



HAL
open science

La sage-femme de PMI et l'Entretien Prénatal Précoce

Marie Bertoli

► **To cite this version:**

Marie Bertoli. La sage-femme de PMI et l'Entretien Prénatal Précoce. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01868107

HAL Id: hal-01868107

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868107>

Submitted on 5 Sep 2018

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.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

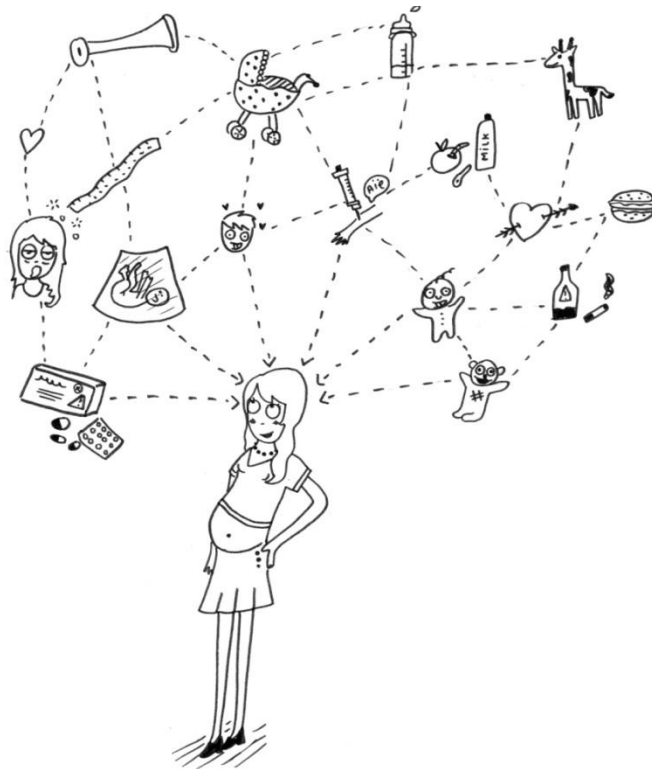
UNIVERSITE DE LORRAINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE METZ

La sage-femme de PMI

et

l'Entretien Prénatal Précoce



Mémoire présenté et soutenu par

Marie BERTOLI

Née le 5 avril 1989

Promotion 2009-2013

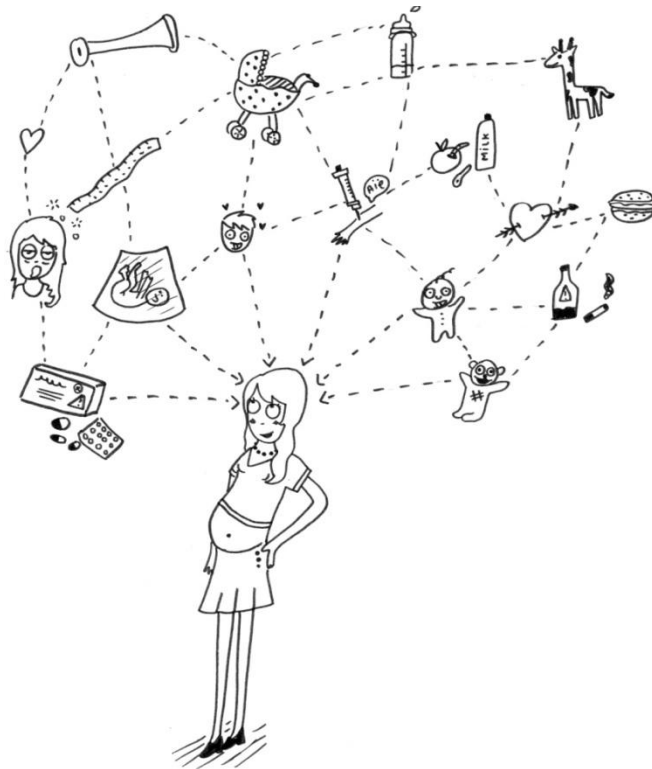
UNIVERSITE DE LORRAINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE METZ

La sage-femme de PMI

et

l'Entretien Prénatal Précoce



Mémoire présenté et soutenu par

Marie BERTOLI

Née le 5 avril 1989

Promotion 2009-2013

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mme DEBAR, ma directrice de mémoire, de m'avoir aidée dans ce projet et relue jusqu'à tard dans la nuit,

Mme LALLEMENT pour son aide attentive de dernière minute,

Les sages-femmes de PMI de Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle pour leurs retours sur l'enquête, leurs remarques pertinentes et pour certaines, pour le temps qu'elles ont consacré à répondre à mes questions au tout début de mon travail,

Ma mère, Vincent et ma grand-mère pour leur chasse aux fautes d'orthographe,

Ma sœur Jeanne pour son joli dessin de couverture !

Victor de me supporter au quotidien,

Et tous mes amis de promo qui ont fait de ces quatre années, des années inoubliables !

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
Partie 1.....	3
I. La Protection Maternelle et Infantile.....	4
1. Le service de la Protection Maternelle et Infantile.....	4
2. La sage-femme de PMI.....	7
II. Le plan de périnatalité 2005-2007.....	10
1. Les mesures.....	10
2. L'enquête de périnatalité 2010.....	14
III. Entretien Prénatal.....	14
1. Historique et législation.....	14
2. Objectifs.....	17
3. Législation et recommandations.....	18
4. Formation.....	20
5. Supports et information.....	21
6. Cotation.....	22
7. L'EPP et la sage-femme de la PMI.....	22
Partie 2.....	24
I. Présentation de l'enquête.....	25
1. Problématique.....	25
2. Objectifs.....	25
3. Hypothèses.....	25
4. Méthodologie.....	26
5. Difficultés et biais.....	26
II. Présentation des résultats.....	27
1. Caractéristiques de la population.....	28
2. L'EPP général.....	30
3. Formations et supports.....	35
4. Orientation et réseaux professionnels.....	37
Partie 3.....	44
I. Etude des pratiques.....	45
1. L'EPP en général.....	45

2. Formations et supports.....	47
3. Réseaux professionnels.....	48
II. Propositions	53
1. Uniformiser	53
2. Informer	57
3. Centraliser	60
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

La grossesse est un moment important dans la vie d'une femme. Elle lui permet une évolution sociale en la plaçant dans le rôle de mère, une maturation psychologique et engendre des changements physiques.

Actuellement la grossesse, qui n'est pas une maladie, répond à une prise en charge de plus en plus médicalisée dans notre pays. Pourtant, un nombre croissant de femmes réclament un retour à la physiologie de ce moment crucial de leur vie. Et certaines femmes ont besoin d'autre chose qu'une aide médicale pendant cette période. Un premier pas vers l'écoute et l'accompagnement a été franchi avec la mise en place de l'Entretien Prénatal Précoce lors du Plan de Périnatalité 2005-2007. Il est le seul entretien à visée non médicale de la grossesse. Il est aujourd'hui utilisé par la majorité des sages-femmes, qu'elles exercent en milieu hospitalier, en cabinet libéral ou au Conseil général dont elles dépendent.

Les sages-femmes territoriales interviennent auprès des femmes, dans le cadre de la protection maternelle et infantile. Elles sont peu connues par le public, mais aussi par la profession elle-même. C'est pourquoi il est important de s'intéresser de plus près à celles qui interviennent auprès des femmes les plus vulnérables de notre pays. Elles pratiquent largement l'Entretien prénatal précoce avec une grande qualité d'écoute mais aussi dans le but de dépister des situations sociales, familiales ou psychologiques que la grossesse risque de fragiliser davantage.

Elles ont une place discrète dans la société mais elles ne travaillent jamais seules et sont à proximité d'un certain nombre de professionnels dont les compétences sont indispensables pour le suivi des grossesses présentant des besoins médico-psycho-sociaux.

L'objectif principal de l'Entretien Prénatal Précoce par la sage-femme de PMI est-il bien la mise en place de partenariats professionnels le plus tôt possible pendant la grossesse ?

Nous commencerons par rappeler le fonctionnement du service de Protection Maternelle et Infantile, la mise en place du Plan de Périnatalité 2005-2007 et la naissance de l'Entretien Prénatal Précoce avec ses évolutions.

Nous présenterons ensuite les résultats de l'enquête menée auprès des sages-femmes de PMI des quatre départements lorrains afin de faire un état des lieux sur leur pratique de l'Entretien Prénatal Précoce.

Pour terminer, nous proposerons une analyse des résultats de notre enquête et argumenterons des propositions pour améliorer l'utilisation de l'entretien et des réseaux de professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse.

Partie 1

La Protection maternelle et Infantile,
le Plan Périnatalité 2005-2007
et l'Entretien Prénatal Précoce.

I. La Protection Maternelle et Infantile

En 1789, la Constitution a créé les départements pour permettre aux Citoyens un accès égalitaire devant la loi et les services de l'Etat. La Constitution du 27 octobre 1946 garantit la protection de la santé par la Nation, notamment pour l'enfant et la mère.

C'est dans le contexte d'après-guerre que l'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 fonde le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), dans le but de lutter contre la mortalité infantile et maternelle. Elle précise l'organisation, les missions et les compétences de ce nouveau service destiné à assurer la protection des mères et des enfants de moins de six ans. Une politique de santé maternelle et infantile est lancée. L'ordonnance donne un rôle médico-social au service de PMI qui s'articule principalement autour du médecin (et de la puéricultrice dès 1969) ; ainsi que des directives pour le suivi sanitaire des femmes et des enfants. Pour promouvoir l'accès à la santé pour tous, les consultations sont gratuites pour les enfants dans les centres de PMI.

1. Le service de la Protection Maternelle et Infantile

a. Législation (6) (5) (20)

La PMI fait partie des missions des départements à partir du décret n°62-840 du 19 juillet 1962 et relève de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). Le service de PMI est placé sous la responsabilité d'un médecin. Il est désormais autonome par rapport au service social.

Un plan programmé de périnatalité est proposé pour faire réguler le nombre de naissances et lutter contre la prématurité et la souffrance cérébrale du fœtus lors de l'accouchement. La loi n°70-633 du 15 juillet 1970, complétée par le décret n°73-267

du 2 mars 1973 instaure les trois certificats de santé obligatoires pour les enfants, afin de dépister et de prévenir des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs.

L'article 2 de la loi du 4 décembre 1974 met en place les Centres de Planification ou d'Education Familiale par les services de PMI, dans le but de lutter contre les grossesses non désirées, d'éduquer à la santé et dans un souci de prévention.

Il faut attendre le décret n°75-316 du 5 mai 1975 (modifiant le décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la PMI) pour obtenir la création des premiers postes de sages-femmes de PMI. Ce décret autorise également les visites à domicile pour la protection des femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière.

Les lois de décentralisation n°82-213 du 2 mars 1982 et n° 86-17 du 6 janvier 1986 confient aux Conseils Généraux les missions et l'organisation des services de PMI.

La loi n°89-899, relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance, paraît le 18 décembre 1989. L'article L.147 du Code de la santé publique précise : « *Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile, la formation et l'agrément des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement.* ». L'article L.148 exige quant à lui une organisation en circonscriptions, lesquelles doivent organiser des consultations prénatales et pédiatriques dans des centres de PMI, selon les besoins de la population. Ces articles ainsi que le L.2112-1 (modifié par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 – Article 1) spécifient : « *Les compétences dévolues au département [...] sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du Président du Conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département. Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique.* ». Ils sont donc les fondements du service de PMI actuel.

Ce texte fixe les missions, les compétences et l'organisation départementale des services de PMI.

b. Missions (5) (19)

Les missions de la PMI sont fixées par l'article L.2112-2 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007 – art. 8). Il précise que « *le Président du Conseil général a pour mission d'organiser :*

- *Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;*
- *Des consultations et des actions de prévention médico-sociale pour les enfants de moins de six ans [...] ;*
- *Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse [...] ;*
- ***Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse. Et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.***
- *Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période postnatale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations*
- *Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations [...] ;*
- *L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire [...] » ;*
- *Des actions d'information et de formation pour les assistants maternels ;*

Le Conseil Général doit prendre en charge les mineurs en danger ou « *qui risquent de l'être* » et les orienter vers des structures spécialisées, également lorsqu'il s'agit d'enfants en situation de handicap. Le service de PMI suit une organisation bien précise.

c. Organisation (19)

Depuis les lois de décentralisation du 2 mars 1982 et du 6 janvier 1986, le service de la PMI relève de la compétence départementale. Il est sous l'autorité du Président du Conseil général et dirigé par un médecin. Il comprend des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des infirmières, des conseillères conjugales et familiales et des psychologues.

Il est divisé en unités territoriales sur le département et le Code de la Santé Publique précise à l'article R2112-1 que : « *La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.* ». Les services de PMI travaillent en réseau avec les hôpitaux du département, les professionnels libéraux, les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les services d'aide sociale à l'enfance, la Caisse d'Allocation Familiale, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,...

2. La sage-femme de PMI (15) (18)

Actuellement, on compte environ 800 sages-femmes territoriales en France, elles représentent 4% des sages-femmes en France.

a. Législation

La sage-femme territoriale relève du Conseil général. Elle a un rôle essentiellement de prévention et une fonction à la fois sociale, psychologique et médicale. Elle travaille avec un réseau de professionnels et contribue au bon

déroulement de la grossesse, elle est sous la direction d'un médecin de la PMI et son exercice participe à l'activité d'un réseau obstétrical. L'article R.2112-2 du Code de la santé publique stipule que « *Les actions médico-sociales [...] concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance fœtale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et fœtale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.* ».

