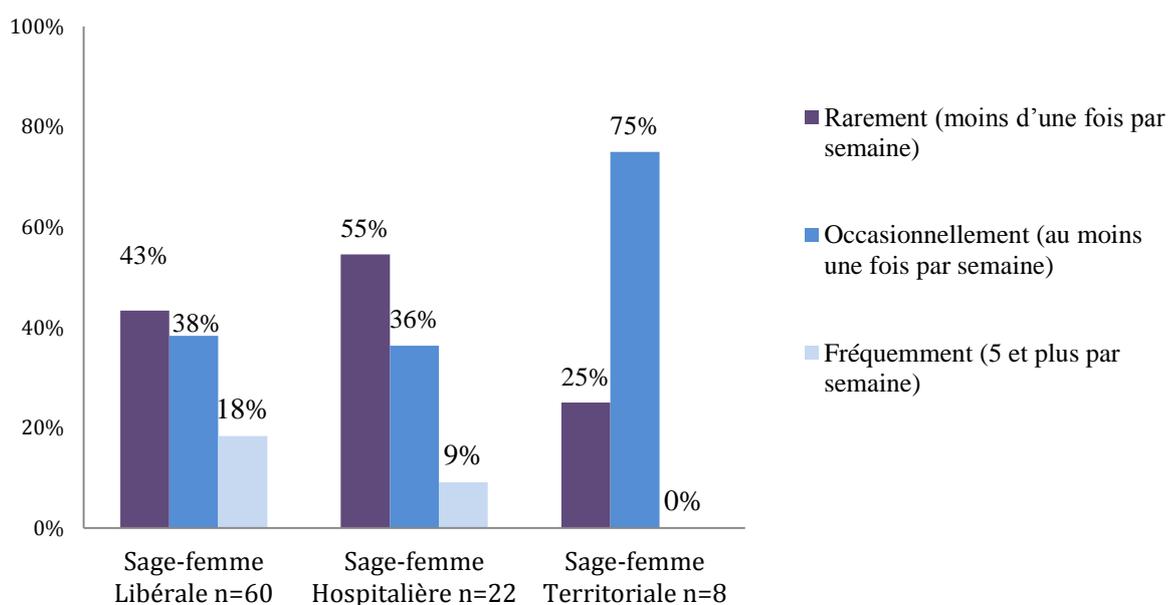


Figure 6 : Pratique de l'EPP en fonction du mode d'exercice (%)

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le mode d'exercice de la profession de sage-femme et la fréquence de pratique de l'EPP ($p=0,2932$).

III. RESULTATS RELATIFS A L'OBJECTIF PRINCIPAL

1. LA FORMATION INITIALE DES SAGES-FEMMES A L'EPP

A. LA FORMATION INITIALE EST-ELLE SUFFISANTE ?

Sur 90 sages-femmes interrogées, 21%(n=19) ont reçu une formation initiale alors que 79% n'en ont pas eu. Parmi ces sages-femmes, 54% jugent que cette formation initiale n'est pas suffisante.

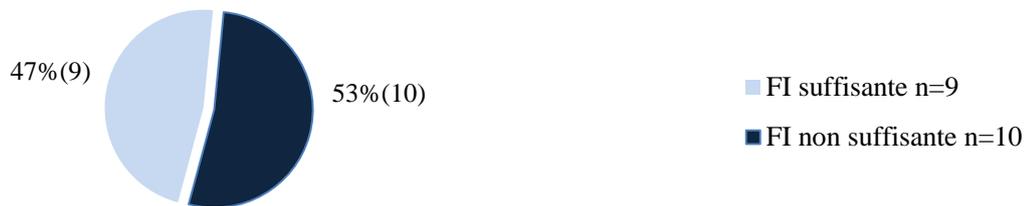


Figure 7 : La formation initiale est-elle suffisante ? %(n)

B. ACCES A UNE FI EN FONCTION DE L'ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME

64% des sages-femmes ayant obtenues leur diplôme après 2005 ont bénéficié d'une formation sur l'EPP au cours de leurs études. L'année d'obtention du diplôme est liée de manière statistiquement significative à l'accès à une formation initiale ($p < 0,000000242$) : OR=20 et IC contient l'OR [5,42-95,88].

	obtention du diplôme avant 2005	obtention du diplôme en 2005 et après 2005
	n=68	n=22
FI (+)	7(5)	64(14)
FI (-)	93(63)	36(8)

**Tableau I : Accès à la formation initiale sur l'EPP selon l'année d'obtention du diplôme
%(n)**

2. LA FORMATION SPECIFIQUE DES SAGES-FEMMES A L'EPP

A. L'ACCES A UNE FS

67% (n=60) des sages-femmes interviewées ont suivi une formation spécifique.

Parmi les sages-femmes ayant reçu à une formation spécifique, 5 sages-femmes (8%) ont obtenu un Diplôme universitaire relatif à la conduite d'entretien en particulier celui de Psycho périnatalité (n=3).

B. POURQUOI LES SAGES-FEMMES NE PARTICIPENT PAS A FS ?

33% (n=30) des sages-femmes n'ont pas participé à une formation spécifique sur l'EPP, il est important de souligner que 47% de ces dernières n'ont pas eu la possibilité de se former.

13% (n=4) des sages-femmes ont préféré privilégier d'autres formations : Diplôme universitaire d'échographie ...

Une sage-femme a déclaré n'avoir pas eu de possibilité de formation mais que son expérience professionnelle et personnelle lui permettait de conduire des entretiens.

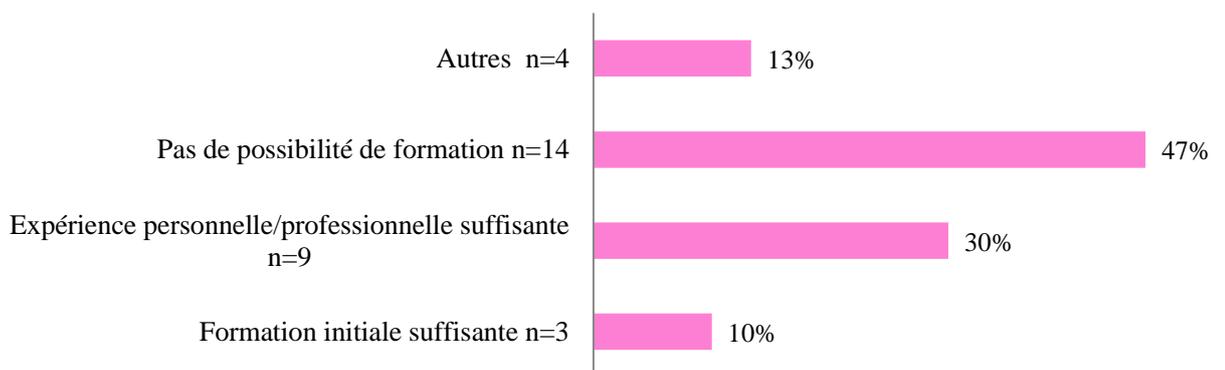


Figure 8 : Raisons de non participation à une FS (%)

C. RELATION ENTRE LA FORMATION INITIALE ET SPECIFIQUE

Nous remarquons que 58%(n=52) des sages-femmes n'ayant reçu aucune formation initiale sur l'EPP pendant leurs études, ont pu accéder à une formation spécifique. Seules 21%(n=19) des sages-femmes n'ont reçu aucune formation ni initiale ni continue

concernant l'entretien. Ces deux variables sont liées de manière statistiquement significative ($p=0,02243$).

A noter que parmi les SF ayant reçu une FI, 42% ($n=8$) ont bénéficié d'une FS.

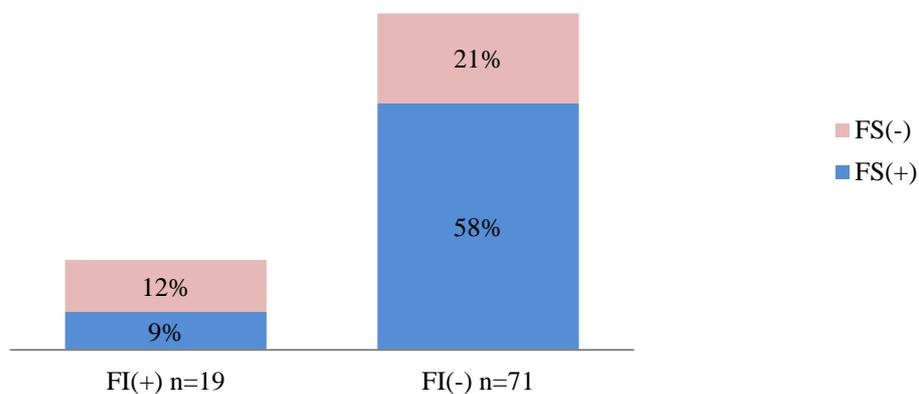


Figure 9 : Relation entre l'accès à une formation initiale puis une formation spécifique

D. ACCES A UNE FS EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE

Le tableau révèle que les sages-femmes ont bénéficié quel que soit leur mode d'exercice d'une formation spécifique à l'entretien, en particulier les sages-femmes territoriales à titre de 88% ($n=7$).

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le mode d'exercice et l'accès à une formation spécifique ($p=0.2921$).

	SFL n=60	SFH n=22	SFT n=8
FS(+)	62(37)	73(16)	88(7)
FS(-)	38(23)	27(6)	12(1)

Tableau II : Formation spécifique en fonction du mode d'exercice %(n)

E. INFLUENCE SUR LA FREQUENCE DE REALISATION

La figure démontre que les sages-femmes ayant reçu une formation spécifique à l'EPP ont plus tendance à en réaliser que les sages-femmes n'en ayant pas obtenu :

- 10%(n=9) l'exercent fréquemment avec une FS contre seulement 4%(n=4) sans FS
- 31%(n=28) en réalisent occasionnellement avec une FS contre seulement 10%(n=9) sans FS

Cependant, dans notre population, aucune corrélation significative n'existe entre l'obtention d'une formation spécifique à l'entretien et la fréquence de réalisation de ces derniers (p=0.2265).

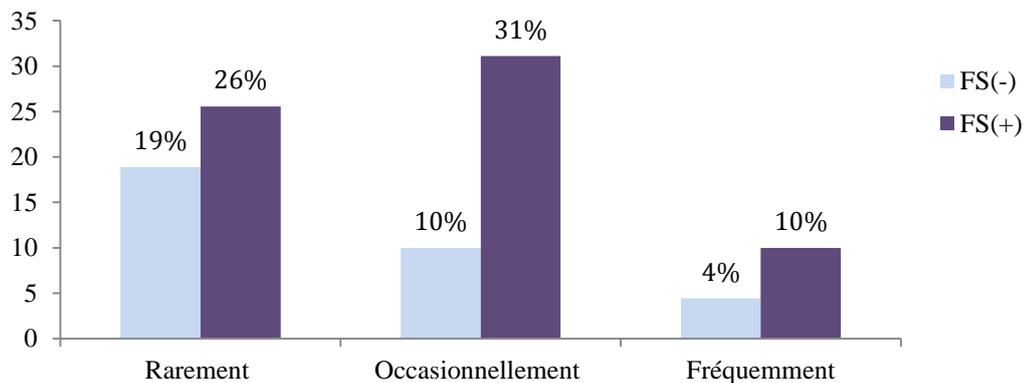


Figure 10 : Influence de la formation spécifique sur la fréquence de réalisation de l'EPP (%)

F. LA FS EST-ELLE INDISPENSABLE ?

63%(n=57) des sages-femmes jugent que la formation à l'EPP est indispensable, en particulier les sages-femmes n'ayant reçu aucune formation initiale : 53%(n=48).