Sur le plan déontologique, l'article R.4127-348 signifie que lorsqu'une sage-femme est liée à un contrat avec une administration, une collectivité ou tout organisme public ou privé, cela n'enlève rien à ses obligations professionnelles, notamment concernant l'indépendance de ses décisions. Et elle est soumise au respect du secret médical. Elle ne peut accepter de limitation à son indépendance professionnelle et doit toujours agir dans l'intérêt de la santé et de la sécurité des femmes et de leurs nouveau-nés.

Le service départemental de PMI doit disposer, d'après l'article R.2112-7 du Code de santé Publique, *d'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.*

b. Les missions de la sage-femme de la PMI

Elle doit, dans le cadre de ses missions :

- Assurer la protection des femmes enceintes dont l'état de santé ou la situation matérielle ou morale le nécessite,
- Participer à la diminution du taux de mortalité maternelle, périnatale et de morbidité néonatale,
- Soutenir les femmes enceintes et favoriser leur santé physique, psychologique et sociale,

- Participer à la politique de planification et d'éducation familiale sur les thèmes de la grossesse, de la contraception, de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

Elle intervient à la demande de professionnels de santé (praticiens libéraux ou hospitaliers : sages-femmes, obstétriciens, médecins traitants,...) ou de professionnels du secteur social, en prévention primaire. Mais elle participe aussi à la surveillance des grossesses à risque. Elle réalise un suivi global de la grossesse sur les plans médical, psychologique et social.

Les missions diffèrent selon le lieu d'exercice de la sage-femme. En effet, les départements ont leurs objectifs propres en matière de protection maternelle et infantile. Ainsi, au sein d'une même région, les sages-femmes territoriales de chaque département pourront avoir des missions différentes.

c. Recrutement

Il peut se faire par deux voies différentes :

- Par détachement de la fonction publique hospitalière,
- Par concours de la fonction publique territoriale.

La grille indiciaire et le déroulement de la carrière d'une sage-femme de PMI sont semblables à ceux d'une sage-femme hospitalière.

d. Lieux d'exercice

La sage-femme territoriale exerce dans un ou plusieurs Centres Médico-Sociaux (CMS), dans un secteur géographique défini. Ses activités se déroulent donc en CMS, mais aussi à domicile. Elle participe à la mission de planification et d'éducation familiale. Les séances d'information ayant pour sujets principaux la sexualité et la

contraception, se déroulent dans les établissements scolaires, dans des locaux associatifs et dans les centres de planification et d'éducation familiale.

II. Le plan de périnatalité 2005-2007 (17)

A la suite d'un rapport de la mission périnatalité (4) publiée le 17 septembre 2003 par trois experts (Pr. Bréart, Pr. Puech et Pr. Rozé), le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Mr Philippe Douste-Blazy, met en place un plan de santé périnatale. Intitulé « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité », le Plan Périnatalité 2005-2007 est proposé le 10 novembre 2004, pour *moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance*. Il a pour objectifs de réduire la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5% pour 1 000 naissances) et la mortalité maternelle de 40% (soit de 5 pour 100 000 naissances). *Il vise à améliorer la sécurité et la qualité de soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance.*

1. Les mesures

Les mesures proposées suivent 4 axes.

a. Plus d'humanité

Le suivi de grossesse compte sept examens prénataux obligatoires (décret du 14 février 1992) réalisés par le médecin ou la sage-femme. La préparation à la naissance complète ce suivi par des séances collectives ou individuelles. Cette dernière est majoritairement assurée par la sage-femme. Cependant, le réseau des professionnels de la périnatalité et certains usagers mettent en évidence que *la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante*. L'objectif est de *mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents*. Une des grandes mesures de ce plan est la mise en place d'un entretien individuel ou en couple au cours du 4^{ème} mois de grossesse.

Cet entretien doit être systématiquement proposé à chaque femme enceinte et/ou futurs parents. Il doit *favoriser l'expression de leurs attentes et besoins, de leur projet et de leur donner des informations utiles sur les ressources de proximité* dont ils peuvent bénéficier pour mener à bien la grossesse. Il s'agit également de *créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés*. L'entretien doit être *l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des consultations prénatales médicales : questions sur elle-même, sur son environnement affectif, sa vie professionnelle,...* Il complète donc les consultations médicales obligatoires et permet d'orienter précocement les femmes nécessitant un suivi particulier sur les plans médical, psychologique et/ou social.

Le plan de périnatalité prévoit également une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique avec notamment le recrutement de psychologues au sein des maternités.

Une « Commission Nationale de la Naissance » (CNN) est créée pour discuter, élaborer et mettre en place des recommandations en périnatalité. Elle vise aussi à rapprocher les professionnels pour créer un réseau proche et plus accessible par les usagers.

Le plan prévoit aussi de donner aux usagers et professionnels une information complète et continue. Cela passe par la remise de documents par les réseaux de périnatalité, notamment sur les modalités de prise en charge offertes par le réseau de professionnels. Mais également par la remise d'un carnet de santé maternité aux patientes (*Article n°2122-2 du Code de la Santé Publique*). Ce dernier contient *les informations nécessaires à la femme enceinte et au couple pour garantir le suivi de la grossesse conformément aux recommandations actuelles et le bon développement de l'enfant*. Le but de ce carnet est le partage des informations entre les différents professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse, l'amélioration de *la cohérence du suivi de la grossesse et l'adhésion de la femme enceinte et du couple aux prescriptions médicales*. Une nouvelle présentation a vu le jour en juillet 2007.

Le plan permet un soutien renforcé aux femmes et couples en situation précaire, un accompagnement à long terme des nouveau-nés à risque de développer

un handicap avec notamment un accompagnement psycho-social des femmes et des couples mis face au handicap de leur enfant. La prise en charge des décès en maternité ou néonatalogie est plus rigoureuse.

b. Plus de proximité

Le plan fixe, pour cela, des mesures visant à créer et améliorer les réseaux de santé de proximité, notamment ville/PMI/hôpitaux. Il oblige également la couverture de tout le territoire français par des réseaux de périnatalité et place le service de PMI comme acteur-clé de ceux-ci. Le texte précise que *sous la responsabilité d'un médecin, le travail en équipe multidisciplinaire lui permet de développer toutes sortes de collaborations pour réaliser sa mission* auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans. Le service de PMI bénéficie de moyens pour *agir le plus en amont possible sur les facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques*. Il facilite l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

De plus, la communication et le partage d'information des acteurs autour de la PMI est un des points appuyés par le plan, avec la volonté de valoriser et favoriser les échanges d'expérience, notamment dans le domaine de la parentalité et du soutien aux personnes les plus exposées, avec tous les partenaires publics et associatifs, afin de faire connaître le rôle et les initiatives de la PMI en période périnatale à tous les acteurs de la périnatalité.

Un autre point important du chapitre de la proximité de ce plan est le développement des réseaux en périnatalité. Ces propositions appuient l'importance des réseaux professionnels en lien avec la périnatalité.

En Lorraine a été créé en 2001 le Réseau Périnatal Lorrain (RPL). Son action est légitimée par le plan périnatalité. Il a le statut d'association et est agréé par l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation, aujourd'hui remplacée par l'ARS, Agence Régionale de Santé). Il met en place sur tout le territoire lorrain des actions pour promouvoir la périnatalité et articuler au mieux la prise en charge des femmes lors du pré-, per- et post-partum. Un réseau de professionnels adhère au RPL et comprend les

services de Protection Maternelle et Infantile, les Soins de ville, les Maternité et établissements de santé ainsi que des associations d'usagers. Une charte a été mise en place par le RPL (*Annexe VII*) mettant ses engagements à la disposition des professionnels et du public. (2)

c. Plus de sécurité

Une réorganisation des schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique est demandée et une meilleure prise en charge des transferts des mères, des nouveau-nés et des enfants proposée pour diminuer la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles. Les maternités doivent être mieux équipées et un recrutement de 480 sages-femmes et 370 praticiens est souhaité.

De plus, il est suggéré d'améliorer la prise en charge des urgences maternelles avec notamment une élaboration de recommandations de pratiques clinique par l'HAS (Haute Autorité de Santé).

d. Plus de qualité

Deux mesures sont décidées : tout d'abord l'Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) doit aider la mise en place des procédures adaptées de gestion des risques, comme l'accès à des échographies de qualité qui doit être possible pour toutes les femmes. Ceci passe notamment par une information des patientes, du personnel qualifié et du matériel de qualité.

Ensuite l'assistance médicale à la procréation est encadrée pour réduire le nombre de grossesses multiples qui engendre un plus grand risque de grande prématurité. La stimulation ovarienne sera désormais encadrée par des recommandations de bonnes pratiques.

Une meilleure reconnaissance des professionnels de la naissance est demandée et une valorisation des compétences est requise.

2. L'enquête de périnatalité 2010 (3)

Suite au plan de périnatalité 2005-2007, une vaste enquête concernant la périnatalité est lancée en France afin d'actualiser les données, mais aussi de mettre en place un nouveau plan ajusté aux évolutions liées au plan de périnatalité et aux évolutions de la périnatalité en elle-même en France. Depuis 1995, des enquêtes de ce type sont régulièrement réalisées pour connaître l'évolution de l'état de santé des femmes et des nouveau-nés.

L'enquête nationale périnatale 2010 a porté sur les naissances survenues entre le 15 et le 21 mars 2012 auprès de 553 établissements de santé publics ou privés, en métropole et dans trois départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane et Réunion). 15 187 femmes et 15 418 nouveau-nés ont ainsi été concernés par cette vaste enquête. Tous les facteurs de périnatalité ont été étudiés que cela concerne autant les antécédents des femmes que leur suivi prénatal, l'accouchement et le suivi médical proposé par l'établissement, ou encore les équipements matériels et en personnel de celui-ci.

Parmi les mesures prévues par le plan périnatalité, l'Entretien prénatal précoce fait son apparition, dans le chapitre « plus d'humanité ».

III. Entretien Prénatal (10) (17)

1. Historique et législation (1) (4) (7) (8) (11) (14)

L'entretien prénatal n'est pas apparu avec le plan de périnatalité 2005-2007. En 1932, le suivi de grossesse se résume à trois consultations prénatales recommandées par l'Office d'Hygiène Sociale (OHS) de Meurthe-et-Moselle. Créée par le docteur Jacques Parisot, l'OHS prend en compte la dimension sociale. Les infirmières visiteuses

rencontrent et remettent un carnet de maternité lors de leur première visite chez une future mère. Ce carnet permet une prise en charge financière des trois consultations prénatales par la sécurité sociale. Les infirmières visiteuses sont remplacées par des assistantes sociales lors de la création de la PMI, par l'ordonnance de 1945.

C'est en 1976 qu'est nommée la première sage-femme de PMI en Meurthe-et-Moselle. A partir de cette période, les sages-femmes reprennent la mission des assistantes sociales. Elles remettent alors le carnet de maternité de l'assurance maladie aux femmes qu'elles rencontrent lors de leur exercice à domicile ou au Centre Médico-Social (CMS). En Meurthe-et-Moselle, cette rencontre a un caractère « obligatoire » car ce sont les personnels du service social, puis les sages-femmes de PMI, qui remettent ce carnet. La prise en charge financière des consultations de grossesse et du carnet de maternité est alors possible grâce à l'existence de conventions entre l'assurance maladie et la PMI (Conseil général). La première sage-femme ressent très vite le besoin d'un temps d'échange et d'information personnalisé pour les futurs parents.

La circulaire n°127 du 5 mai 1988 relative à la sécurité et à l'environnement a pour objectif prioritaire de « *prévenir le risque obstétrical tout en respectant la dimension psychologique de la naissance.* ».

En Meurthe-et-Moselle, environ 70% des femmes enceintes rencontrent une sage-femme de PMI avant 1997, date à laquelle l'assurance maladie met fin à la convention qui la liait au service de PMI, avec la suppression du carnet de. Les femmes enceintes bénéficient toujours d'un entretien nommé *rencontre prénatale précoce*. Mais le caractère obligatoire disparaît. Les nombre d'entretien diminue alors.

Le 9 octobre 1998 sont publiés les décrets de périnatalité n°98-900 (Art. R. 712-85-I Al.2) : « *Les établissements de santé pratiquant l'obstétrique participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée.* ». Les établissements autorisés à l'activité obstétricale doivent alors obligatoirement proposer une préparation à la naissance. Huit séances sont déjà prévues. Avec la parution de ces décrets, le nombre de séances de préparation à la

naissance doit être diminué à sept, la première devenant un entretien individuel personnalisé. Mais faute de financement, ce projet n'aboutit pas.

En 2002 et 2003, le réseau périnatal lorrain organise une enquête intitulée : « *Un outil de prévention périnatale : l'entretien prénatal individuel (EPI) – Etude de faisabilité* » qui est coordonnée par le docteur Alicja Bartela. Elle a pour but d'évaluer la faisabilité et l'intérêt de cet entretien. Trois cent sept EPI ont été effectués par des sages-femmes territoriales, libérales et hospitalières dans toute la Lorraine. Les résultats se révèlent très satisfaisants et prouvent que la demande d'information et d'écoute des femmes enceintes est importante.