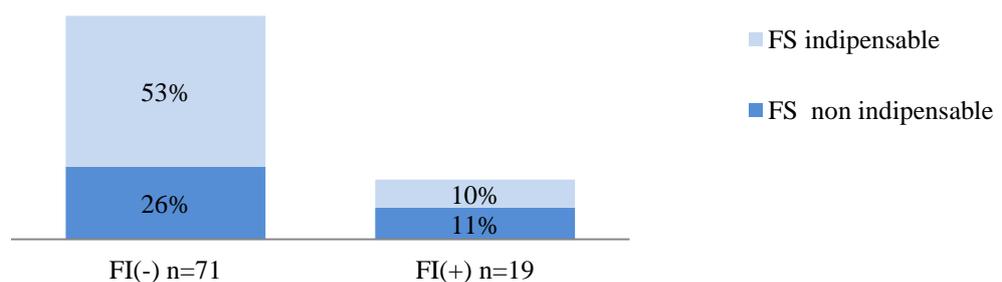


Figure 11 : lien entre l'accès à une FI et le caractère indispensable de la FS

Il n'existe pas de lien statistiquement significative entre ces deux variables ($p=0,1745$).

De plus, 53 % ($n=48$) ont précisé leur pensée concernant l'intérêt d'une formation spécifique.

A la question, une formation spécifique pour la réalisation de l'EPP est-elle indispensable ? Pourquoi ? les sages-femmes ont répondu :

- « *Sensibiliser à l'écoute active, avoir connaissance du réseau de soins qui peut rentrer en adéquation avec le couple et ses besoins ou ses attentes, éviter la "protocolisation".* »
- « *L'EPP demande une écoute active et particulière pour que ce soit plus qu'une consultation, il faut des outils linguistiques et psychologiques pour décrypter et faire "parler" les patientes.* »
- « *Afin d'être soi-même plus en sécurité, de comprendre les enjeux, l'intérêt de l'EPP, de réaliser des transmissions utiles pour la patiente et de participer activement à un réseau périnatal* »
- « *L'EPP n'est pas qu'un catalogue de questions, de conseils comme il est pratiqué quelquefois. Il mérite une approche un peu plus psychologique pour entrevoir d'éventuelles difficultés, répondre à des angoisses, être un lien tout au cours de la grossesse. Cela mérite donc une formation spécifique sur la conduite d'entretien.* »

L'identification de mots clefs a permis de mettre en évidence que 46% ($n=22$) des sages-femmes révèlent essentiel d'acquérir des méthodes d'écoute, de communication afin de mener correctement un entretien et ainsi de répondre aux objectifs. D'autre part, 19% ($n=9$) jugent nécessaire d'étayer leurs connaissances dans le domaine psychosocial et de se sensibiliser aux fragilités des femmes. Enfin, 17% ($n=8$) insistent sur l'importance de connaître le réseau de professionnel pouvant intervenir auprès de la femme et du couple.

3. DEGRES D' AISANCE

Les sages-femmes ont exprimé sur une échelle allant de 0 à 10 leur degré d'aisance lors de leur pratique de l'EPP, les notes allaient de 2 à 10. Les sages-femmes éprouvaient en moyenne une aisance de 7,21 avec un écart-type de 1,8. La médiane est 8.

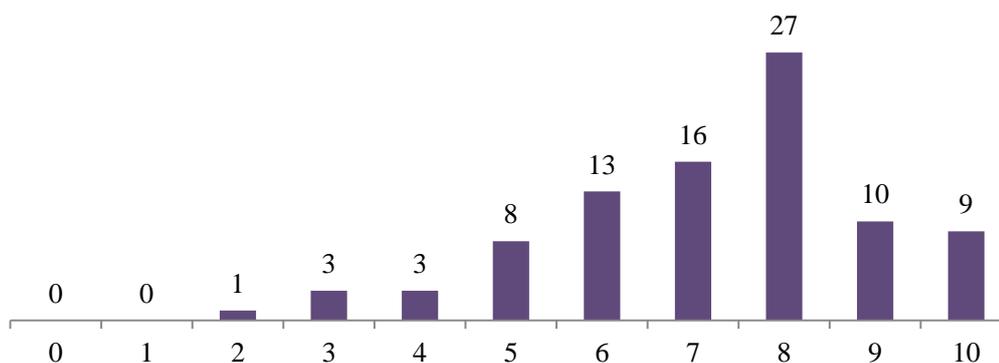


Figure 12 : degré d'aisance lors de la réalisation d'EPP (n)

A. EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE

En moyenne, les sages-femmes extra hospitalières ont attribué une note de 8 sur 10 dans leur facilité à procéder à des EPP, le degré d'aisance allait de 5 à 10 pour les sages-femmes libérales et de 8 à 10 pour les sages-femmes territoriales. Quant aux sages-femmes hospitalières, leur degré d'aisance variait de 2 à 9 et était de 6 sur 10 en moyenne.

Il y a une différence statistiquement significative entre le degré d'aisance et les différents modes d'exercice des sages-femmes ($p = 0.04156$).

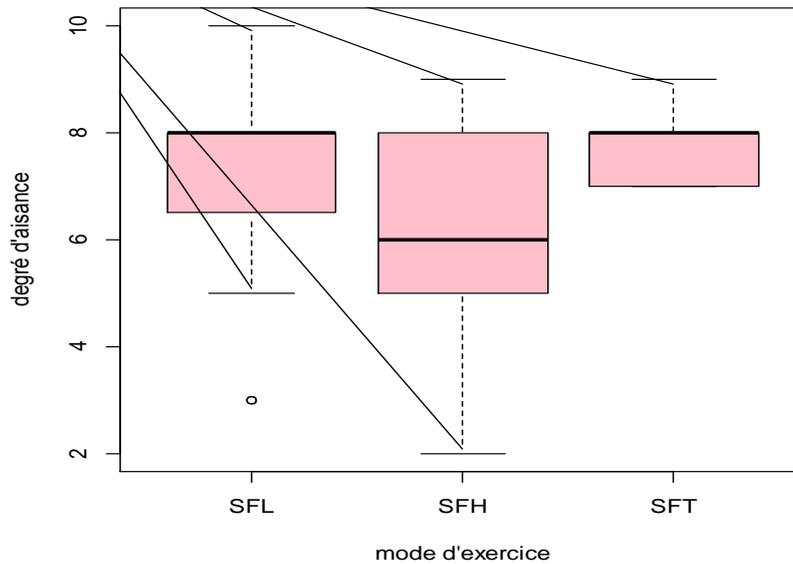


Figure 13 : Degré d'aisance lors de la pratique de l'EPP en fonction du mode d'exercice

B. EN FONCTION DU TYPE DE FORMATION

Les sages-femmes ayant reçu une formation spécifique et celle ayant participé à une FI et une FS ont côté leur degré d'aisance en moyenne à 8. A noter, les notes variaient de 6 à 9 sur 10 pour les sages-femmes ayant reçu uniquement une FS.

Par ailleurs, nous remarquons que les sages-femmes n'ayant obtenu aucune formation à l'EPP ont une moyenne d'aisance de 7 sur 10 alors que celle ayant reçu une formation pendant leurs études n'en ont qu'une de 6 sur 10.

Un lien statistiquement significatif est apparu entre le degré d'aisance perçu par les sages-femmes et le type de formation reçue ($p = 0.03493$).

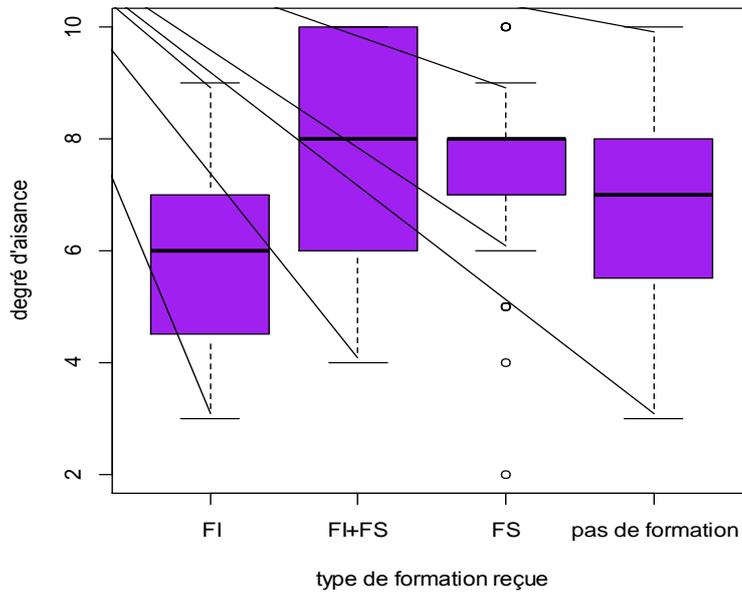


Figure 14: Degré d'aisance lors de la pratique de l'EPP en fonction du type de formation

4. FORMATION COMPLEMENTAIRE

A. SOUHAIT D'UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE

Parmi les sages-femmes interrogées, 53% (n=48) souhaiteraient profiter d'une formation complémentaire en ce qui concerne l'EPP. 47%(n=42) ne veulent pas de FC.

La répartition des thèmes, dans lesquels les sages-femmes souhaiteraient améliorer leurs connaissances, était hétérogène. Il est important de souligner que 39%(n=33) des sages-femmes, souhaitant une FC, l'aimeraient sur le travail en réseau. De plus, 32% (n=27) amélioreraient leurs connaissances en matière de vulnérabilité des femmes. Enfin 29%(n=24) d'entre elles voudraient une amélioration de leur conduite d'entretien.

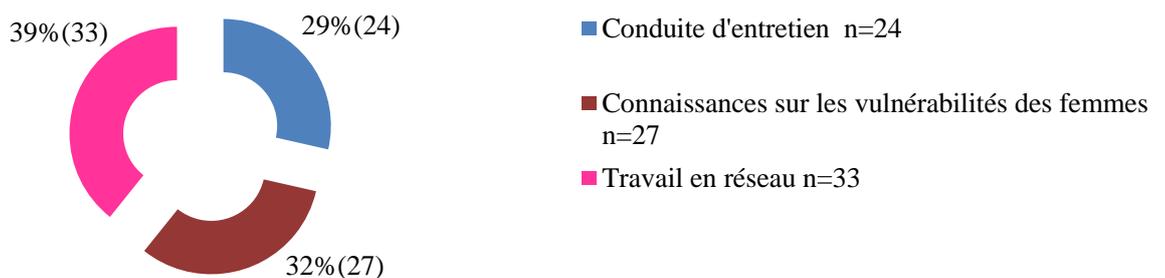


Figure 15 : Formation Complémentaire Souhaitée %(n)

Une sage-femme n'a pas précisé sur quel sujet elle aurait aimé recevoir une formation. Elle n'est donc pas prise en compte dans la figure.

Cette figure s'intéresse plus précisément à la ou les formations souhaitées. La formation sur le travail en réseau uniquement intéresserait 26% (n=12) de l'échantillon.