Encouragé par ces résultats, un projet d'entretien prénatal est présenté en 2003 lors des Assises Nationales de la société française de Périnatalité qui avait lieu à Nantes.

Dans le cadre d'un rapport de la mission de la périnatalité, l'importance d'un suivi continu et personnalisé est largement soulignée. « *La naissance n'est pas seulement un acte médical mais un acte psychoaffectif majeur dans la vie d'une femme et ce paramètre essentiel, souvent oublié, a une incidence primordiale dans le bon déroulement de la grossesse et de la naissance.* ». Il évoque l'utilité d'un entretien lors du 4^{ème} mois de grossesse, *de préférence [pratiqué] par une sage-femme*, dans le cadre de la préparation à la naissance. *Il devrait permettre de dépister toute forme d'insécurité pouvant entraîner des complications sur la constitution du lien mère-enfant ainsi que sur les pathologies de la grossesse.* Cet entretien *pourrait également servir à activer, si besoin, un réseau avec d'autres professionnels de la santé.* L'Avenant à la convention nationale des sages-femmes (J.O. du 21 novembre 2004) précise que la préparation à la naissance comprend huit séances d'une durée supérieure à quarante-cinq minutes. « *La première séance est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse.* ». C'est également l'Arrêté du 11 octobre 2004 qui précise le remboursement de l'EPP ainsi que ses modalités de cotation.

Suite au plan de périnatalité 2005-2007, une circulaire de la DHOS relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité paraît le 11 juillet 2005.

Deux ans après sa présentation, l'expérience Lorraine ainsi que la méthodologie de l'EPP sont présentées lors des 34^{èmes} Assises Nationales des Sages-Femmes à Strasbourg en mai 2006. Marie-Hélène Debar intervient en tant que sage-femme référente départementale du Conseil général de Meurthe-et-Moselle. Elle y reprend l'EPP dans son ensemble et les expériences de mise en place par les sages-femmes selon leur mode d'exercice.

2. Objectifs (17)

La notion d'EPP est une mesure importante du Plan de Périnatalité 2005-2007. Il s'inscrit dans les mesures intitulées « plus d'humanité » de celui-ci, ses principaux objectifs étant de réduire la mortalité périnatale et maternelle et d'améliorer la prise en charge de la grossesse sur les plans de la sécurité, de la qualité des soins, de l'humanité et de la proximité.

L'EPP n'est pas une consultation médicale ou psychologique. C'est un temps d'échanges et d'information avec la future mère ou les futurs parents. L'objectif principal est de les laisser s'exprimer sur leurs craintes et leurs envies liées à cette grossesse, de connaître leurs attentes afin de les accompagner et de les préparer au mieux à l'arrivée de leur enfant. Il est nécessaire de donner les moyens à la femme enceinte d'être « actrice » de sa grossesse. Cet entretien permet de prendre en compte les facteurs somatiques, sociaux et affectifs, qui pourraient perturber le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né. Et à plus long terme, de garantir un développement de l'enfant et des liens affectifs dans un climat de sécurité.

Du côté professionnel, le but recherché est de favoriser le travail en complémentarité entre les différents intervenants, d'améliorer la prise en charge de la grossesse par les professionnels pour que celle-ci corresponde au mieux aux attentes du couple. Mais aussi de prendre en compte les facteurs médico-psycho-sociaux des futurs parents qui sont peu abordés dans les consultations médicales. Le praticien se

doit également d'apporter les informations importantes au bon déroulement de la grossesse.

Le but de l'EPP est donc de faire le lien entre le contexte médical et émotionnel. C'est un temps d'écoute des femmes, des futurs parents pour dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psycho-sociale. Les renseignements recueillis vont permettre au praticien de diriger la femme vers des interlocuteurs adaptés au suivi de sa grossesse.

3. Législation et recommandations (3) (12) (13) (14)

L'Avenant à la convention nationale des sages-femmes (J.O. du 21 novembre 2004) précise les nouvelles dispositions concernant les séances de préparation à la naissance intitulées à l'article 1^{er}, chapitre II du titre IX 3. « *Séances de préparation psychoprophylactique obstétricale. Cette préparation est réalisée en complément de la surveillance médicale de grossesse et a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés par une approche de santé publique et préventive. Elle a pour objectif :*

- *D'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;*
- *D'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;*
- *De responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;*
- *De ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents.*

[...] L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir. »

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose aux professionnels de santé périnatale un document intitulé « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » en Avril 2005. Il y est décrit l'ensemble des consultations obligatoires au suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance mais aussi l'entretien individuel ou EPP : « *En entretien individuel ou en couple est systématiquement proposé au cours du 4^{ème} mois de grossesse. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé ;*

Cet entretien fait partie des séances de préparation à la naissance. Il vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants en améliorant la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources. La qualité des relations entre les parents et les professionnels pourrait influencer la qualité des liens ultérieurs avec l'enfant. ». L'HAS publie des recommandations concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité en décembre 2005. La première séance est l'EPP, un chapitre y est consacré.

A l'issue du plan de périnatalité et du rapport Molénat (Janvier 2004), la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) diffuse une circulaire en juillet 2005 qui *vise à améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant.* Trois mesures sont décrites dont la mise en place de *l'entretien individuel du 4^{ème} mois.* Il sera réalisé au 4^{ème} mois de grossesse, sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel il appartient.

Lors de l'enquête sur la situation périnatale en France en 2010, il est ressorti que l'EPP était insuffisamment réalisé et qu'il a concerné 21,4% des femmes en 2010, ce qui est peu. Il était alors réalisé à 95% par une sage-femme. Il est par contre précisé que les sages-femmes avaient dû se former afin de mener cet entretien selon les recommandations. Elles ont également dû se constituer un réseau de professionnels pour orienter les femmes de manière adaptée et selon les besoins.

4. Formation (13) (9)

Il existe une multitude de types de formations pouvant se rapporter à l'EPP, comme les formations sur la psychologie de l'enfant, la conduite d'entretien, la relation d'aide,...

La circulaire de la DHOS de juillet 2005 estime que la formation des professionnels de la périnatalité à cet entretien est essentielle, notamment pour développer le travail en collaboration. *« Il s'agit de formations à caractère interdisciplinaire, centrées sur la clinique, permettant de se représenter le rôle des différents professionnels, leurs spécificités, leurs articulations, cela dans un esprit de cohérence et de continuité. »* Un référentiel de formation, piloté notamment par le Dr Françoise Molénat pédopsychiatre au CHU de Montpellier et auteure du rapport « Périnatalité et prévention en santé mentale – Collaboration médico-psychologique en périnatalité » en janvier 2004, est réalisé à la suite du plan de périnatalité 2005-2007 et de la circulaire de la DHOS du 11 juillet 2005. Il concerne les acteurs de périnatalité qui vont mener des EPP dans le cadre de leur exercice professionnel.

Le référentiel propose une partie pédagogique divisée en deux axes : les principales questions à se poser et la notion *d'esprit de réseau*. Dans le premier axe, on retrouve la définition de l'EPP, le contenu de l'entretien, comment travailler en réseau et par quel biais transmettre les informations importantes aux autres acteurs de la prise en charge. Mais aussi comment conduire l'entretien et l'intégration à la formation initiale des sages-femmes de l'entretien. Le second axe appréhende le travail en réseau qu'implique l'issue de cet entretien : qui, pourquoi, comment ; et le *« suivi du suivi »*. Ce référentiel s'appuie sur les recommandations professionnelles de l'HAS d'avril 2005.

Il est à noter que toutes les sages-femmes de la PMI de Meurthe-et-Moselle bénéficient d'une formation à la technique d'entretien lors de leur embauche.

5. Supports et information (16)

L'EPP est relativement méconnu par les femmes. D'après les textes de loi, il devrait être proposé à toutes les femmes enceintes par le professionnel qui confirme la grossesse. En pratique, les médecins et sages-femmes ne sont pas assez informés ni formés à cet entretien et il n'est pas proposé systématiquement. Cependant, des outils d'information sont disponibles selon les établissements, les départements et les réseaux de périnatalité. Les femmes peuvent être informées oralement de l'existence de cet entretien, que ce soit par leur sage-femme, leur gynécologue-obstétricien, leur médecin traitant ou encore par leurs secrétariats.

Des affiches et des plaquettes ont également été éditées et sont disponibles et/ou affichées dans les salles d'attente. Elles sont souvent le fruit du travail d'information des réseaux périnataux (*Annexes II et III*).

Créé par la loi du 18 décembre 1989, le carnet de santé de maternité a été actualisé par *l'arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse*. Selon l'article L.2122-2 du Code de la santé publique, il est édité par le Conseil Général à partir d'un modèle national. Il doit être remis par le praticien à la future mère lors du premier examen prénatal. Il contient une page intitulée « *Préparer la naissance : un entretien et sept séances* » (*Annexe I*) et un calendrier de la grossesse où est décrit l'EPP. Malheureusement il n'est que peu distribué et utilisé par les professionnels, malgré les dispositions législatives. Les raisons sont nombreuses pour ne pas l'utiliser, l'une d'entre elles est le fait de la double écriture : une dans le dossier médical et une dans la partie correspondant au dossier médical. Dans une société où le temps est précieux...

Le réseau périnatal Lorrain a mis en place un guide d'entretien prénatal individuel (*Annexe IV*) comprenant une trame utilisable par les professionnels, une fiche de transmission avec trois feuillets autocopiants (*Annexe V*), une information destinée aux futurs parents et une procédure d'utilisation.

6. Cotation

L'entretien prénatal précoce s'inscrit dans le programme de la préparation à la naissance et à la parentalité, en tant que première séance. Sa cotation à la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) de la Sécurité Sociale est SF15 soit de 42 euros.

7. L'EPP et la sage-femme de la PMI (8) (19)

L'EPP est un outil important pour la sage-femme de PMI car il lui permet de repérer et d'accompagner les femmes enceintes ayant des situations sociales, familiales ou conjugales particulières ou à risque. Cela se mesure à l'aide de critères de vulnérabilité (âge : moins de 18 ans ou plus de 40 ans, la primiparité, la grande multiparité, les antécédents de pathologies lors de grossesses antérieures ou de grossesses interrompues, les femmes seules ou victimes de violences,...) ou lors de liaisons avec les professionnels de secteur, après repérage d'une situation à risque pour la grossesse (que ce risque soit de nature médical, social ou encore psychologique). L'accompagnement est pluridisciplinaire grâce à la proximité avec la puéricultrice, l'assistante sociale, l'éducateur ou encore le psychologue au sein d'un même Centre médico-social. Il permet la prise en charge globale de la santé de la femme enceinte sur le plan médico-psycho-social et ceci sur le long terme.

La sage-femme de la PMI intervient dans le cadre d'un partenariat avec les professionnels du secteur dont elle a la charge. Celui-ci est primordial car chacun y apporte ses compétences et permet d'éviter au maximum l'information tardive sur une situation dégradée connue pendant la grossesse ; plus la prise en charge est précoce et plus elle peut être optimisée.

La sage-femme de PMI pratique l'EPP tel qu'il est décrit dans le plan de périnatalité 2005-2007 et selon les recommandations de l'HAS de 2005. Le RPL a d'ailleurs mis à la disposition des sages-femmes une procédure basée sur ces textes pour mener à bien cet entretien.

Comment est pratiqué l'EPP dans les quatre départements Lorrains ? Comment s'organise la prise en charge qui suit cet entretien ?

Partie 2

Résultats de l'enquête

I. Présentation de l'enquête

1. Problématique

La sage-femme de PMI appartient à un grand réseau de professionnels qui œuvre pour remplir les missions de la protection maternelle et infantile. Elle a dans ses compétences, la conduite de l'entretien prénatal précoce.

L'HAS recommande de favoriser la coordination entre les professionnels de la naissance à cet entretien.

L'objectif principal de l'Entretien Prénatal Précoce par la sage-femme de PMI est-il bien la mise en place de partenariats professionnels le plus tôt possible pendant la grossesse ?

2. Objectifs

- Faire un état des lieux de la pratique de l'EPP par les sages-femmes de PMI en Lorraine.
- Conforter la place de la sage-femme de la PMI dans la pratique de l'EPP et dans le plan de périnatalité 2005-2007.

3. Hypothèses

- L'EPP par la sage-femme de PMI débouche sur la mise en place d'un réseau de partenariat professionnel.
- Par la mobilisation précoce des partenaires pendant la grossesse, la sage-femme de PMI permet un suivi optimal et une grossesse mieux vécue par les femmes les plus vulnérables.

4. Méthodologie

L'étude a été réalisée du 27 novembre 2012 au 27 décembre 2012. Un questionnaire a été envoyé à toutes les sages-femmes de PMI de Lorraine par E-mail. Il a été conçu sur un site internet (<http://evalandgo.com>). Il était destiné à être répondu de manière anonyme (*Annexe IX*).

J'ai contacté les médecins référents des services de la PMI des Conseils Généraux de la Meuse, la Moselle et des Vosges et la sage-femme coordinatrice de la Meurthe-et-Moselle, qui ont donné leur accord pour la diffusion du questionnaire. De plus, ils ont transmis le lien du questionnaire aux sages-femmes de leur département ou m'ont confié la liste de leurs adresses E-mail.

Au total, ce sont 49 sages-femmes qui ont été concernées par mon étude :

- 3 en Meuse,
- 22 en Meurthe-et-Moselle,
- 15 en Moselle,
- 9 pour les Vosges.

Ce sont 29 questionnaires qui me sont revenus complétés malgré des relances. 6 m'ont également été retournés, mais de manière incomplète. Ils ne sont donc pas pris en compte dans les résultats.

Dans mon enquête, l'Entretien prénatal précoce est défini selon les modalités du Plan de périnatalité 2005-2007 et il part du principe que les recommandations de l'HAS (avril 2005) sont remplies.

5. Difficultés et biais

Malgré une volonté d'exhaustivité, de nombreux questionnaires n'ont pas été remplis. En effet, les agents du Conseil Général de Moselle ont vu leur accès aux sites internet restreint. Le questionnaire a donc mis un délai supplémentaire pour leur parvenir.

J'ai également eu des difficultés à joindre les médecins responsables de la PMI de la Meuse (au nombre de quatre, à défaut d'un médecin départemental). Je n'ai reçu que la réponse de deux d'entre eux et l'adresse mail d'une des sages-femmes ne fonctionnait pas. De nombreux appels et E-mail ont donc été envoyés pour résoudre cette situation qui est malheureusement restée sans réponses.

Sur 35 réponses, 29 questionnaires ont été exploités. Le taux réel de participation est donc de 59% (le taux de perte s'élève à 17,14%).

Il faut prendre en considération que le fait de ne pas répondre à une question ne bloquait pas la validation du questionnaire. La population totale n'est donc pas toujours de 29.

Le fait que ce questionnaire soit anonyme ne permet pas de différencier les réponses par département ni par quelque caractéristique.

II. Présentation des résultats

La population totale est de 29 sages-femmes. Cependant il existe des questions pour lesquelles l'ensemble des sages-femmes n'a pas répondu. Pour ces résultats, la population répondant à la question est alors notée **n= [nombre total de répondants]**.

1. Caractéristiques de la population

- **Genre**

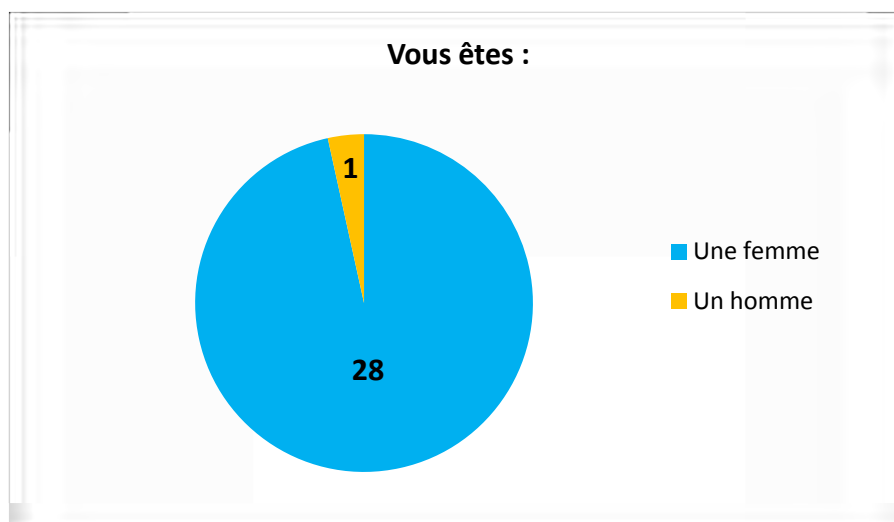


Figure n°1

Sur les 29 sages-femmes à avoir répondu au questionnaire, 28 sont des femmes et 1 est un homme.

- **Lieu d'exercice antérieur**

Avant d'être sages-femmes de PMI, 26 exerçaient en milieu hospitalier, 3 en libéral. Pour les autres, on retrouve 3 professionnels de l'Hospitalisation à Domicile, 1 en milieu privé et 1 en mission humanitaire. 3 n'ont pas eu d'autre forme d'exercice que la PMI.

- **Années d'exercice au sein de la PMI**

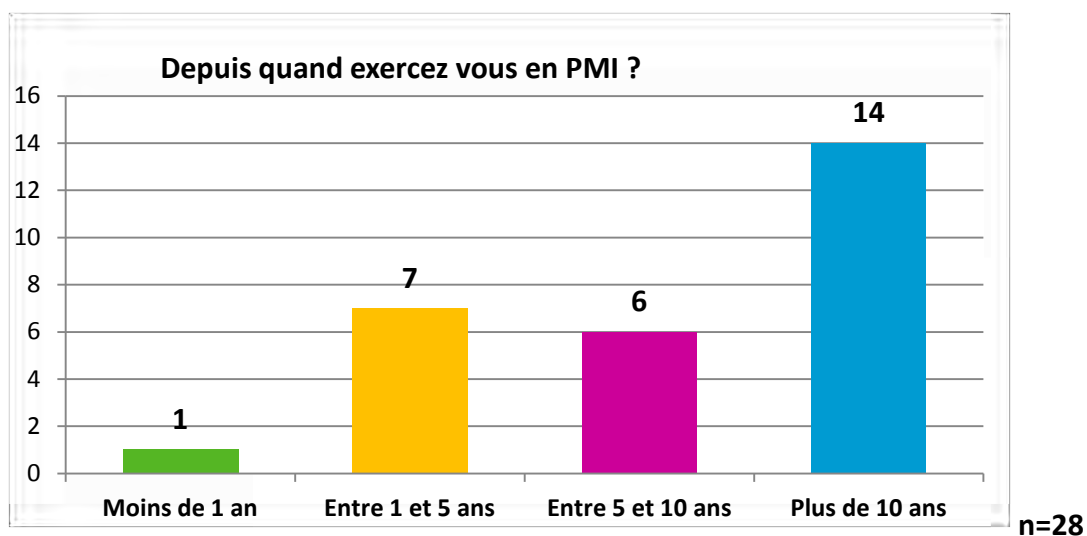


Figure n°2

- **Taux de réponses par département**

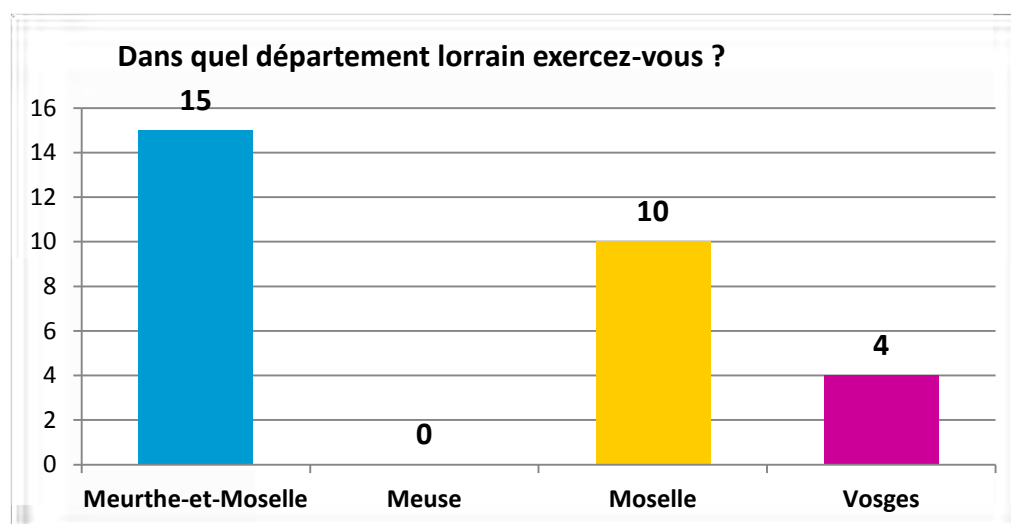


Figure n°3

Parmi les 49 sages-femmes de PMI de Lorraine, les réponses sont parvenues de 15/22 sages-femmes de la Meurthe-et-Moselle, 10 /15 de la Moselle, 4/9 des Vosges et 0/3 de la Meuse.

2. L'EPP général

- Cotation « Sécurité Sociale »

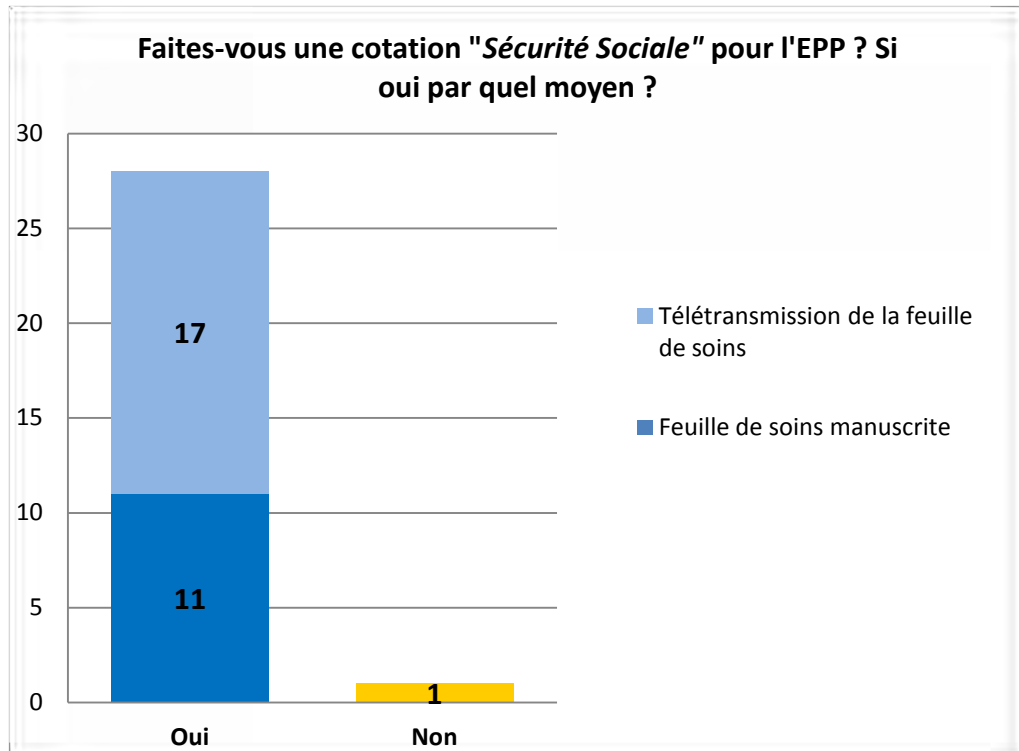


Figure n°4

Parmi les 28 répondants affirmant faire une cotation « Sécurité Sociale », 17 utilisent la télétransmission de la feuille de soins et 11 la feuille de soins manuscrite.

- Déclarations de grossesse

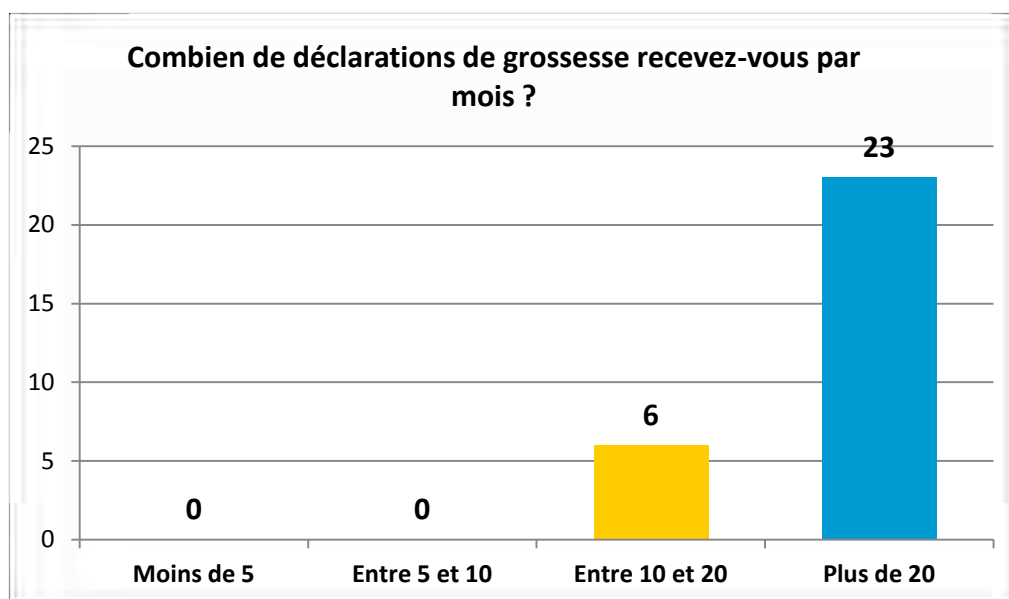


Figure n°5

L'une des sages-femmes m'informe en recevoir environ 220 par an. A partir de cette information, on en déduit que cela correspond à 18,3 entretiens par mois.

- Nombre d'EPP réalisés par mois

Sur les 29 sages-femmes interrogées, 27 font un recueil statistique du nombre d'EPP réalisés chaque mois et 2 ne le font pas.