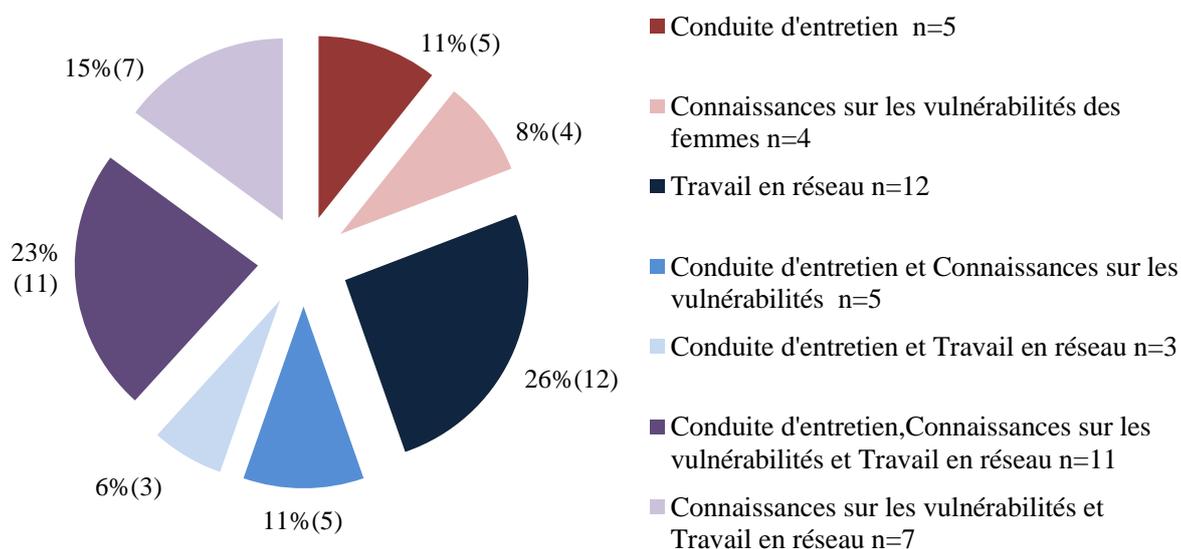


Figure 16 : Thèmes de Formations complémentaires souhaités %(n)

B. RELATION ENTRE LE SOUHAIT D'UNE FC ET LE TYPE DE FORMATION REÇUE

Seules 27% (n=3) des sages-femmes ayant reçu une formation au cours de leur cursus désirent une formation complémentaire contre 58% (n=30) de celles ayant obtenu une formation spécifique.

Malgré l'acquisition d'une formation initiale et aussi d'une formation spécifique concernant l'entretien, 63% (n=5) sages-femmes aimeraient étayer leurs connaissances.

D'autres part, nous remarquons que 79% (n=19) des sages-femmes n'ayant reçu aucune formation ne souhaitent pas participer à des séances d'informations concernant l'EPP.

Le souhait d'une formation complémentaire est liée de façon statistiquement significative au type de formation reçue initialement (p=0,01714).

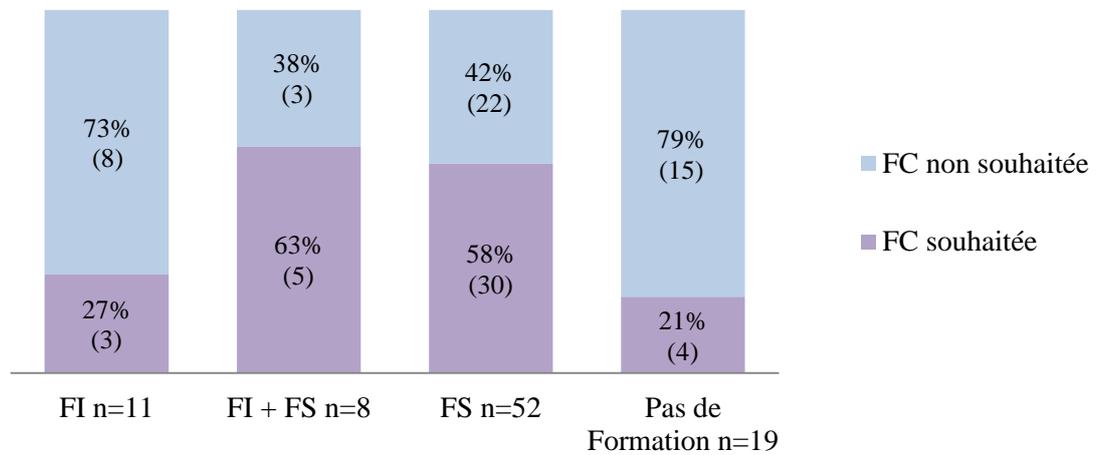


Figure 17 : relation entre le souhait d'une FC et le type de formation reçue %(n)

IV. RESULTATS RELATIFS A L'OBJECTIF SECONDAIRE

1. LES DIFFICULTES RENCONTREES EN TERME D'EPP

Pendant une journée de consultation, les sages-femmes ont répondu à 29%(n=24) qu'elles manquaient de temps pour la réalisation des entretiens. Mais elles se retrouvent principalement en difficulté devant le contenu des confidences des patientes : 35%(n=29) et lorsqu'il s'agit de choisir les informations à transmettre et surtout dans quel but : 36% (n=30).

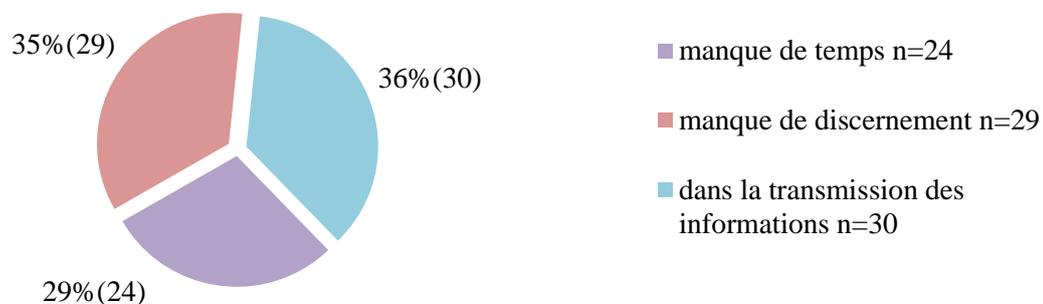


Figure 18 : Difficultés rencontrées en terme de condition, contenu, transmission %(n)

Dans notre échantillon, nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif ni entre les difficultés rencontrées et le mode d'exercice ni entre ces dernières et le type de formation reçu.

En fonction du mode d'exercice	SFL n=60	SFH n=22	SFT n=8		p
Manque de temps	23(14)	41(9)	13(1)		0,216
Manque de discernement	37(22)	23(5)	25(2)		0,093
Dans la transmission des informations	35(21)	27(6)	38(3)		0,773
En fonction du type de formation reçu	FI n=11	FI+FS n=8	FS n=52	pas de formation n=19	p
Manque de temps	18(2)	38(3)	25(13)	32(6)	0,752
Manque de discernement	18(2)	38(3)	25(13)	58(11)	0,353
Dans la transmission des informations	18(2)	63(5)	33(17)	32(6)	0,277

Tableau III : Relation entre les difficultés et le mode d'exercice et le type de formation reçu % (n)

L'analyse de nos résultats démontre que les sages-femmes éprouvent des difficultés autant dans la technique de l'entretien que sur le plan relationnel et psycho-social.

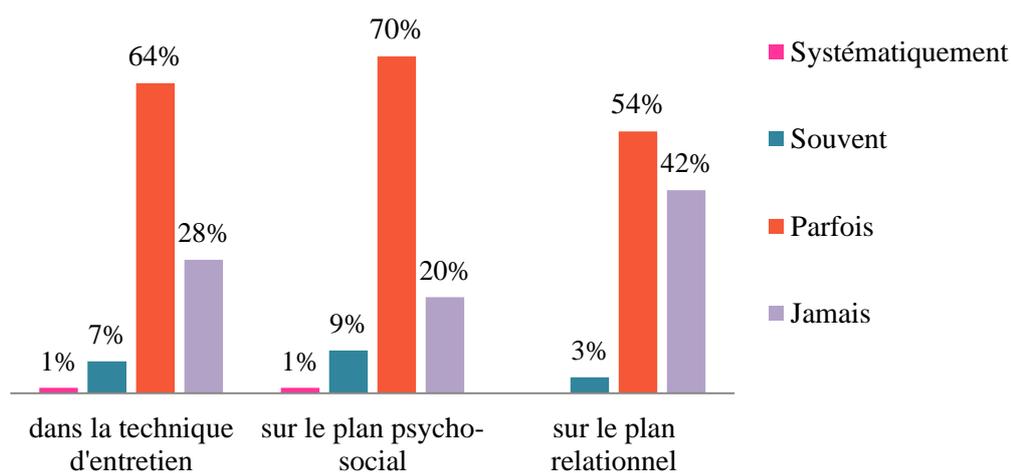


Figure 19 : Des difficultés rencontrées (%)

Cependant, aucun lien statistiquement significatif n'a été démontré entre les difficultés rencontrées et le type de formation reçu.

	FI n=11	FI+FS n=8	FS n=52	pas de formation n=19	p
Dans la technique d'entretien	91(10)	88(7)	67(35)	68(13)	0,352
Sur le plan psycho-social	91(10)	63(5)	79(41)	84(16)	0,499
Sur le plan relationnel	36(4)	38(3)	63(33)	63(12)	0,239

Tableau IV : Relation entre les difficultés rencontrées et le type de formation reçu %(n)

2. LES TRANSMISSIONS INTERPROFESSIONNELLES

A. REALISATION D'UNE SYNTHÈSE SUITE A L'EPP

A la fin de leurs entretiens, la majorité des sages-femmes : 71%(n=64) réalisent une fiche de synthèse.

Les sages-femmes extra hospitalières ont plus tendance à effectuer une fiche de synthèse : 78%(n=47) des sages-femmes libérales et 75%(n=6) des sages-femmes territoriales. Un lien entre la manière d'exercer et la réalisation d'une fiche de synthèse a été mis en évidence (p=0.04543) : OR=0,30 et IC contient OR [0,096-0,77].

	SFL n=60	SFH n=22	SFT n=8
Synthèse (+)	78(47)	50(11)	75(6)
Synthèse (-)	22(13)	50(11)	25(2)

Tableau V : Relation entre la manière d'exercer et la réalisation d'une fiche de synthèse %(n)

B. LES RAISONS DE NON REALISATION D'UNE SYNTHÈSE

Pour expliquer la raison pour laquelle elles ne réalisent pas de fiche de synthèse, les sages-femmes ont répondu principalement qu'elles manquaient de support 35% (n=14) et parce que les patientes ne le souhaitaient pas 25%(n=10). Seulement 8%(n=3) éprouvent des difficultés de synthèse.

A noter, la synthèse n'est pas réalisée dans 22% (n=9) par manque de temps.

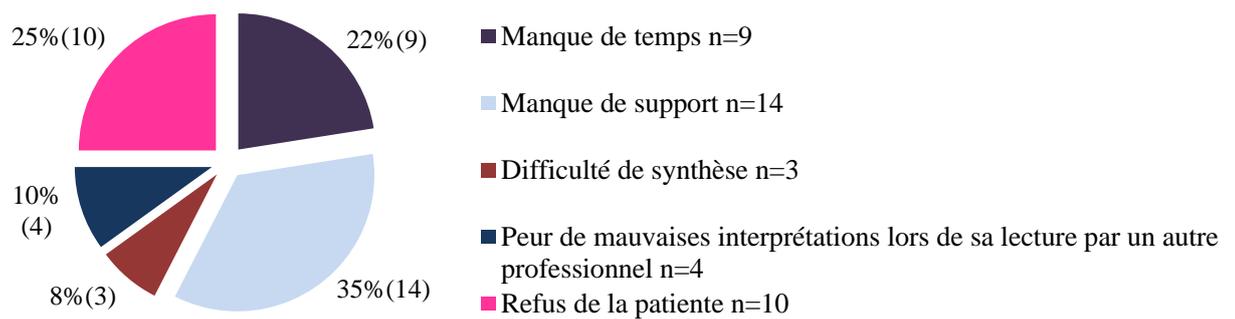


Figure 20 : Raisons de non réalisation d'une synthèse %(n)

C. TRANSMISSION DE LA SYNTHÈSE

Parmi les sages-femmes réalisant une fiche de synthèse, 30%(n=19) la transmettent de façon systématique aux professionnels encadrant la grossesse de leur parturiente.