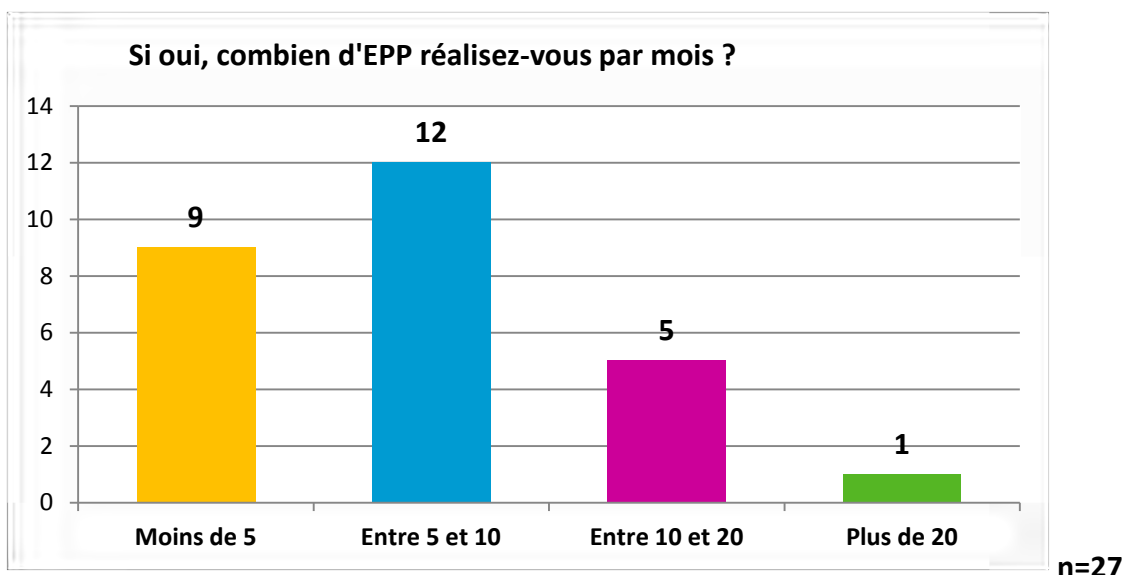


Figure n°6

Les 2 sages-femmes ne réalisant pas de recueil statistique estiment à entre 5 et 10 le nombre d'EPP accomplis par mois.

- **Durée d'un EPP**

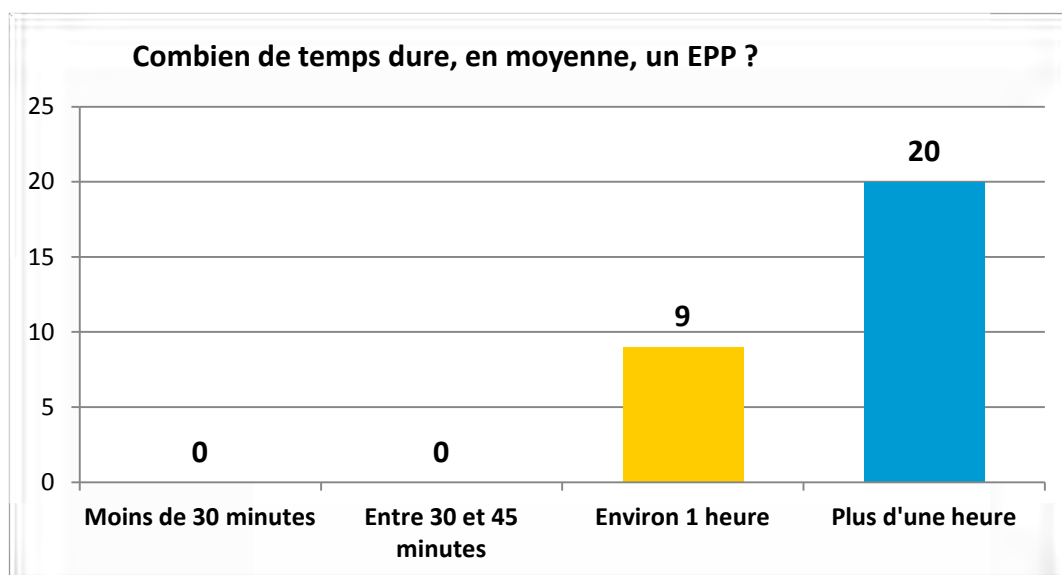


Figure n°7

- **Lieu et conditions de pratique de l'entretien**

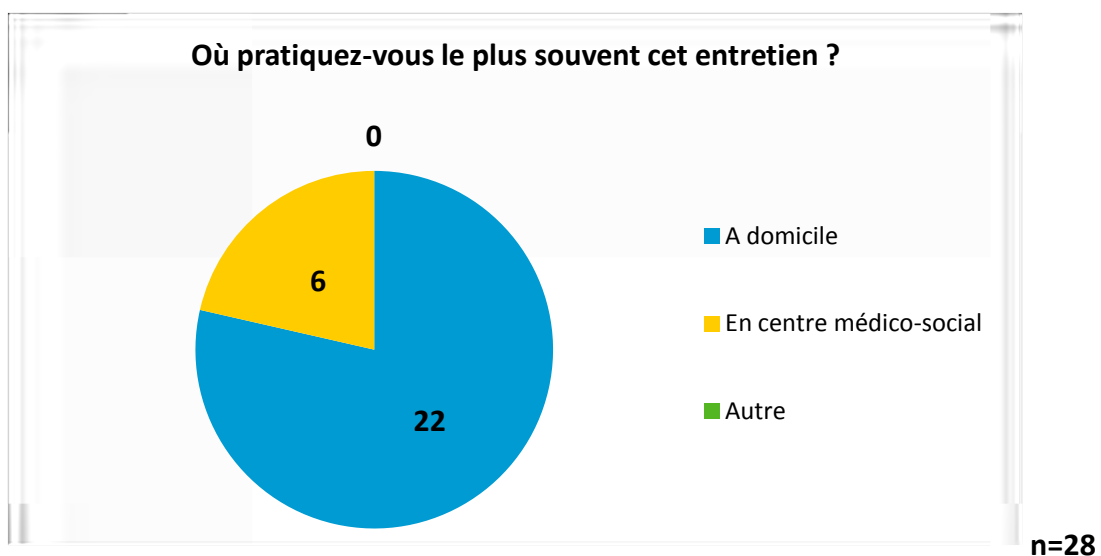


Figure n°8

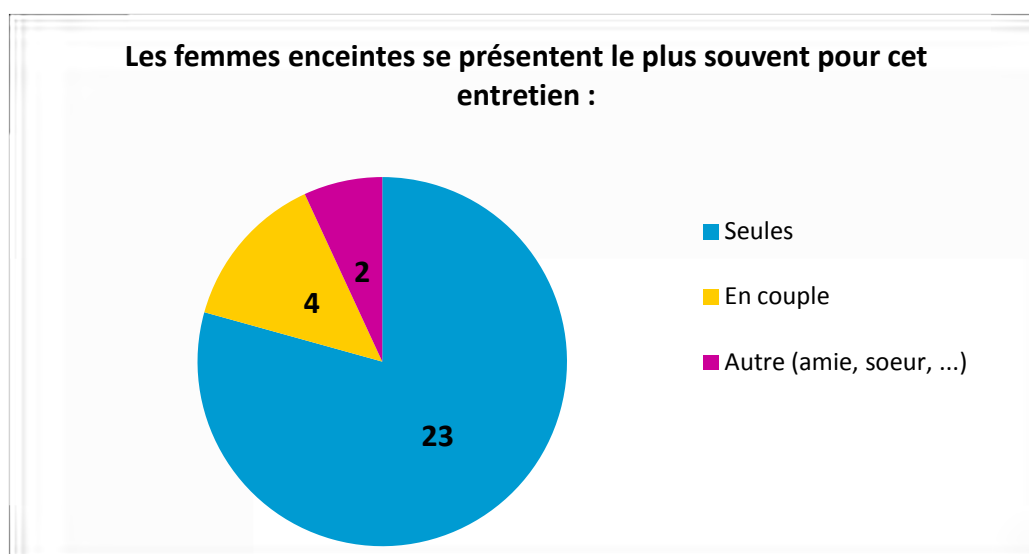


Figure n°9

- **Date de l'entretien**

23 sages-femmes proposent l'EPP à la femme enceinte dès leur première rencontre. 6 ne le font pas.

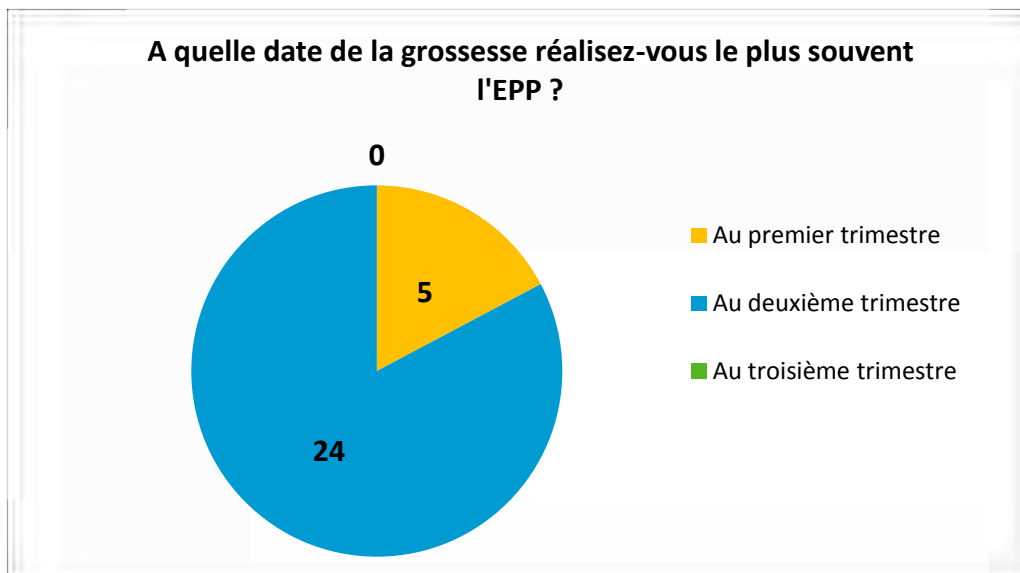


Figure n°10

Aucun entretien n'est réalisé lors du troisième trimestre.

- Objectifs de l'EPP

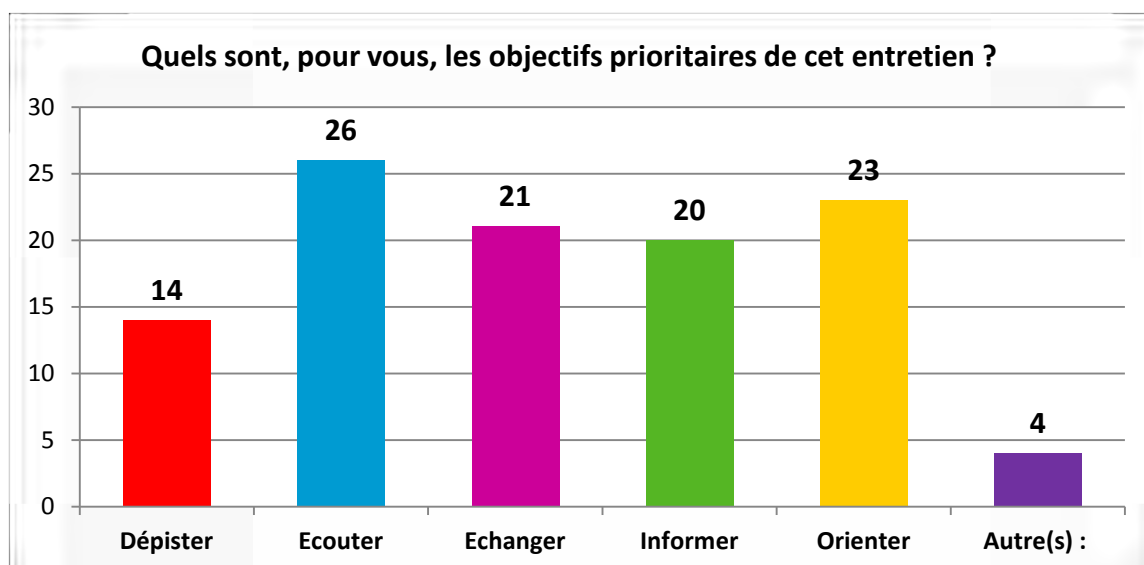


Figure n°11

La majorité des sages-femmes de PMI estiment que l'EPP a pour objectif prioritaire d'écouter la future mère. L'orientation de celle-ci est citée en deuxième. Dépister est l'objectif le moins répondu mais près de la moitié des sages-femmes estiment qu'il fait partie des priorités. Parmi les propositions « autres » on retrouve : *planifier* mais également *rassurer* la femme enceinte à plusieurs reprises.

3. Formations et supports

- Formations

21 sages-femmes répondants ont suivi une formation spécifique à la conduite d'entretien, 8 n'en ont pas bénéficié.

Parmi celles qui ont eu accès à une formation, 14 estiment qu'elle leur est utile pour conduire des EPP, 5 la considèrent comme inutile et 3 ne se prononcent pas.

Sur les personnes qui n'ont pas profité d'une formation, une seule souhaiterait en bénéficier.

- **Support**

23 sages-femmes interrogées n'utilisent aucun support pour réaliser l'entretien.

6 en utilisent un et citent :

- *La feuille du réseau périnatal lorrain,*
- *Le carnet de santé maternité,*
- *Le guide d'entretien prénatal individuel du réseau périnatal lorrain (Annexe IV).*

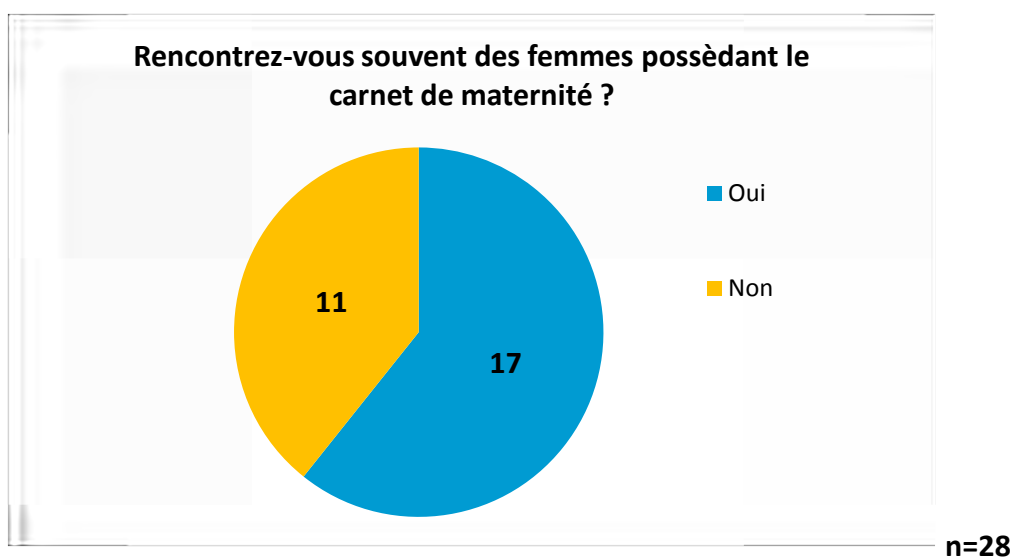


Figure n°12

21 déclarent l'utiliser et 22 le distribuent aux femmes enceintes.

4. Orientation et réseaux professionnels

● Orienter

Cette question consistait à classer par ordre de fréquence les partenaires professionnels proposés à la femme enceinte à la suite de l'EPP. Les 27 sages-femmes ayant répondu ont classé les réponses de la plus à la moins fréquente. Chaque partenaire s'est vu attribuer une valeur allant de 1 à 13 ; le minimum correspond au meilleur classement (1 étant le plus haut) et le maximum, au plus bas dans le classement. La moyenne la moins élevée correspond donc au partenaire professionnel le plus proposé aux femmes enceintes suite à l'EPP et la moyenne la plus élevée, au partenaire professionnel le moins proposé aux futures mères.

Quels professionnels se sont vus proposés à la femme ?

Partenaires professionnels	min	moy.	max
Assistante sociale	1	2,89	8
Sage-femme libérale	1	3,96	11
Puéricultrice ou médecin de PMI	1	4,41	10
Psychologue ou psychiatre	1	5,41	12
Professionnels de la maternité de votre territoire	1	5,56	12
Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)	1	5,81	13
Spécialiste en addictologie	1	7,41	13
Diététicien	2	7,67	12
Gynécologue-Obstétricien libéral	2	7,81	13
Médecin traitant	4	8,52	12
Conseiller conjugal	3	9,74	13
Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)	4	10,15	13
Professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	6	11,67	13

Figure n°13

La question suivante permet de différencier le suivi professionnel que la sage-femme met en place elle-même à la suite de l'EPP de celui qu'elle propose à la femme enceinte. Plusieurs choix étaient possibles pour cette question et la fréquence de réponse à un item donne l'ordre de fréquence. (« Que vous sollicitez-vous-même » suppose que l'initiative est prise par la sage-femme de contacter le professionnel directement, sans laisser à la femme l'initiative de le joindre elle-même.)

Quels sont les partenaires professionnels que vous sollicitez vous-même à la suite de l'EPP ?

Partenaires professionnels sollicités	Fréquence
Assistante sociale	25
Puéricultrice ou médecin de PMI	23
Professionnels de la maternité de votre territoire	20
Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)	17
Sage-femme libérale	16
Psychologue ou psychiatre	12
Gynécologue-Obstétricien libéral	10
Médecin traitant	7
Spécialiste en addictologie	7
Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)	6
Professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	5
Conseiller conjugal	3
Diététicien	2
Autre	2

Figure n°14

25 sages-femmes estiment que la sollicitation d'autres professionnels pour le suivi de la grossesse se fait toujours avec l'accord de la future mère alors que pour 3 d'entre eux, pas toujours.

- **Liaisons entre professionnels**

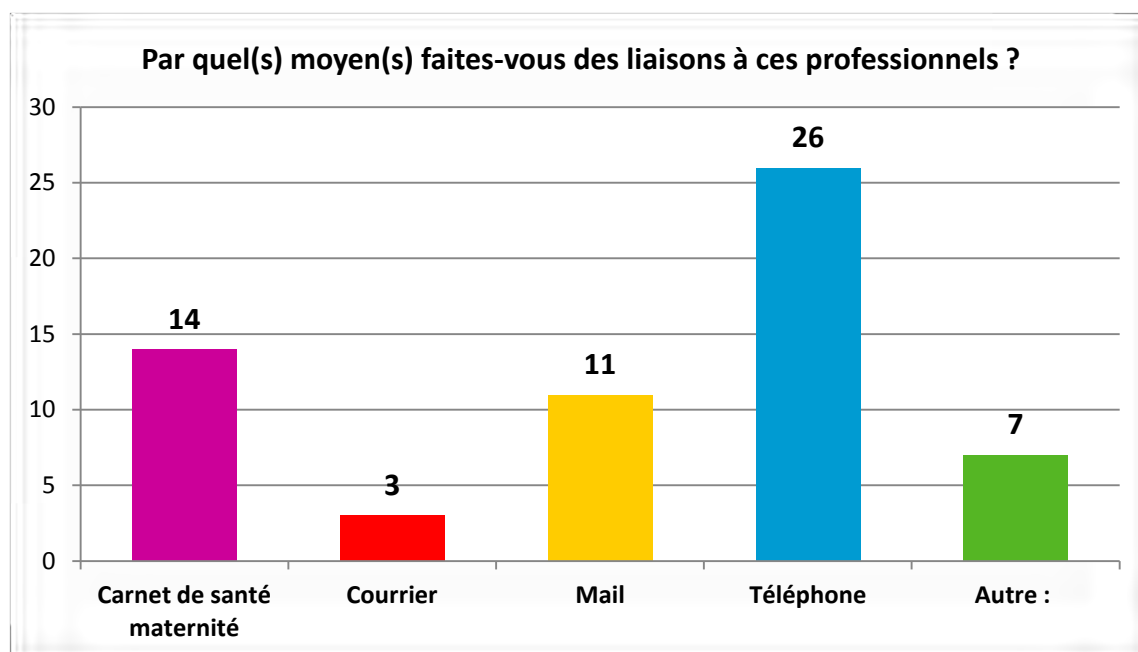


Figure n°15

Les liaisons avec les professionnels se font principalement par téléphone. Dans les autres moyens, on trouve :

- *La fiche de liaison (Annexe VI),*
- *Les rencontres physique, tête à tête et entretiens,*
- *Les réunions entre partenaires.*

Suite aux sollicitations de partenaires professionnels, 25 ont des retours à leurs demandes de prise en charge tandis que 3 n'en ont pas.

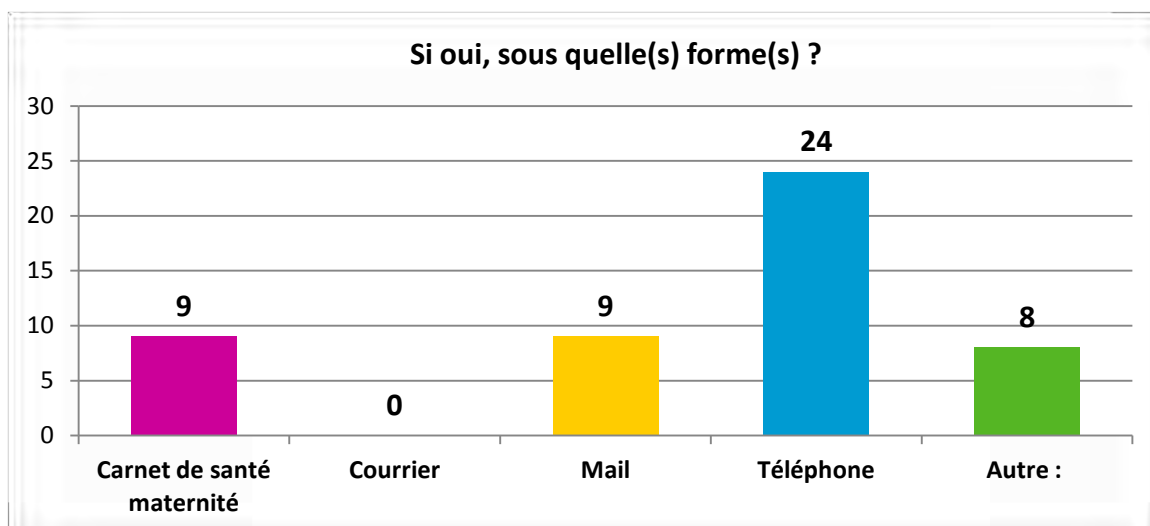


Figure n°16

Les retours de la part des partenaires se fait essentiellement par téléphone.

Dans les réponses « autres » sont cités :

- « Lors des staffs médico-psycho-sociaux »,
- « Je précise que les retours sont très rares. »

● L'utilisation du réseau

Sur 26 sages-femmes, 18 pensent que le réseau professionnel nécessaire au suivi de la grossesse de la femme enceinte n'est pas sollicité de façon optimale à la suite de l'EPP. Les obstacles à ce travail en réseau cités sont :

- « La PMI est peu connue »
- « Certains professionnels sont réticents à travailler en réseau. Ils ont peur de " perdre la cliente " »
- « Le manque de temps »
- « Les professionnels ne sont pas toujours convaincus du rôle possible des collègues du réseau. »
- « Il y a moins d'interlocuteurs avec les établissements privés. »
- « C'est " personne-dépendant " », « Problème de communication entre les professionnels. »

- « Ce qui nous est confié pendant l'EPP en terme de difficultés par la femme enceinte ne l'est pas forcément aux interlocuteurs vers qui nous l'avons orientée. De plus, la démarche pour qu'elle les rencontre aboutit rarement. », « le désir de la femme est parfois en désaccord avec la proposition. »
- « La non-compréhension de la prise en charge par un spécialiste de la part de la femme enceinte. »
- « Le carnet de maternité n'est pas utilisé par certains professionnels. », « il est peu utilisé. »
- « Les compétences des différents professionnels sont souvent méconnues. »
- « Il y a un manque évident de coopération. »
- « Les liaisons dans le sens maternité/PMI sont rares et les retours encore plus. »
- « Un annuaire des professionnels serait nécessaire... »

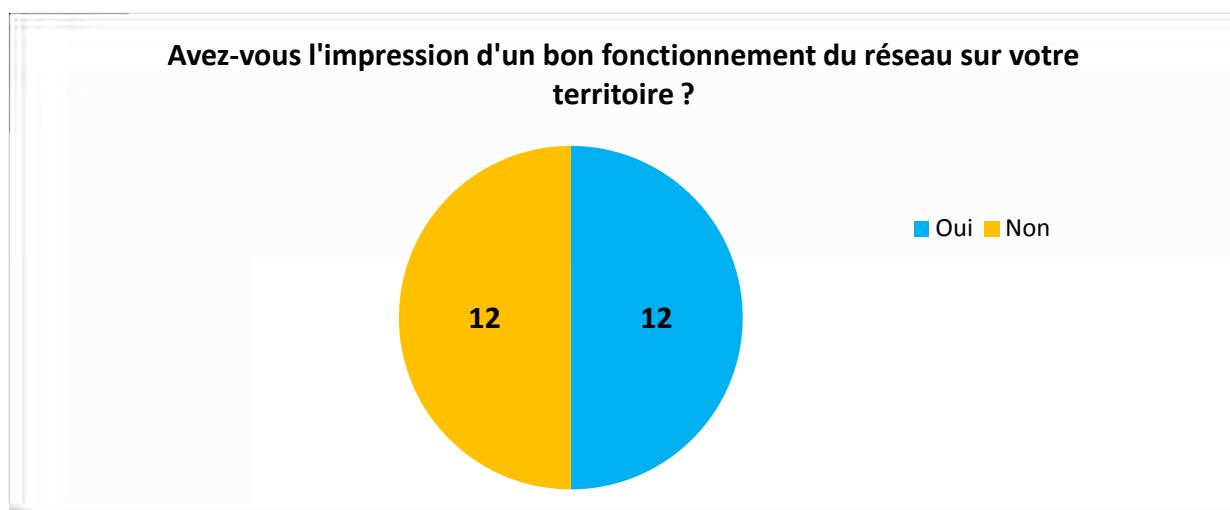
20 sages-femmes sur 25 pensent que la prise en charge de la future mère est assurée de façon plus satisfaisante lorsqu'elle a pu bénéficier de l'EPP pour les raisons suivantes :

- « La future mère connaît mieux les professionnels et n'hésite pas à les solliciter. De plus, les professionnels échangent entre eux s'ils décèlent des problèmes. Les prises en charge médico-sociales se mettent en place plus facilement : le staff hospitalier est un lieu privilégié pour les échanges entre professionnels et ainsi, proposer à la femme la prise en charge la plus adaptée. »
- « L'EPP permet de sortir du médical pur car les sujets abordés lors de l'entretien le sont peu lors de consultations "classiques". »
- « Meilleure articulation entre les professionnels au bénéfice de la patiente, meilleure connaissance et compréhension des différents dispositifs par les futurs parents et appropriation maximale de la maternité. »
- « Lorsque je propose un suivi, il est accepté dans la plupart des cas. Ce travail de soutien et d'accompagnement va être bénéfique à la femme enceinte et il permet d'activer le réseau de professionnels qui lui seront bénéfiques. L'EPP permet un repérage des besoins.