La synthèse de l'EPP est principalement 93%(n=49) transmise de façon ciblée en fonction des besoins des patientes contre 7%(n=4) à la totalité du réseau.

11 sages-femmes ne se sont pas exprimées sur les professionnels auxquels elles transmettaient les informations.

D. MOYENS DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Un peu moins de la moitié des sages-femmes 41%(n=26) utilise une fiche de synthèse portée par la patiente afin de transmettre les informations nécessaires à l'amélioration de leur prise en charge. D'autres part, les transmissions téléphoniques entre les professionnels trouvent aussi leur place 28%(n=18). Cependant seules 14%(n=12) des sages-femmes utilisent les réunions interprofessionnels comme lieu de transmission des informations sensibles concernant leur patiente.

Il est important de souligner que 31%(n=20) des sages-femmes réalisant une synthèse de l'EPP ne la transmettent pas aux autres professionnels.

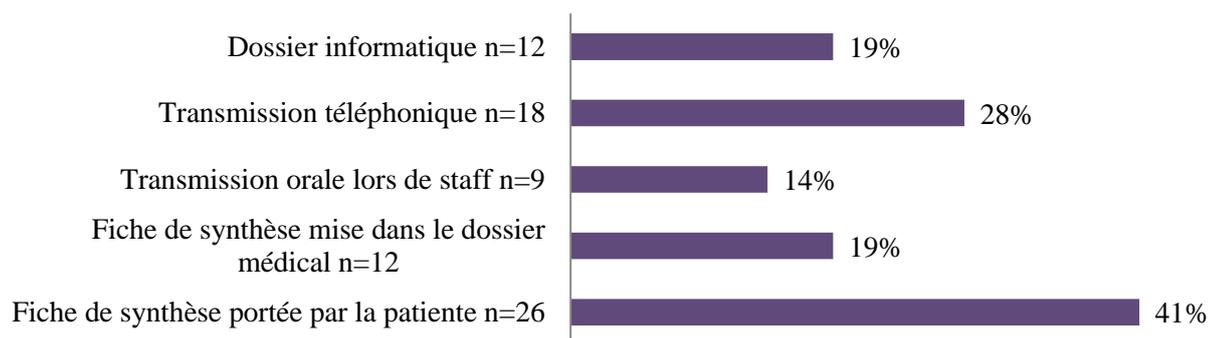


Figure 21 : Modes de transmission des informations (%)

E. QUALITE DES INFORMATIONS TRANSMISES

Dans le cadre de l'orientation de leur patiente à un ou plusieurs professionnels dans le but d'étayer leur accompagnement pendant la grossesse et le post-partum, 81%(n=73) des sages-femmes transmettent les renseignements concernant ces patientes. 19%(n=17) quant à elles, ne les partagent pas.

Les informations transmises sont très majoritairement 95%(n=61) faites dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement de la patiente. Elles sont pour la plupart 75%(n=48) partagées avec la patiente et principalement ciblées pour 63%(n=40) des sages-femmes.

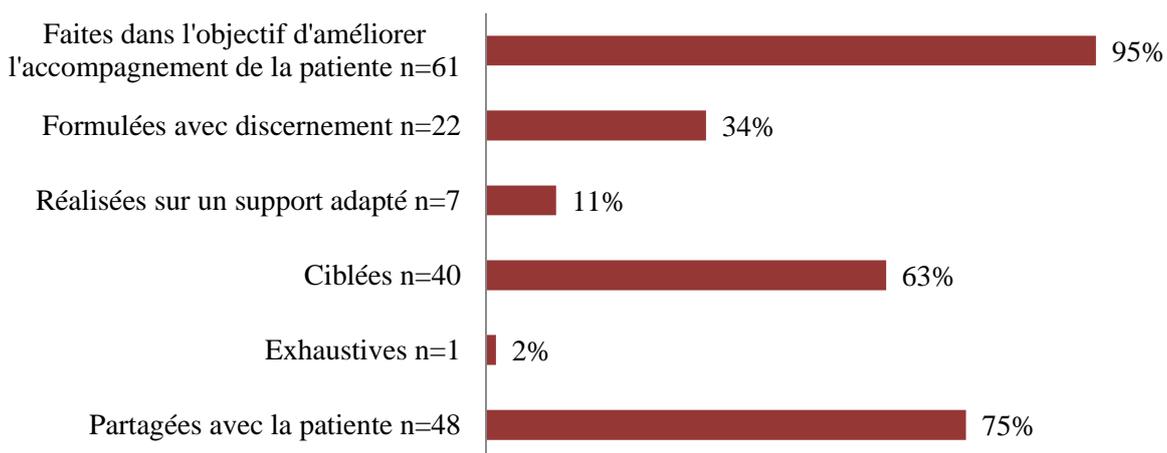


Figure 22 : Qualité des informations transmises (%)

3. LE RESEAU PERINATAL

A. DIFFICULTES DANS LE PARTAGE DE L'INFORMATION

68%(n=61) des sages-femmes expriment des difficultés dans le partage de l'information. Parmi elles, 46%(n=48) se retrouvent dans l'embarras lors de l'orientation de leur patiente par manque de connaissances des professionnels de la périnatalité travaillant autour d'elles. D'autres 29%(n=18), malgré leur appartenance à un réseau de professionnel constitué (RSPA) sont aussi en difficultés quand il s'agit de transmettre des renseignements concernant une patiente.

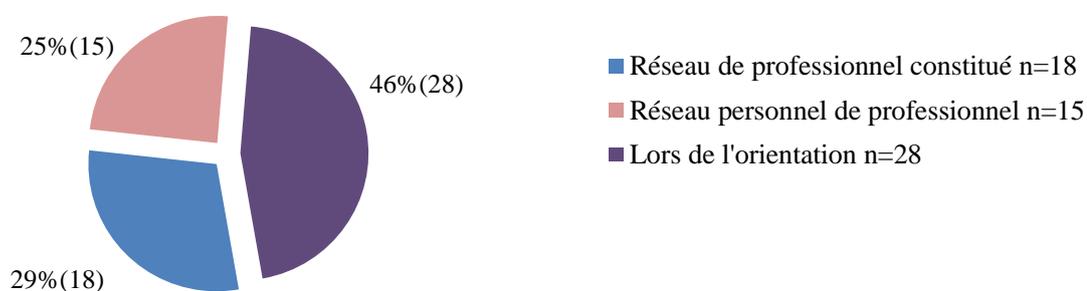


Figure 23 : Difficultés dans le partage de l'information %(n)

B. QUALITE DU RESEAU

Le réseau entre le secteur hospitalier et libéral-territorial est pour 72%(n=65) des sages-femmes à améliorer, il est pour 10%(n=9) d'entre elles inexistant.

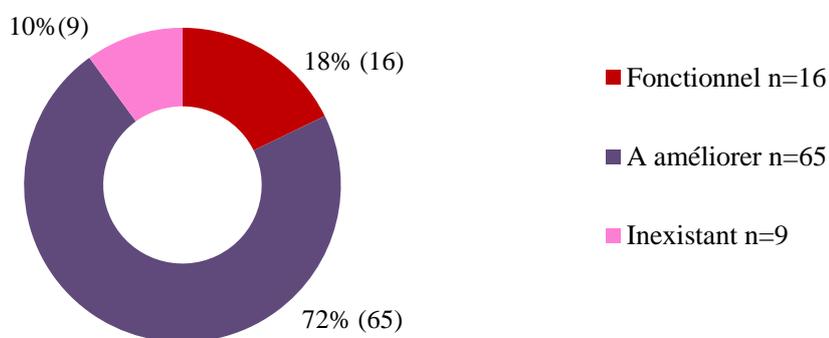


Figure 24 : Qualité du réseau %(n)

De plus, nous remarquons que 38% (n=3) des sages-femmes territoriales le trouvent tout à fait fonctionnel contre seulement 10% (n=6) des sages-femmes libérales. Néanmoins, il est inexistant uniquement pour les sages-femmes libérales à titre de 15% (n=9).

Un lien statistiquement significatif est mis en évidence entre le mode d'exercice et le ressenti concernant la qualité du réseau (p=0.02318).

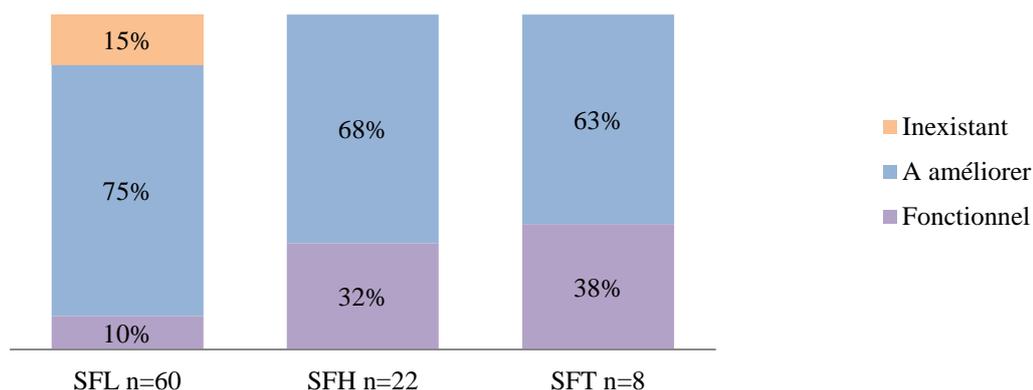


Figure 25 : Relation entre le mode d'exercice et la qualité du réseau

C. SUGGESTION EN VUE D'AMELIORER LE RESEAU

38% (n=34) des sages-femmes ont apporté diverses suggestions dans le but d'améliorer les échanges entre les professionnels hospitaliers et libéraux-territoriaux.

Parmi elles, certains ont ajouté :

- « *Les transmissions se font le plus souvent à sens unique, peu ou aucun retour dans les institutions hospitalières. Cela fonctionne mieux lorsque je peux discuter de la patiente par téléphone avec des professionnels connus.* »
- « *Il serait nécessaire de pouvoir établir des rencontres entre les différents professionnels hospitaliers et les libéraux. Les échanges, et la validation de nos remarques concernant les patientes sont plus efficaces quand on se connaît.* »

- *« Il est nécessaire d'améliorer les méthodes de communication et surtout laisser une place, un commentaire libre pour les sages-femmes libérales ou de PMI prenant en charge la patiente. »*

L'identification de mots clefs a permis de révéler que 59%(n=20) des sages-femmes souhaiteraient voir se développer des réunions entre les services hospitaliers et le milieu libéral afin de parler elles-mêmes de leurs patientes sans passer par des intermédiaires ou de participer aux staffs existant déjà avec les services de PMI. Ces mêmes sages-femmes évoquent l'amélioration de moyens de communication (accès plus facile au dossier informatisé ...) et de la connaissance des professionnels entre eux.

32%(n=11) des sages-femmes déplorent un manque de retour des informations concernant les patientes qu'elles suivent lorsqu'elles sont prises en charges par les hôpitaux pour l'accouchement ou autres actes médicaux. Il s'agirait d'améliorer les échanges dans le sens hôpital-libéral et territorial.

3. DOSSIER INFORMATISE ICOS

Nous avons interrogé les sages-femmes réalisant une fiche de synthèse sur l'intérêt de la création d'une page spécialisée EPP sur le dossier informatisé partagé d'Auvergne : ICOS, en vue d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. 68%(n=42) ont répondu qu'elles étaient favorables à ce projet, contre 32%(n=20) qui étaient en désaccord.

DISCUSSION ET
PROJET D'ACTION

I. CRITIQUES DE L'ETUDE

1. LIMITES ET BIAIS

Pour le recueil de certaines variables nous avons utilisé des questions ouvertes. Elles nous ont permis une meilleure expression des pensées et souhaits des sages-femmes, mais elles peuvent constituer un biais à l'étude lié à la subjectivité des interlocuteurs.

Une des limites est la possible non représentativité de notre échantillon. La population ayant répondu au questionnaire n'est composée que d'un effectif réduit qui n'est donc pas représentatif de la population générale de sages-femmes. En effet, pour certaines variables, les effectifs calculés étaient inférieurs à cinq, ce qui a alors réduit la puissance de notre étude et ainsi restreint nos chances d'obtenir des résultats significatifs.

D'autre part, il s'agissait uniquement d'interroger des sages-femmes réalisant des consultations et parmi elles, celles qui réalisent des EPP, ce qui a donc restreint le nombre de réponses.

Par ailleurs, la comparaison de groupes de différents volumes a pu constituer un biais.

De plus, nous nous sommes intéressés à la formation continue des sages-femmes concernant l'EPP, cependant nous aurions pu les interroger sur le type de formation qu'elles ont suivie et par quels organismes (journée de formation, congrès ...).

Enfin, certaines sages-femmes avaient déjà l'habitude de pratiquer des entretiens, la création de l'EPP a formalisé les pratiques. Il aurait été judicieux de savoir quelles sont les autres façons de procéder et quelles sont les méthodes utilisées par ces sages-femmes afin d'aborder le contenu de l'EPP.

2. POINTS FORTS

L'accompagnement des parents face aux difficultés psychologiques et aux angoisses, retrouve toute son importance dans nos pratiques et est repris dans de nombreux écrits [2, 3, 12]. Cependant, depuis sa mise en place, la réalisation de l'EPP et la formation des professionnels restent hétérogènes [23, 39,40]. Après avoir évalué les compétences et les fragilités, un des outils nécessaire pour assurer la continuité des interventions autour des femmes et du couple est de développer l'esprit de réseau. Or, le travail en commun n'est pas acquis pour l'ensemble des acteurs de la périnatalité [32, 33].

Devant ces constatations, il paraissait donc pertinent de faire un état des lieux de la formation des professionnels et de s'intéresser aux difficultés qu'ils éprouvent dans leur pratique de l'EPP. De plus, aucune étude n'a été retrouvée sur les transmissions des informations entre les professionnels.

D'autre part, nous pouvons souligner le taux de participation à notre étude : parmi les sages-femmes sollicitées, 86 % ont accepté de nous répondre.

II. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1. MODE D'EXERCICE DES SAGES-FEMMES

L'échantillon est constitué de 90 sages-femmes, il est en majorité constitué de sages-femmes exerçant en libéral (67%). Les sages-femmes territoriales ne constituent qu'un faible pourcentage 9%, or elles ne sont que 15 dans la région Auvergne et ont participé à notre enquête au titre de 53%. Quant aux sages-femmes hospitalières, elles représentent 24% de notre échantillon mais 28% des SFH interrogées ne réalisent pas d'EPP et 24% n'ont pas donné suite aux questionnaires.

Par ailleurs, nous nous sommes seulement intéressés aux SF considérées comme les professionnels les plus aptes à ces entretiens, or le Plan Périnatal 2005-2007 précise qu'il peut être aussi réalisé sous la responsabilité d'un autre professionnel de la naissance [2, 8].

2. PRATIQUE DE L'EPP

La première mesure du plan périnatalité 2005-2007 était d'introduire systématiquement au suivi de grossesse un entretien précoce [2]. En moyenne, les sages-femmes l'ont intégré dans leur pratique en 2008. Ce délai de 3 ans s'explique par la mise en place de formation initiale et continue à propos de l'EPP. Malgré ce retard, les sages-femmes appliquent le plan et sont conscientes de l'intérêt de ce dernier dans l'accompagnement de leur patiente.

D'autres sages-femmes réalisaient ce type d'entretien avant qu'il ne soit proposé par les missions de périnatalité, la mise en place officielle de l'EPP leur a apporté des outils complémentaires afin d'améliorer leur pratique.

Malheureusement, 44% ne le pratiquent que rarement (moins d'une fois par semaine). La sage-femme est considérée comme l'interlocutrice de choix des femmes, elle est la mieux placée pour recevoir les confidences des femmes grâce à sa compétence à la fois médicale qui met en sécurité, et à son versant physiologique qui rassure [1]. L'EPP nécessite une grande disponibilité psychique, pas toujours évidente à trouver dans une journée de consultation. De plus, face au temps et à l'investissement consacré à l'EPP, la cotation de ce dernier n'encourage pas les professionnels à le réaliser [11].

A priori, nous aurions pu penser que les sages-femmes libérales exerçaient plus fréquemment des entretiens prénataux, cependant nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le mode d'exercice des sages-femmes et leur fréquence de pratique de l'EPP.

III. DISCUSSION RELATIVE A L'OBJECTIF PRINCIPAL

1. LA FORMATION INITIALE DES SAGES-FEMMES A L'EPP

Parmi les professionnels interrogés, seuls 21% ont reçu une formation initiale. Ceci peut s'expliquer par le pourcentage (76%) important de sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant 2005 c'est à dire avant la mise en place officielle de l'EPP.

En effet, nous constatons que 64% ayant obtenu leur diplôme en 2005 ou après ont bénéficié d'une formation à l'EPP. Ces chiffres sont à comparer à ceux de l'enquête réalisée en 2005 par l'AFREE où seulement 45% des écoles proposées une formation à la conduite d'entretien. De plus, elle concluait sur le fait que 29% des écoles avaient comme projet pédagogique d'intégrer un module sur le travail en réseau [23].

A l'heure actuelle, un plus grand nombre de professionnels a eu le temps d'être formé à l'EPP, et une plus large diffusion de l'information a pu être mise en place.

D'autre part, 53% des sages-femmes ayant accédé à une FI ne la trouve pas suffisante. En effet l'EPP est un véritable état d'esprit à acquérir, certaines sages-femmes se retrouvent désemparées, mal à l'aise face aux angoisses des patientes ; ce qui justifie l'intérêt de formation complémentaire où les sages-femmes, professionnelles rigoureuses, peuvent bénéficier d'instruments adaptés pour lutter contre ce sentiment d'impuissance [2]. De plus, une question se pose : la formation initiale était-elle adaptée ?

2. FORMATION SPECIFIQUE DES SAGES-FEMMES A L'EPP

A. ACCES A UNE FS

67% des sages-femmes réalisant des EPP ont reçu une formation spécifique. Nous soulignons une augmentation de ce résultat par rapport à l'étude menée par Sabine Larue en 2009 où seulement 49% d'entre elles en avaient reçu une [41]. Les professionnels commencent à comprendre l'enjeu de l'entretien pour l'enfant à naître, il rentre au cœur de la prise en charge des patientes de façon systématique.

Les professionnels cherchent à se former et sont conscient que l'EPP nécessite une réelle qualification. En effet, 58% des sages-femmes n'ayant pas eu de formation au cours de leurs études ont participé à une formation spécifique et 9% ont bénéficié des deux types de formation.

Par le biais du Diplôme Interuniversitaire, la sage-femme affirme sa place en psycho périnatalité. La sage-femme apporte aux patientes un climat de confiance

« secure » mais aussi une ouverture possible vers les autres thérapeutes du psychisme [1]. Françoise Molénat souligne l'importance de la place des psychologues, des psychiatres et des pédopsychiatres dans les collaborations des réseaux périnatalité, et définit leurs missions [3].

B. RAISON DE NON-PARTICIPATION A UNE FS

Parmi les sages-femmes n'ayant pas eu de FS (33%), 47% n'en ont pas eu la possibilité. Malheureusement, peu d'organismes de formation s'intéressent à l'EPP alors qu'il nécessite un réel apprentissage des techniques de communication et que la formation est indispensable pour mesurer toute l'importance d'un réseau. Parmi les formations agréées, nous retrouvons : Aspazie, ADCO (Association pour le Développement des Connaissances Obstétricales), Ambroise Paré Formation, CEFIPS (Centre Européen de Formation et d'Information des Professions de Santé) [41].

D'autre part, 30% des sages-femmes n'ayant pas reçu de FS jugeaient suffisante leur expérience personnelle et professionnelle afin de conduire efficacement des entretiens. En effet, ces derniers étaient déjà réalisés avant leur mise en place officielle en 2005.

C. INFLUENCE DE LA FS SUR LA FREQUENCE DE REALISATION

L'analyse de nos résultats ne démontre pas de lien statistiquement significatif entre l'influence de la FS sur la fréquence de réalisation de l'EPP. Cependant nous remarquons que les sages-femmes ayant accédé à une FS, réalisent plus fréquemment des EPP que les sages-femmes non formées. En effet, après avoir acquis les méthodes de communication et les clefs du travail en réseau, elles sont plus à même de réaliser des EPP.

D. CARACTERE FONDAMENTAL DE LA FORMATION L'EPP

63% des sages-femmes insistent sur le caractère indispensable de la formation à l'entretien prénatal précoce, en particulier les sages-femmes n'ayant reçu aucune formation initiale : 53%. Ce résultat est équivalent à celui mis en évidence dans l'étude de Sabine Larue en 2009 [41]. La formation permet à la fois d'apporter des réponses aux familles et, par le décloisonnement des pratiques professionnelles, d'apporter une cohérence et une continuité dans le suivi pré, per et postnatal.

3. DEGRE D' AISANCE

En moyenne, les sages-femmes ont attribué une note de 7,2 sur 10 en ce qui concerne leur aisance dans la pratique de l'EPP. Cependant ce sont les sages-femmes extrahospitalières en particulier les sages-femmes territoriales qui ont montré plus de facilité à les réaliser, en effet ce sont elles qui sont directement en contact avec le poids du travail médico-social. De plus, elles appartiennent à un maillage de professionnels travaillant ensemble donc sont au centre d'un réseau préexistant.

Par ailleurs, la formation à l'EPP trouve toute son importance quand on compare l'aisance des sages-femmes, ce sont celles ayant obtenues une formation spécifique qui se sentent le plus en confiance dans leur pratique.

Cependant, ce sont les sages-femmes qui ont reçu une formation initiale qui se retrouvent le plus en difficulté. En quoi consiste la formation initiale ? Est-elle suffisamment précise ou adaptée ?

Les sages-femmes n'ayant pas eu de formation à l'EPP ont en moyenne, un degré d'aisance de 7 sur 10, leur expérience autant personnelle que professionnelle leur suffit pour se sentir à l'aise lors de la réalisation des EPP .Il aurait été intéressant d'établir la corrélation entre l'âge des sages-femmes n'ayant pas eu de formation à l'EPP et leur degré d'aisance.

4. FORMATION COMPLEMENTAIRE

Françoise Molénat précise que : « le soutien psychologique permet de maintenir la mère dans le domaine de la physiologie ». La sage-femme a besoin de remettre en cause des positions qu'elle occupe par une analyse de ses pratiques. L'EPP est un thème nécessitant une perpétuelle remise en question. Pour adopter une position adéquate, il faut donc se former [28]. 53% des sages-femmes souhaiteraient une formation complémentaire à l'EPP. Les sages-femmes, professionnelles rigoureuses, ne se contentent pas d'approximation et cherchent à étayer leurs savoirs [1]. C'est en particulier les sages-femmes ayant déjà bénéficié de formation qui souhaitent approfondir leurs connaissances : 63% des sages-femmes ayant reçu une formation initiale et spécifique et 58% des sages-femmes ayant reçu une formation spécifique souhaitent participer à une formation complémentaire.