- « La femme est responsabilisée dans le suivi de sa grossesse. », « La future mère devient acteur de sa grossesse, elle comprend mieux et anticipe mieux la suite. »
- « Parce qu'au début de la grossesse, les femmes sont souvent un peu perdues. L'EPP leur de comprendre qui fait quoi et qui elles peuvent solliciter en cas de besoin. », « Elle est informée et sait qui fait quoi. »
- « Cela donne au couple les outils utiles pour la grossesse. »
- « Il peut permettre la mise en place d'un suivi pertinent. »

Parmi les 5 répondants ne trouvant pas que la prise en charge de la femme enceinte soit plus satisfaisante lorsqu'elle a bénéficié de l'EPP, on note comme remarques :

- « Les professionnels ne tiennent pas compte de cet entretien. », « Parfois les interlocuteurs ne prennent même pas la peine de regarder le compte rendu de l'EPP. »
- « De nombreuses femmes devant être suivies par la PMI pour des raisons psycho-sociales ne nous sont pas adressées. »
- « L'EPP est réalisé de manière très différente selon les professionnels. »



n=24

Figure n°17

Sur 24 sages-femmes, la moitié considère que le fonctionnement du réseau est satisfaisant sur leur territoire, alors que l'autre moitié en est insatisfaite.

Les suggestions pour améliorer le travail en réseau professionnel sont :

- « *Le respect du rôle de chacun ; la reconnaissance des compétences variées ; la circulation des informations (cela serait un confort mais va à l'encontre du secret médical).* »
- « *Travailler de façon coordonnée avec les sages-femmes libérales.* »
- « *Conserver une structure de soins à proximité* »
- « *Avoir les moyens et le temps de fonctionner tous ensemble.* »
- « *Bien souvent, le réseau est une affaire de personnes et de volonté de travailler en commun. Il nécessite une bonne connaissance de la population du secteur et de bien se connaître entre professionnels. Il faut se faire mutuellement confiance. Mais le temps est limité...* »
- « *Il faut se faire rencontrer les professionnels entre eux.* », « *Améliorer la communication entre tous les intervenants de la périnatalité.* », « *Il est important d'avoir envie de travailler ensemble.* »
- « *Que les professionnels aient conscience de l'importance des liaisons utiles pour coordonner les actions autour de la femme enceinte.* »
- « *Plus de psychologues dans les maternités ou formés à la périnatalité.* »
- « *Un annuaire régulièrement mis à jour des professionnels du territoire serait nécessaire, un "Qui-fait-quoi" avec les coordonnées.* »

Partie 3

Exploitation
des résultats de l'enquête
et propositions

I. Etude des pratiques

Cette étude a été réalisée sans différencier les sages-femmes de la PMI des différents départements lorrains. On considérera donc que leur activité est sensiblement la même concernant l'EPP dans toute la région.

1. L'EPP en général

- **La cotation de l'EPP** (Figure n°4)

C'est un indicateur de la pratique de l'EPP. On s'aperçoit que 28/29 sages-femmes réalisent cette cotation. Parmi elles, 17 utilisent la télétransmission de la feuille de soins tandis que 11 se servent de la feuille de soins manuscrite. Une seule des 29 sages-femmes ne fait aucune cotation de l'EPP. On peut alors se demander si elle pratique l'EPP ou si elle est réfractaire à la cotation.

Cependant, durant des entretiens avec des sages-femmes de PMI de Meurthe-et-Moselle et de Moselle, il est ressorti que leurs premières rencontres avec les femmes, et ce à tout moment de la grossesse, s'apparentaient à un EPP, et que l'EPP était sous-coté compte tenu de leur difficulté à différencier celui-ci du suivi classique. Il aurait été intéressant de connaître le contenu d'un EPP pour ces sages-femmes.

- **Nombre d'EPP réalisés par mois** (Figure n°6)

27 sages-femmes sur 29 effectuent un recueil statistique du nombre d'EPP réalisé par mois. 9/27 d'entre elles en accomplissent moins de 5, 12/27 entre 5 et 10, 5/27 entre 10 et 20 et 1/27 en note plus de 20 par mois. Si on couple ces données à la question du nombre de déclarations de grossesse reçues chaque mois (Figure n°5), et selon laquelle 23/29 sages-femmes notent en recevoir plus de 20 par mois, on note un pourcentage approximatif de 25% d'EPP réalisés par la sage-femme de la PMI.

Il est intéressant de prendre en considération que 2/29 sages-femmes ne réalisent pas de recueil statistique mais sont en mesure d'estimer entre 5 et 10 le nombre d'EPP effectués par mois.

Prenons le cas d'une des sages-femmes : elle estime recevoir environ 220 déclarations de grossesse par an, ce qui équivaut à environ 18 par mois en moyenne. Si on couple ces informations aux données apportées par la *figure n°6*, la moyenne du nombre d'EPP réalisés chaque mois est de 7,18. Moins de la moitié des femmes enceintes du secteur de cette sage-femme bénéficie d'un EPP par elle-même. Les autres femmes sont-elles informées de l'existence de cet entretien ? Y ont-elles également accès ?

- **Conditions et durée de l'EPP**

D'après la législation en vigueur, un EPP ne peut avoir une durée inférieure à 45 minutes. La *figure n°7* nous indique que toutes les sages-femmes interrogées estiment à 1h ou plus la durée d'un EPP.

Il peut être effectué individuellement ou en couple. 23/29 sages-femmes constatent que les femmes viennent seules le plus souvent et seulement 6/29 disent les recevoir accompagnées : 4/6 par leur conjoint et 2/6 par une tierce personne (famille, amie,...) (*Figure n°9*). Il faut par ailleurs considérer que les sages-femmes de la PMI interviennent principalement sur critères de vulnérabilité et les femmes seules rentrent dans ces critères. Cela semble alors corrélérer avec les données. La majorité des sages-femmes de notre étude effectue l'EPP à domicile (22/28), et 6 seulement en CMS (*Figure n°8*). Le lieu, en l'occurrence le domicile, donne des informations sur la femme qui ne peuvent pas être entendues ni prises en compte lors d'un entretien en CMS qui est un lieu neutre. Si les sages-femmes de PMI mènent en majorité leurs EPP à domicile, on peut considérer que la plupart des femmes ont confiance en elles et qu'elles acceptent leur présence dans le suivi de leur grossesse.

- **Date de réalisation**

23/29 sages-femmes proposent l'EPP dès leur première rencontre avec la femme enceinte. L'EPP est aussi nommé l'Entretien du 4^{ème} mois : la *figure n°10* nous montre que la majorité des sages-femmes (24/29) le réalise le plus souvent au deuxième trimestre de la grossesse. 5/29 le pratiquent plutôt lors du premier trimestre. Y a-t-il vraiment un moment privilégié pour l'EPP ou est-il plus intéressant pour la prise en charge de la femme enceinte de le pratiquer le plus tôt possible dans la grossesse ? La première rencontre est-elle idéale pour la mise en place du suivi approprié ? Est-il convenable de le mettre en place avant même d'avoir effectué la déclaration de grossesse (il ne serait alors pas pris en charge financièrement par la Sécurité Sociale) ?

- **Les objectifs de l'EPP (Figure n°11)**

Les objectifs les plus cités par les sages-femmes sont, dans l'ordre décroissant : ECOUTER (à 26 reprises), ORIENTER (23), ECHANGER (21), INFORMER (20), DEPISTER (14) mais aussi RASSURER (2), et PLANIFIER (1). Avant d'être un entretien ayant pour visée le dépistage, l'EPP est un moment d'écoute et d'orientation. Cependant, planifier permet de rassurer la femme et de l'informer sur le déroulement de la grossesse.

L'EPP a, non seulement sa place dans l'orientation de la femme vers des professionnels adaptés à ses besoins, mais il est aussi le seul temps de la grossesse où l'écoute a vraiment sa place.

Les sages-femmes sont-elles assez formées pour écouter de façon efficace les femmes et mener un entretien leur permettant d'obtenir toutes les informations nécessaires à une prise en charge adaptée de la femme enceinte ?

2. Formations et supports

- **Formation**

21/29 sages-femmes ont suivi une formation spécifique à la conduite d'entretien. 14 d'entre elles l'estiment utile dans leur exercice de l'EPP, alors que parmi les personnes n'ayant eu aucune formation, une seule souhaiterait en bénéficier.

La formation est-elle indispensable pour mener à bien un EPP ? On sait cependant que toutes les sages-femmes de la PMI de Meurthe-et-Moselle bénéficient d'une formation spécifique lors de leur embauche. Est-elle un gage de qualité ? Prépare-t-elle au travail en réseau ?

- **Support**

Sur les 29 sages-femmes interrogées, 23 n'utilisent aucun support (grilles ou trames). 6 en utilisent un tels que la feuille ou le guide du Réseau Périnatal Lorrain (*Annexe IV*), ou le carnet de santé maternité. On s'aperçoit que le carnet de santé maternité est sous-utilisé alors qu'il est le support de liaison réglementaire.

Cependant, 17/28 sages-femmes rencontrent régulièrement des femmes possédant le carnet de santé maternité (*Figure n°12*), 21/22 déclarent l'utiliser et 22/25 le remettent aux femmes. Malgré les discordances quant aux réponses à ces questions, on remarque que ce carnet est un support plutôt utilisé par les sages-femmes de la PMI. Mais est-il distribué à toutes les femmes ? Est-il utilisé par tous les professionnels de la périnatalité ? Cela fait-il de lui un bon outil de liaison ?

Aux débuts de l'EPP, la principale demande des sages-femmes lors des formations spécifiques était d'obtenir une trame ou une grille de conduite de l'EPP. On s'aperçoit que l'EPP actuel se fait rarement avec un support.

3. Réseaux professionnels

- **Orienter**

A l'issue de l'entretien, 25/28 sages-femmes orientent facilement les femmes enceintes vers d'autres professionnels pour un suivi de grossesse adapté à sa demande et à ses besoins. Elle propose le plus fréquemment un suivi par une assistante sociale, une sage-femme libérale ou par les professionnels de la PMI (puéricultrice ou médecin) (*Figure n°13*). On remarque que l'assistante sociale et les professionnels de la PMI sont plutôt sollicités par la sage-femme, ainsi que la maternité de son territoire (*Figure n°14*). Est-ce « personne-dépendante » ? Si la sage-femme donne à la future mère les coordonnées et les informations utiles des professionnels concernés, pourquoi celle-ci ne les contacte pas tous elle-même, ce qui permettrait une réelle responsabilisation de sa grossesse ?

Dans les suggestions pour améliorer le fonctionnement du réseau, on trouve par ailleurs qu'il faudrait travailler de façon coordonnée avec les sages-femmes libérales, ce qui montre la volonté de travailler ensemble. Cela confirme que le métier de sage-femme de PMI et de sage-femme libérale présente les mêmes grands objectifs, mais que les priorités de ces deux modes d'exercice sont différemment axés et se complètent. D'ailleurs, les sages-femmes libérales sont les interlocuteurs privilégiés des sages-femmes de la PMI.

La sollicitation d'un professionnel par la sage-femme se fait pratiquement toujours avec l'accord de la future mère pour 25/28. Dans quels cas son accord n'est-il pas requis ?

- **Liaisons avec les professionnels**

Les liaisons avec les professionnels à l'issue de l'EPP se font majoritairement par téléphone (*Figure n°15*). Le carnet de santé maternité, comme outil de liaison, est cité en seconde position et les E-mails sont également utilisés. Parmi les réponses autres, on retrouve la fiche de liaison et les rencontres lors de réunions ou d'entretiens interprofessionnels.

De plus, lorsque la sage-femme a elle-même sollicité un professionnel pour la prise en charge d'une future mère, seulement 3/28 estiment ne pas avoir de retour de la part de celui-ci. La sage-femme doit-elle contacter elle-même le professionnel pour avoir un retour ?

On note cependant que les retours de la part des professionnels se font par téléphone dans la grande majorité des cas (*Figure n°16*). Le carnet de santé maternité est utilisé à la même fréquence que les E-mail : les moyens de communication sont encore une fois multiples. Certaines situations sont évoquées au cours de staffs médico-psycho-sociaux. Par contre, une sage-femme se plaint de « retours très rares ».

Un seul document ou une seule procédure faciliterait-il la liaison entre les professionnels ? Pourquoi retrouve-t-on une telle diversité de moyens de liaison ?

- **L'utilisation du réseau de professionnels**

La majorité des sages-femmes ayant répondu à l'enquête (18/25) pensent que le réseau des professionnels nécessaire au suivi de la grossesse de la femme enceinte n'est pas utilisé de façon optimale à la suite de l'EPP. On note dans les raisons que la PMI est mal connue. L'information est-elle suffisante pour la faire connaître ? La méfiance du public envers les professionnels du social est-elle justifiée ?