La formation sur le travail en réseau est la plus évoquée (39%), en effet c'est par lui que la sage-femme pourra rendre plus efficace la réponse apportée aux besoins identifiés pendant l'EPP. Il permet de coordonner la prise en charge des patientes et améliorer la qualité du suivi [34]. Françoise Molénat rajoute que « les conditions nécessaires à un bon exercice sont d'avoir bénéficié d'une formation adéquate, en réseau, donnant une bonne connaissance des divers acteurs médicaux, sociaux, psychiatriques, des domaines publics ou privés... » [3].

De plus, 32% sage-femme se sent en difficulté par manque de formation sociologique et psychologique [3]. La formation permettra aux professionnels de partager leurs expériences, de confronter leur point de vue afin d'avancer. C'est par le repérage précoce des vulnérabilités que la sage-femme pourra aider la patiente.

Enfin, conduire un entretien requière une véritable formation sur les techniques de communication et d'écoute permettant de créer un temps de partage et d'échange. C'est à ce propos que 29% des sages-femmes souhaiteraient se former.

Nous remarquons que la demande de formation est individuelle, ce qui confirme la singularité de chaque professionnel.

IV. DISCUSSION RELATIVE A L'OBJECTIF SECONDAIRE

1. LES DIFFICULTES RENCONTREES EN TERME D'EPP

Une proportion importante de sages-femmes éprouve des difficultés dans leur pratique de l'EPP, ce qui laisse penser qu'il est primordial de maintenir le travail d'information des professionnels sur l'importance de la formation.

Les sages-femmes témoignent de leurs difficultés : manque de temps, manque de discernement, peur de l'intrusion dans l'intimité des patients, manque de technique de communication, sentiment d'incompétence face à certaines situations, difficultés à transmettre les informations.

Les sages-femmes ont pu par le biais de notre étude prendre conscience de leurs difficultés et cela les aura peut-être inciter à améliorer leur formation.

2. LES TRANSMISSIONS INTERPROFESSIONNELLES

A. LA FICHE DE SYNTHESE

La réalisation d'une synthèse suite à l'EPP est adoptée par 71% des sages-femmes. Nous notons une augmentation de ce taux par rapport à l'étude menée en 2009 par Cécile Dubray où il était de 64% [42].

L'entretien prénatal précoce offre la possibilité aux femmes de livrer leur histoire, leurs angoisses, leurs questionnements par rapport à la grossesse en cours, mais il n'est pas seulement un temps de parole mais consiste à mettre en place l'accompagnement spécifique en fonction des besoins de chaque couple. Cet engrenage autour des futurs parents naîtra uniquement par la collaboration entre les professionnels de la périnatalité et par la transmission des informations concernant la patiente. L'HAS recommande la réalisation de cette fiche de synthèse, support de la coordination des soins [12].

Les sages-femmes extrahospitalières forgées à une organisation plus autonome réalisent d'autant plus cette synthèse : 78% des SFL, 75% des SFT contre 50% des SFH. Les

sages-femmes hospitalières quant à elle trouvent plus de facilités à faire le relais avec d'autres professionnels au sein de la structure [28].

B. LES RAISONS DE NON REALISATION D'UNE SYNTHESE

Nous pouvons mettre en évidence plusieurs raisons au non réalisation de synthèse [30].

Tout d'abord, les raisons liées à l'organisation professionnelle. 22% des sages-femmes déplorent un manque de temps. Il ne convient pas de poser des questions, remplir une check-list mais de laisser parler la femme. L'EPP a pour objectif de mieux cerner les besoins de la patiente donc en particulier de recevoir des confidences, mais cela nécessite de prendre son temps, temps difficilement estimable.

35% des sages-femmes ne réalisent pas de synthèse car elle ne dispose pas de support adapté. En effet, en Auvergne, aucune trame ou support de réalisation n'a été retrouvé.

D'autre part, les raisons liées aux contenus des transmissions : 8% des sages-femmes se retrouvent face à un obstacle quand il s'agit de synthétiser leur entretien. La difficulté repose dans le fait d'être à la fois dans la relation et l'observation. Ce qui est transmis doit être utile et permettre aux autres professionnels de coordonner de façon bénéfique l'accompagnement de la patiente. Or certaines informations touchant à l'intimité sont difficiles à transmettre : « comment écrire ces choses-là ? », « comment retranscrire les émotions ? » il ne s'agit pas de juger mais de trouver des solutions pour garantir à la patiente la sécurité émotionnelle dont elle a besoin. De plus, 10% d'entre elles ont peur que certaines informations transmises n'aient pas l'effet espéré à cause d'une mauvaise interprétation lors de sa lecture.

C. QUALITE DE L'INFORMATION TRANSMISE

Le plan périnatalité 2005-2007 a souhaité réintégré une dimension plus humaine au suivi des femmes et des couples pendant la venue de leur enfant [2]. L'EPP y a trouvé toute sa place dans un objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des couples. Notre étude le confirme, 95% des sages-femmes transmettent les

informations concernant les patientes dans le but d'ajuster de la manière la plus personnalisée possible tous les éléments qui vont aboutir à la naissance de leur enfant.

Cela est confirmé par le fait que la synthèse est pour 93% des professionnels transmises de façon ciblée. La personnalisation des transmissions d'un professionnel à l'autre est essentielle afin d'assurer un accompagnement pertinent et une prise en charge optimale. Il n'est pas question de cacher des éléments utiles mais de ne transmettre que ce que le couple pourrait entendre, ses capacités, ses limites.

D'autre part, l'HAS insiste sur le caractère indispensable de l'accord de la patiente avant toute transmission [12], ce que nous retrouvons dans notre étude à titre de 75%. Les femmes, de par la considération de leur besoin et l'effet de médiation, trouvent naturellement leur place autour du réseau qui s'organise autour d'elle, elles deviennent alors actrice de leur prise en charge. La sage-femme n'est plus le détenteur d'informations personnelles les concernant mais s'engage à leur apporter la confiance au système de soins qui les entoure. L'échange avec le couple permet aux professionnels de pointer (68%), de prendre en compte avec discernement (34%) et de noter leurs fragilités et leurs ressources. L'entretien ouvre la porte à des objectifs et progrès mais ceci demande aux couples d'adhérer à cette démarche d'évolution et ainsi devenir responsable de leurs choix.

D. MOYENS DE TRANSMISSIONS DES INFORMATIONS

La fiche de synthèse portée par la patiente est la plus utilisée pour transmettre les informations (41%). La femme, actrice du réseau, a le libre choix de partager ou non cette synthèse, cela respecte ainsi les principes de confidentialité.

Les staffs de parentalité, support de transmission (14%), réunissent les différents intervenants dans un but de cohérence et permettent une meilleure connaissance entre les professionnels et favorisent le travail de liaison.

Certains professionnels (31%) ne transmettent pas cette synthèse. L'étude du réseau Aurore souligne que malgré la transmission des fiches, 14% ne sont pas lues par

les autres acteurs du réseau [31] ; cela a pour conséquence de décourager les sages-femmes à partager les informations concernant les patientes. Pourquoi prendre du temps à rédiger et élaborer de façon consciencieuse ces fiches si cela ne permet pas d'aboutir à l'amélioration de l'accompagnement ? Les couples devant répéter les informations et ne se sentant pas à l'écoute peuvent perdre alors toute confiance aux réseaux de soins. L'EPP demande à l'ensemble des professionnels d'adhérer à cette démarche de décloisonnement des pratiques et de prise en charge globale des couples.

3. LE RESEAU

A. DES DIFFICULTES RENCONTREES

68% des sages-femmes expriment des difficultés dans le partage des informations en particulier lorsqu'il s'agit d'orienter les patientes vers un autre professionnel (46%). L'EPP est le starter d'un partenariat personnalisé entre l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Il ne peut donc se mener sans une bonne connaissance des acteurs relais. C'est par le réseau que les actions autour de la patiente peuvent se mettre en place. Sans ce dernier, l'entretien peut s'avérer iatrogène [25].

La PMI est la structure vers laquelle les femmes sont le plus souvent orientées (47,5%). En effet, le champ social et le champ psychologique sont les plus concernées. Or seulement 46% consultent les professionnels conseillés [44]. Les femmes sont-elles convaincues du bénéfice de ces orientations ? Il convient de ne pas proposer systématiquement la rencontre avec d'autres acteurs de la périnatalité, avant d'avoir consolidé les premiers liens et avoir mis en confiance la patiente. De plus l'HAS précise que les confidences reçues ne doivent pas entraîner d'emblée une consultation spécialisée [12].

D'autres part, le réseau apporte sécurité aux professionnels et leur permet d'échapper à la solitude et aux sentiments d'impuissance face à certaines situations. Or 29% des sages-femmes se retrouvent en difficultés par manque de connaissance des professionnels travaillant autour d'elle. Cela souligne l'intérêt de la formation afin de

développer un carnet d'adresses regroupant l'ensemble des services susceptibles d'intervenir dans le suivi de grossesse et après la naissance.

B. QUALITE DU RESEAU

Le réseau périnatale assure « plus de proximité » et offre une prise en charge globale avant, pendant et après la grossesse. Les professionnels doivent parvenir à travailler ensemble, communiquer et se respecter dans un seul objectif : améliorer l'accompagnement des parents et leur apporter sécurité médicale et émotionnelle. Par le réseau, le professionnel est reconnu dans sa compétence et dans sa place dans un système de santé. De plus, il permet de coordonner les soins et d'éviter les discours multiples, les discordances et ainsi mettre en confiance le couple face aux professionnels qui l'entourent.

Tout cela nécessite une constante amélioration, comme le souligne 72% des sages-femmes interrogées en particulier les sages-femmes libérales (75%). En effet, elles doivent elles-mêmes constituer leur propre réseau, leur propre carnet d'adresses.

V. PROJET D'ACTION

1. SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS A LA FORMATION

L'EPP ouvre la dimension psycho-sociale au suivi de grossesse, cependant il n'est que faiblement pratiqué. Il n'est pas quelque chose en plus mais l'outil pour réintégrer le registre émotionnel dans le suivi. Il convient de sensibiliser davantage les professionnels entourant les femmes enceintes sur l'importance de cet EPP. Cependant, il ne s'agit pas simplement d'interroger la femme. En effet, l'entretien aboutit à des confidences que livre la patiente ; donner la parole sans mettre en place les actions afin d'améliorer sa prise en charge peut avoir un effet plus néfaste que bénéfique s'il n'est pas suivi d'un accompagnement adapté. L'EPP n'est pas anodin, il paraît alors évident d'acquiescer les outils nécessaires avant de le pratiquer. Il s'agit surtout d'encourager les professionnels à se former.

2. ETABLIR DES REGLES DE TRANSMISSION

La transmission d'information est le cœur de la coordination des soins qui s'organisent autour de la patiente. Nous avons pu alors dégager deux axes de réflexion.

La sage-femme réalisant l'EPP est considéré comme « l'acteur central, le pilote, l'animateur réseau » [8]. Elle a un rôle indispensable dans la qualité du suivi, c'est elle qui va repérer les fragilités et les capacités des couples et établir un véritable lien, base de la relation de confiance dans le réseau de soins.

Or de nombreuses sages-femmes déplorent le manque de retour d'informations en cas d'orientation vers un autre acteur de la périnatalité.

Il paraît évident que la sage-femme doit s'intéresser auprès de la patiente, à la suite des propositions données en terme d'orientation. Elle pourra ainsi évaluer si la patiente a porté un intérêt à ses conseils et sinon pourquoi elle n'y a pas donné suite ; la femme pourra alors exprimer ses réticences. Il ne s'agit pas seulement d'orienter la femme vers un autre professionnel mais d'obtenir son adhésion aux actions s'organisant autour d'elle, c'est un véritable partenariat. La femme, le couple, sont au centre du réseau de soins. Le professionnel référent doit alors leur exposer les bénéfices réels que pourraient leur apporter une consultation spécialisée.

Cependant, il est difficile de voir immédiatement les effets du soutien apporté par les différents intervenants, c'est pourquoi la sage-femme, coordinatrice des soins, doit bénéficier d'un retour d'information. En effet, elle doit veiller à la cohérence et la continuité des soins visant à apporter une prise en charge personnalisée, on parle de « suivi du suivi ». Les transmissions ne doivent pas être uni mais bilatérales.

L'outil de communication informatisé d'Auvergne ICOS permet aux professionnels de partager les informations concernant le suivi des grossesses de chaque patiente. Or les sages-femmes territoriales n'y ont pas accès, il paraît judicieux qu'elles aient la possibilité de compléter le dossier informatique pour que les autres acteurs de la périnatalité puissent s'appuyer sur leur suivi PMI et inversement. Quant aux sages-

femmes libérales, elles rencontrent encore des difficultés pour y accéder, dans un souci de partage des informations, il est indispensable qu'elles soient résolues.

De plus, à l'heure actuelle, il ne comporte qu'un encadré informant si l'entretien prénatal a été effectué. Afin d'améliorer les transmissions interprofessionnelles et à la suite de notre étude où la majorité des sages-femmes sont en accord avec ce projet, nous proposons la création d'une fiche de synthèse. Elle pourra être imprimée et ainsi portée par la patiente. Cette même fiche permettrait à la sage-femme référente d'évaluer le suivi car elle pourra être remplie tout au long de la grossesse [Annexe III].

Sur cette même fiche, en grisé nous avons formulé une liste non exhaustive de sujets à proposer. Ces derniers peuvent constituer une trame permettant à la sage-femme de guider un couple qui n'a pas préparé son entretien et de faciliter le travail de synthèse. Cependant, il ne s'agit pas de réaliser un interrogatoire entravant la libre expression de la patiente.

3. DEVELOPPER LE RESEAU ENTRE LA VILLE ET LES STRUCTURES HOSPITALIERES

Dans le cadre du Programme d'accompagnement et de retour à domicile (PRADO), les sages-femmes libérales sont tenues de rendre visite à la famille dans leur propre domicile, après avoir reçu une synthèse du séjour à la maternité. Cet échange permet d'assurer la cohérence et la continuité des soins, d'entretenir la capacité du couple à devenir parents et de consolider leur confiance au système de soins. Cependant cette rencontre peut révéler une grande détresse médicale mais aussi sociale et psychosociale. Certaines femmes ont, quant à elle, déjà eu un suivi par les sages-femmes et puéricultrices territoriales.

Les professionnels de la PMI apportent du soutien et des solutions aux professionnels parfois dépourvu face à des situations délicates. L'association entre le secteur territorial, libéral et hospitalier prend là toute sa valeur.

Il serait intéressant de pouvoir établir des rencontres entre ces différents professionnels et renforcer les liens entre le monde hospitalier, libéral et territorial. C'est lors de ces réunions que les professionnels pourront apprendre à se connaître et

ainsi partager plus facilement les informations concernant leur patiente dans l'intérêt de cette dernière.

De plus, elles permettront de faciliter le retour des informations aux sages-femmes territoriales suivant déjà certaines patientes. La collaboration externe à l'établissement de santé est nécessaire.

Le travail en réseau est indispensable et reste à développer.

CONCLUSION

La grossesse et la naissance sont des moments uniques au cours desquels les liens de confiance avec les professionnels facilitent la mise en place d'un projet de soutien dans un réel partenariat avec une prise en compte progressive des difficultés. Des parents reconnus dans leurs limites mais aussi dans leurs capacités peuvent plus aisément accepter de l'aide et s'appuyer sur les professionnels pendant la grossesse et lors du retour de l'enfant au domicile.

L'entretien prénatal précoce apparaît comme la mesure essentielle permettant de réintégrer la dimension psycho-sociale au suivi de grossesse et d'apporter la sécurité émotionnelle que les couples recherchent.

Or Françoise Gonnaud précise qu' « il ne suffit pas d'ouvrir la boîte de Pandore, il faut être en capacité de contenir ce qu'il va en sortir ».

C'est par la formation que les professionnels pourront avoir en main toutes les cartes afin d'aider au mieux le couple, sans se sentir eux-mêmes dans une situation vulnérable. L'EPP met le couple au cœur d'un réseau de professionnels unit dans un seul objectif : apporter le soutien personnalisé et adapté au suivi de la grossesse et de la naissance. Ce réseau, par le partage des informations concernant la patiente, apporte aussi une sécurité aux professionnels, parfois démunis.

La réalisation de cet état des lieux montre que les sages-femmes tendent à se former mais que malgré cela, des difficultés persistent en particulier dans la transmission des informations aux professionnels entourant le couple concernant la patiente. En effet, la réalisation d'une fiche de synthèse suite à l'EPP n'est pas adoptée par toutes les sages-femmes et une importante marge d'amélioration du travail en réseau est indispensable. L'EPP, véritable outil de prévention, demande à l'ensemble des professionnels d'adhérer à une démarche de décloisonnement des pratiques.

Afin d'améliorer la transmission des informations concernant les patientes, il serait intéressant de réaliser un réel travail de fond sur la qualité, le contenu et la forme des transmissions interprofessionnelles.

Enfin, un nombre important de sages-femmes n'ont pas jugé suffisante la formation initiale à l'EPP. Qu'en est-il de cette formation ? Est-elle suffisamment adaptée ?

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] SECCIA STEINBERG A. Message d'une Sage-femme pour une naissance libre. Les peurs de la grossesse et de l'accouchement ; 2008.
- [2] Humanité, proximité, sécurité, qualité. Plan "périnatalité" 2005-2007. Novembre 2004.
- [3] MOLENAT F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Paris : DHOS ; 2004.
- [4] ISSERLIS C, SUTTER-DALLAY A.L, DUGNAT M. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2008 : 222.
- [5] BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : INSERM ; 2011.
- [6] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité. Rennes : ENSP ; 1994.
- [7] Les dispositions complémentaires des décrets. Les Dossiers de l'Obstétrique 1998 ; 266 : 35-8.
- [8] BREART G, PUECH F, ROZE J-C. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2003.
- [9] BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; 2005.

[10] BACHELOT-NARQUIN R. Journal officiel de la république française. Texte 27 sur 143. Prévention et éducation sanitaire. Décembre 2007 : 4-5.

[11] Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 Mars 2005. Version Décembre 2008 : 99.

[12] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. Paris. Novembre 2005 : 4-19, 31-2.

[13] HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations professionnelles. Paris. Avril 2005.

[14] HERMANGE M.T. Périnatalité et parentalité. 25 Février 2006 : 45.

[15] MERG-ESSADI D. Mise en place de l'entretien prénatal précoce, une exploration des représentations et des questionnements des professionnels un an après la loi du 5 Mars 2007. Les dossiers de l'obstétrique, Octobre 2008, N°375 : 3-14.

[16] République Française. Enfant, protection, protection de l'enfance. Loi du 5 mars 2007 réformant la loi de protection de l'enfance. Journal officiel 06.03.2007. [Consulté le 19.10.2012]. Disponible à partir de l'URL : « <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-5-mars-2007-reformant-protection-enfance.html> »

[17] BYDLOWSKI M. La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In : LÉBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 3. 2e édition. Paris : Editions PUF ; 1995 : 1881-1891.

[18] BYDLOWSKI M. Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité. Paris : Editions Odile Jacob, 2000 : 185.

- [19] WINNICOTT D. La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.
- [20] SPIESS M. Sur le terrain : Le vacillement des femmes en début de grossesse. Dialogue, Troisième trimestre 2002 ; 157 : 42-50.
- [21] MISSONNIER S. Stress, grossesse et psychanalyse : Spinoza avait raison ! In ROEGIERS L, MOLENAT F. Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque. Eres édition ; 2011 : 115-131.
- [22] DONNER C. Le suivi prénatal au XXIème siècle, vecteur de stress ? In ROEGIERS L, MOLENAT F. Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque. Eres édition ; 2011 : 167-171.
- [23] MOLENAT F, TOUBIN RM, ROY J. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre. Association de formation et de recherche sur enfant et son environnement (AFREE).
- [24] TALGE N M, NEAL C, GLOVER V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why ? J Child Psychol Psychiatry ; 48 : 245-261.
- [25] LECACHEUX M, L'entretien prénatal précoce, situation de vulnérabilité et esprit de prévention, Thèse Médecin Psychiatrie ; 2007.
- [26] GERY Y. Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques ! La santé de l'homme 2007 ; 391 : 28-30.

- [27] SOULE M, NOEL J. La prévention médico-psycho-sociale. 1980. Enfance tome 33 ; 4 : 243-6.
- [28] GONNAUD F. L'entretien prénatal précoce : comment ça marche ? In ROEGIERS L, MOLENAT F. Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque. Eres édition ; 2011.
- [29] TOURETTE-TURGIS C. Guide de counseling .Ed. Comment Dire 1996 : 58.
- [30] DUGNAT M, GOUVINSKI F. L'éthique de la transmission des informations. Vocation sage-femme. 2007. 55 : 7-19.
- [31] DUPONT C, GONNAUD F, TOUZET S, LUCIANI S, PERIE M-A, MOLENAT F, EVRARD A, FERNANDEZ M-P, RUDIGOZ R. Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. À propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. La revue sage-femme 2009 ; 8 : 11-6.
- [32] VIEILLARD-BARON CHAUVET A. La prévention globale en périnatalité quelle place pour un entretien prénatal précoce ? Thèse Médecin Gynécologie-Obstétrique ; 2007.
- [33] République Française. Circulaire DHOS/O1/CNAMTS n°2006-51 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité. [Consulté le 21.11.2012]. Disponible à partir de l'URL : « <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-04/a0040022.htm> »
- [34] CAPGRAS D, DUGNAT M. Développement d'un réseau local de périnatalité. Vocation Sage-femme. 2006 ; 46 : 11-6.
- [35] NAIDITCH M. « Des réseaux et des femmes » in DUGNAT M. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Toulouse. Eres ; 2004 : 75-88.

[36] CHANAL C, CLUTIER-SEGUIN J. Et les soignants face au stress ? In ROEGIERS L, MOLENAT F. Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque. Eres édition ; 2011 : 151-156.

[37] République Française. Arrêté du 19-7-2011 réglementant les études du 1^{er} cycle de Maïeutique. Journal officiel du 10 aout 2011 [Consulté le 19.10.2012] Disponible à partir de l'URL : « http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=57109&cbo=1 »

[38] République Française. Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. Journal officiel du 1 janvier 2012 : 34.

[39] DESNOYERS E. L'entretien individuel du 4eme mois de grossesse : compétence professionnelle ou compétence de genre. Les dossiers de l'obstétrique 2009 ; 383 : 16-9.

[40] DESMARES M. Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents. Colloque du 24 février 2012. [Consulté le 28 octobre 2012] Disponible à partir de l'URL : « <http://sagesfemmes.blog.uhp-nancy.fr/2012/02/24/lentretien-prenatal-precoce-martine-desmares/> »

[41] LARUE S. L'entretien prénatal précoce, état des lieux en Auvergne. Mémoire Sage-femme 2009.

[42] DUBRAY C. Entretien Prénatal Précoce, quels bénéfices pour les patientes et les sages-femmes ? Mémoire Sage-Femme 2009.

[43] MONARD S. L'entretien prénatal individuel, Incidence sur la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Mémoire de sage-femme Metz. 2009.

[44] HEBERT M. L'entretien prénatal, premier maillon dans une démarche active de prévention ? Vocation Sage-Femme. 2009 ; 70 : 25-8.

ANNEXES

CONDITIONS DE DIALOGUE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION UTILISABLES
LORS DU DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL OU EN COUPLE

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

PRINCIPAUX THEMES A ABORDER LORS DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL OU EN COUPLE

- « Qui est la femme enceinte, le couple »
- « Ce que la femme vit et a vécu »
- « Ce qu'elle ressent »
- « Ce qu'elle fait »
- « Ce qu'elle sait »
- « Ce qu'elle croit »
- « Se sent-elle menacée et par quoi »
- « Ce dont elle a envie »
- « Ce qu'elle veut connaître et apprendre »
- « Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SAGES-FEMMES

Clermont-Ferrand, le 20 octobre 2012

JANVIER Elsa
Etudiante en 5^{ème} année de Maïeutique
Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand
06.76.61.69.12
elsa.janvier@gmail.com

Objet : étude sur l'évaluation de la formation des sages-femmes sur l'entretien prénatal précoce, demande de consentement.

Madame, monsieur

Actuellement étudiante en 5^{ème} année des études de maïeutique, je réalise mon mémoire du diplôme d'état sur l'évaluation de la formation des sages-femmes sur l'entretien prénatal précoce (EPP), sujet phare du plan Périnatalité 2005-2007, et les conséquences de cette formation sur les difficultés rencontrées, plus particulièrement en matière de transmission interprofessionnelle des informations qui concerne le patient.

Pour cela, je sollicite votre participation en acceptant de répondre au questionnaire que j'ai élaboré à ce sujet.

Je vous rappelle que je suis tenue au secret professionnel et que vos réponses seront analysées de façon anonymes.

Je reste à votre disposition pour toute information concernant les résultats de ce travail quand ce dernier sera validé.

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration et je vous prie d'agrèer, madame, monsieur, mes respectueuses salutations.

Elsa Janvier

I. PRESENTATION

1. QUEL EST VOTRE MODE D'EXERCICE ?

- Sage femme Libérale
- Sage-femme Hospitalière en secteur public
- Territoriale (PMI)

2. QUELLE EST VOTRE ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME ?

3. PRATIQUEZ-VOUS L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE ?

- Fréquemment (5 et plus par semaine)
- Occasionnellement (au moins une fois par semaine)
- Rarement (moins d'une fois par semaine)
- Jamais

Si vous ne réalisez jamais d'EPP, le questionnaire s'arrête ici.
Merci de votre participation.

II. FORMATION A L'ENTRETIEN PRENATAL

4. DEPUIS QUELLE ANNEE PRATIQUEZ-VOUS L'EPP ?

5. AVEZ-VOUS EU UN ENSEIGNEMENT SUR L'EPP LORS DE VOTRE FORMATION INITIALE?

- Oui
- Non

SI OUI, JUGEZ VOUS QUE CET ENSEIGNEMENT EST SUFFISANT?

- Oui
- Non

6. AVEZ-VOUS EFFECTUE UNE FORMATION SPECIFIQUE A L'EPP AU COURS DE VOTRE CARRIERE ?

- Oui
- Non

SI NON, POURQUOI ? (plusieurs réponses possibles)

- Formation initiale suffisante
- Expérience personnelle/professionnelle suffisante
- Pas de possibilité de formation

7. AVEZ-VOUS OBTENU UN OU DES DIPLOME(S) UNIVERSITAIRE(S) EN RAPPORT AVEC L'EPP ?

- Oui
- Non

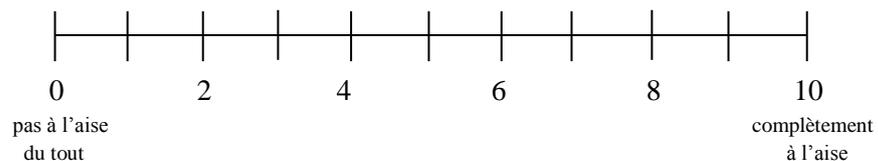
SI OUI, LE(S) QUEL(S) :

8. SELON VOUS, UNE FORMATION SPECIFIQUE POUR LA REALISATION DE L'EPP EST-ELLE INDISPENSABLE ?

- Oui
- Non

SI OUI, PRECISEZ POURQUOI :

9. PRECISEZ VOTRE DEGRE D' AISANCE LORS DE VOTRE PRATIQUE DE L'EPP D'UNE MANIERE GENERALE ?



III. DIFFICULTES RENCONTREES

10. LORS DE L'EPP, RESSENTEZ-VOUS DES DIFFICULTES : (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)

- Par manque de temps
 - Oui
 - Non
- A recevoir des informations dont vous ne savez pas quoi faire
 - Oui
 - Non
- A transmettre les informations recueillies (*quelles informations utiliser, dans quel but*)
 - Oui
 - Non
- Par manque de connaissance vis-à-vis des contenus :
 - Oui
 - Non

- Dans la technique de l'entretien
 - Systématiquement
 - Parfois
 - Souvent
 - Jamais

- Sur le plan psycho-social (*dépister les facteurs de vulnérabilité, les formes d'insécurité*)
 - Systématiquement
 - Parfois
 - Souvent
 - Jamais

- Sur le plan relationnel (*cibler la personnalité, être à l'écoute, en empathie*)
 - Systématiquement
 - Parfois
 - Souvent
 - Jamais

- Autres, précisez

IV. LA TRANSMISSION INTERPROFESSIONNELLE

11. REALISEZ-VOUS UNE SYNTHÈSE DE VOTRE EPP?

- Oui
- Non

SINON, POURQUOI ? (plusieurs réponses possibles)

- Par manque de temps
- Par manque de support
- Par difficulté de synthèse
- Par peur de mauvaises interprétations lors de sa lecture par un autre professionnel
- Refus de la patiente
- Autre, Précisez

Si non, veuillez passer directement à la question 12 svp

SI OUI, TRANSMETTEZ-VOUS SYSTEMATIQUÉMENT CETTE SYNTHÈSE ?

- Oui
- Non

DE QUELLE MANIÈRE PARTAGEZ VOUS VOTRE SYNTHÈSE AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS ?

(plusieurs réponses possibles)

- Fiche de synthèse portée par la patiente
- Fiche de synthèse mise dans le dossier médical
- Transmission orale lors de staff
- Transmission téléphonique
- Dossier informatique
- Je ne partage pas cette synthèse

AFIN DE FACILITER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE, JUGEZ-VOUS UTILE LA CREATION D'UN ONGLET SPECIFIQUE « EPP » DANS LE FICHER INFORMATISE ICOS ?

- Oui
- Non

A LA SUITE DE VOTRE EPP, VOUS TRANSMETTEZ VOTRE SYNTHESE :

- A la totalité du réseau
- De façon ciblée, en fonction des besoins des patientes

12. LORSQUE VOUS ORIENTEZ VOS PATIENTES VERS UN OU PLUSIEURS PROFESSIONNELS, TRANSMETTEZ-VOUS LES INFORMATIONS LES CONCERNANT ?

- Oui
- Non

SI OUI, DANS CE CADRE-LA, LES INFORMATIONS TRANSMISES SONT : (plusieurs réponses possibles)

- Partagées avec la patiente
- Exhaustives
- Ciblées
- Réalisées sur un support adapté
- Formulée avec discernement (choix des mots, des tournures de phrases, style télégraphique)
- Faites dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement de la patiente

13. RENCONTREZ-VOUS DES DIFFICULTES DANS LE PARTAGE D'INFORMATION : (plusieurs réponses possibles)

- Dans le cadre d'un réseau de professionnel constitué (RSPA)
- Dans le cadre d'un réseau de professionnel que vous avez constitué vous-même
- Lors de l'orientation vers un ou plusieurs professionnels

14. LE RESEAU ENTRE LE SECTEUR HOSPITALIER ET LIBERAL-TERRITORIAL VOUS PARAIT-IL ?

- Fonctionnel
- Inexistant
- A améliorer

QUE SUGGEREZ-VOUS ?

15. AIMERIEZ-VOUS UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE AFIN D'AMELIORER VOTRE PRATIQUE ?

- Oui
- Non

SI OUI, EN MATIERE : (plusieurs réponses possibles)

- De conduite d'entretien
- De connaissance sur les vulnérabilités des femmes pendant la grossesse
- De travail en réseau

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

Merci de votre participation.

Elsa Janvier

ANNEXE III : FICHE DE SYNTHÈSE ICOS

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

Fait le : à : SA	Par : N° tel:
Présence du père : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sage-femme : <input type="checkbox"/> Libérale <input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Territoriale Médecin <input type="checkbox"/>
HISTOIRE DE VIE	
<ul style="list-style-type: none">▪ ATCD marquants▪ Environnement Social (entourage familial, amical, isolement, aide à la maison)▪ Logement, condition de travail▪ Addiction, nutrition, sommeil, activités sportives	
DIMENSION AFFECTIVE	
<ul style="list-style-type: none">▪ Ressentis de la patiente ? angoisses ? inquiétudes ? par rapport à cette grossesse▪ Acceptation de la grossesse par la femme, le conjoint, la famille ?▪ Vécu(s) grossesse(s) précédente(s) ?	
PROJET DE NAISSANCE	
<ul style="list-style-type: none">▪ Attentes pendant la grossesse▪ Préparation à la naissance▪ Accouchement▪ Allaitement	

- Sortie précoce
- Reprise du travail, mode de garde

ORIENTATIONS PROPOSEES

Nom :

Nom :

Nom :

Nom :

Nom :

SUIVI :

▪

▪

▪

ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL :

-
-
-

RESUME :

L'entretien prénatal précoce est la mesure essentielle pour réintroduire la dimension psychosociale dans le suivi de la grossesse et apporter la sécurité émotionnelle au couple. L'objectif de l'étude était d'évaluer la formation des sages-femmes à l'EPP ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent en particulier en terme de transmission des informations concernant la patiente.

Une étude observationnelle transversale descriptive et à visée étiologique a été réalisée. Le recueil de données a été effectué à partir de 90 questionnaires destinés aux sages-femmes libérales, hospitalières et territoriales réalisant des EPP dans la région Auvergne.

L'étude montre que seules 21% des sages-femmes n'ont pas reçu de formation à l'EPP. Les sages-femmes sont conscientes de son intérêt dans l'accompagnement des patientes et de la nécessité d'acquérir les outils nécessaires à sa réalisation.

En revanche, de nombreuses difficultés sont mises en évidence dans sa pratique, en particulier lorsqu'il s'agit de transmettre les informations concernant une patiente à un autre professionnel de la périnatalité.

Ainsi il semble essentiel de continuer à sensibiliser les professionnels à acquérir les techniques de communication permettant un repérage précoce des vulnérabilités et à améliorer leur connaissance en terme de travail en réseau.

MOTS CLES : entretien prénatal précoce, sage-femme, formation, transmissions, réseau périnatal, communication.

SUMMARY :

The early prenatal interview is essential to give a psycho-social dimension to pregnancy follow-up and to bring a feeling of emotional security to the couple. The aim of this study is to assess midwife-training as far as the EPI is concerned, but also to point out the difficulties they encounter, more particularly when transmitting information about the patient. A study was carried out, based on transversal observation as well as description with an etiological aim. Data were gathered from as many as 90 questionnaires designed and given to midwives working free-lance, or in hospitals or in territorial authority that carry out interviews in the Auvergne area.

The study shows that 21per cent of midwives have never had any kind of training for this type of interview. The midwives are fully aware of its importance in order to help patients and they also fully realize the need to acquire new skills to carry it out well.

However, numerous difficulties become obvious when it is actually carried out, especially when information about a patient has to be given to another specialist, even in the same field.

Therefore it seems essential to keep on raising the awareness of professionals so that they all acquire the communication skills and techniques required to point out at an early stage the weak areas and to improve their knowledge when working in a network.

KEY WORDS : early prenatal interview, midwife, training, transmissions, perinatal network, communication.