Il existe parfois une *concurrence* entre professionnels, certains ne faisant pas confiance aux autres par peur de « *perdre leur cliente* ». On peut se demander de quelle façon ces professionnels considèrent leurs patients et si cela correspond à la majorité d'entre eux. De plus, *les professionnels ne sont pas toujours convaincus du rôle possible des collègues du réseau*. Une sage-femme souligne d'ailleurs que les compétences des différents professionnels sont souvent méconnues. A l'arrivée d'un professionnel dans un réseau, se présente-t-il aux autres participants ? *Il y a un manque évident de coopération et c'est personne-dépendante*. Comment mettre en place un réseau solide et durable ?

Une autre difficulté consiste en la confiance que la femme va avoir avec les professionnels : *ce qui nous est confié pendant l'EPP en terme de difficultés par la femme enceinte ne l'est pas forcément aux interlocuteurs vers qui nous l'avons orientée*. La démarche à suivre pour que cette femme rencontre les spécialistes proposés dépend d'elle-même et aboutit si elle le souhaite. Pour quelles raisons les femmes n'acceptent-elles pas l'aide d'autres professionnels quand cela dépasse la compétence de la sage-femme ? L'utilité de l'intervention d'un autre praticien est-elle expliquée à la patiente ?

Cependant, 20/25 sages-femmes de la PMI estiment que la prise en charge d'une future mère est plus satisfaisante lorsqu'elle a bénéficié de l'EPP. Parmi les arguments, on trouve que lorsque la femme connaît déjà certains de ces professionnels (comme le médecin traitant par exemple), elle hésite moins à les solliciter. Le fait d'intégrer d'autres professionnels dans le suivi de la future mère lui fait prendre conscience que la prise en charge n'est pas uniquement médicale. Elle doit être *responsabilisée dans le suivi de sa grossesse*. Et pour une *appropriation maximale de la maternité*, il est essentiel qu'elle rencontre d'autres professionnels afin de ne pas vivre cette grossesse comme une maladie, ce qui est le risque en rencontrant uniquement des professionnels médicaux de la périnatalité.

Les staffs médico-psycho-sociaux permettent aussi de proposer une prise en charge adaptée à la femme enceinte, ce qui permet *une meilleure articulation entre les professionnels au bénéfice de la patiente*.

Il est souligné que *l'EPP permet de sortir du médical pur car les sujets abordés le sont très peu lors des consultations dites classiques*. La prise en charge de la grossesse est-elle trop médicalisée actuellement ? L'EPP permet-il à la future mère de ne plus être spectatrice de sa grossesse ?

Malgré les arguments, 5/25 ne trouvent pas la prise en charge de la femme enceinte plus satisfaisante lorsqu'elle a bénéficié de l'EPP. Les arguments avancés sont

une mauvaise implication des professionnels sollicités et un EPP qui n'est pas pris en compte par certains d'entre eux. Quels sont les professionnels se sentant le plus impliqués dans la prise en charge d'une femme lors de sa grossesse ? Quels sont ceux qui ne mesurent pas l'importance de l'EPP ?

De plus, de nombreuses femmes qui devraient bénéficier d'un suivi par la PMI pour des raisons psycho-sociales ne nous sont pas adressées. La mise en place du suivi de grossesse adapté par la sage-femme se fait-elle à sens unique ? Les professionnels intervenants dans le suivi de la grossesse connaissent-ils les compétences spécifiques de la sage-femme de PMI ? Ou est-ce une peur des « services sociaux » de la part de la femme ?

Une sage-femme précise que l'EPP est mené de manière différente selon les professionnels. Existe-t-il une norme dans la conduite de l'EPP ? Cela serait-il un enjeu pour la mise en place du suivi adapté pour la future mère ? Faut-il uniformiser la manière de conduire un EPP ?

- **Fonctionnement du réseau**

La moitié des sages-femmes interrogées (12/24) sont satisfaites du fonctionnement du réseau sur leur territoire (*Figure n°17*). Les suggestions pour en améliorer le fonctionnement font ressortir le problème de « personne-dépendante ». Pour résoudre cette question, il est proposé de *se faire mutuellement confiance* entre professionnels. Cela passe par une connaissance des compétences des différentes professions : il faut ainsi *faire se rencontrer les professionnels entre eux* et *avoir envie de travailler ensemble*. Au-delà d'une simple envie, il en va d'une nécessité pour les femmes.

Une meilleure communication entre tous les intervenants de la périnatalité est requise. Il est important que les professionnels aient conscience de l'importance des liaisons pour coordonner les actions autour de la femme enceinte. Le respect du rôle de chacun est primordial dans un réseau.

Le temps est un facteur important dans le dysfonctionnement d'un réseau. Il est souligné que *le temps est limité* pour apprendre à connaître les différents acteurs et que *les moyens et le temps de fonctionner tous ensemble* restent à trouver...

Une sage-femme trouve qu'*un annuaire régulièrement mis à jour des professionnels du territoire, un « qui-fait-quoi » avec toutes les coordonnées* serait idéal. Est-ce la solution au travail en réseau ?

Il y a donc une volonté évidente de travailler en réseau de la part des sages-femmes de PMI mais elles se heurtent régulièrement à des professionnels ne mesurant pas l'importance de la mise en place d'un partenariat autour de la femme enceinte, et au manque de temps.

II. Propositions

1. Uniformiser

- **Etudier**

- On note tout d'abord deux points importants dans les objectifs de référence de la formation clinique, technique et méthodologique de l'Arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux études de sage-femme : le point n°5 consiste à savoir « *dépister les situations à risque médical, social et psychique, surveiller et orienter les femmes enceintes vers un niveau de soins adapté* ». Le point n°34 aborde le développement d'« *actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux, pour une meilleure prise en charge des personnes soignées.* ». Pour obtenir le diplôme

d'Etat, la sage-femme doit être en capacité de remplir ces missions. Pour cela, des interventions des professionnels de la PMI sont organisées et des stages mis en place.

Il est cependant dommage de remarquer que tous les étudiants n'ont pas accès à ces stages, pourtant indispensables pour connaître le champ d'action de la sage-femme de la PMI et de ce mode d'exercice de leur future profession. En effet, les places en stage sont rares...

- Dans le cadre de la formation sur la préparation à la naissance et à la parentalité, un chapitre comprend la formation théorique de la première séance qui est l'EPP. Les stages de consultations obstétricales en milieu hospitalier et avec les sages-femmes libérales complètent la formation à l'EPP.

Il est certain que l'EPP ouvre à la sage-femme la possibilité d'entrer dans l'intimité de la femme pour mieux cibler ses besoins. Le fait d'avoir à ses côtés un(e) étudiant(e) peut empêcher la sage-femme d'avoir accès à certains renseignements, ce qui est un frein au stage surtout dans les situations où le social et le psychologique sont importants. Il serait néanmoins indispensable d'avoir ce type stage avec une sage-femme de la PMI afin d'en connaître l'exercice et de participer aux réseaux professionnels en toute connaissance de chaque type d'exercice de la profession. A défaut de pouvoir satisfaire tous les étudiants avec un stage, il peut être intéressant d'organiser l'intervention d'une sage-femme de PMI en fin de dernière année d'étude sur l'EPP. Les étudiants ayant pu bénéficier d'un stage en PMI au cours de l'année pourrait faire partager leur expérience et la sage-femme apporterait des éléments concernant son exercice.

Une formation spécifique à l'entretien est également proposée aux étudiants sages-femmes dans le cadre de la formation initiale, car même si l'EPP fait partie des compétences professionnelles de la sage-femme, il ne s'improvise pas. Pourquoi ne pas proposer aux futurs professionnels le désirant, une formation à la relation d'aide ?

- **Se former (Formations spécifiques)**

Il existe aujourd'hui de nombreuses formations autour de l'EPP : conduite d'entretien, psychologie de la femme enceinte, relation d'aide,... Il est cependant évident que l'EPP ne peut être mené de la même façon par les différentes sages-femmes, tous modes d'exercice confondus. Cependant, il est identique sur le fond : une formation est bénéfique si elle n'en uniformise pas la forme, mais si elle permet aux sages-femmes d'avoir les mêmes objectifs.

Plus particulièrement pour les sages-femmes de PMI, une formation à la technique d'entretien pourrait être dispensée à l'embauche, comme c'est déjà le cas en Meurthe-et-Moselle.

- **Transmettre**

Les transmissions entre les différents professionnels sont difficiles. En effet, il existe un grand nombre de supports et de moyens de communication mais les professionnels en utilisent chacun un différent. Cela entraîne une perte d'informations importante entre chaque liaison.

On peut prendre comme exemple le « Mutterpass » (*Annexe VIII*), sorte de passeport de maternité distribué à toutes les femmes enceintes allemandes. Ce carnet les suit pour deux grossesses, ce qui permet d'avoir les antécédents sur un seul document. Tout y est noté (sérologies, entretiens, intervenants, numéros utiles, examens,...) et il sert également d'ordonnances nécessaires au suivi de la grossesse. Tous les professionnels intervenant dans la grossesse y ont accès sur simple demande à la future mère. Le format de ce carnet permet, en outre, de le glisser facilement dans un sac à main.

L'idéal serait que le même support de transmissions soit utilisé par tous les membres du réseau de professionnels. Le carnet de santé maternité a pour obligation légale d'être édité et diffusé par le Conseil Général. L'article L.2122-2 du Code de la

santé publique précise que celui-ci doit être remis lors du premier examen prénatal. Cependant la distribution de celui-ci est inégale sur le territoire lorrain. De plus, même si ce carnet était distribué à chaque femme enceinte, le souci de la double écriture ne serait pas résolu. Il faut envisager un support unique, utilisable par tous les professionnels amenés à rencontrer la femme lors de sa grossesse et qui n'entraîne pas de double écriture. On note que le carnet de santé de l'enfant n'a pas rencontré les mêmes obstacles lors de sa mise en place.

Le carnet de santé de maternité français semble pourtant être le support idéal. Peut-être faut-il l'adapter afin de le rendre davantage utilisable et de remplir les critères cités ci-dessus :

- Le support est unique. Dans l'idéal, il permet d'avoir les transmissions, les points importants et actualisés du suivi de la grossesse de la femme.
- Tous les professionnels rencontrés par la femme enceinte l'utilisent. Il faut donc que la femme l'ait sur elle à chaque consultation. Le format actuel A4 (21 x 29,7 cm) n'est peut-être pas adapté car il se glisse difficilement dans un sac à main. Le format A5 (14,8 x 21 cm) conviendrait. Les résultats d'examen pourraient alors être glissés dans une pochette jointe de même format, pliés.
- La double écriture semble le point le plus difficile à modifier car chaque professionnel a ses propres dossiers et notes. On peut imaginer que le plus important des notes concernant l'EPP soit noté dans le carnet de santé maternité afin de privilégier le travail en réseau. L'article L.2122-2 stipule d'ailleurs que les résultats des examens prescrits pendant la grossesse doivent y être mentionnés, mais également toutes les *constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère*.

Afin de faciliter la diffusion du carnet de santé maternité, le praticien rédigeant la déclaration de grossesse doit, selon la législation, remettre le carnet à la femme enceinte à ce moment-là. L'EPP doit être proposé systématiquement dans un même temps, et ce, quel que soit l'âge de la grossesse. Lors de la remise de ce carnet, il est nécessaire d'encourager la femme à le remplir et à noter ses remarques et questions.

Le carnet de santé maternité est le support idéal pour un travail coordonné entre les professionnels de la périnatalité, mais quelques points sont à repenser pour en assurer une utilisation optimale. Cependant, et comme le texte de loi n'est pas respecté, la sage-femme de PMI qui reçoit les déclarations de grossesse des femmes enceintes de son secteur, est une actrice intéressante dans la distribution du carnet de santé maternité.

2. Informer

Avant de mener un EPP, il est important d'informer la femme enceinte sur l'existence et l'intérêt de cet entretien. Pour cela, il faut qu'elle sache précisément à quoi l'entretien correspond. L'information est primordiale, qu'elle passe par les professionnels ou par une voie de communication comme les affiches, internet, médias...

- **Nommer**

Le nom choisi pour cet entretien a changé plusieurs fois : il se nommait au début de son existence « rencontre prénatale précoce », puis « l'entretien du 4^{ème} mois », ce qui était faux car il peut se dérouler à n'importe quel moment de la grossesse (même s'il a lieu aux environs du 4^{ème} mois de grossesse, dans l'idéal). Le nom suivant a été « l'entretien prénatal individuel ou en couple » : concernant à la fois la femme et le couple, ce nom était mal choisi. Il a donc été remplacé par « Entretien prénatal précoce » pour donner une définition plus juste de ce rendez-vous. Cependant ce nom peut paraître compliqué aux femmes et ne signifie rien de concret s'il n'est pas expliqué. Pour le rendre plus compréhensible, il pourrait être de nouveau « rencontre prénatale précoce » qui correspond bien à ce temps et qui ne porte pas sur une notion d'entretien, très utilisée dans d'autres domaines et donc trop abstrait. Ou « Entretien de début de grossesse ». Ces expressions sont plus simples et plus compréhensibles pour les femmes.

● Communiquer

- Des campagnes d'affichage ont été menées par différents réseaux périnataux en France. Il est peut-être nécessaire de mener une nouvelle campagne en Lorraine en indiquant les modalités de l'entretien. Les affiches doivent être colorées et attirer l'œil de la patiente. Elles peuvent être présentes chez tous les professionnels intervenants dans le suivi de grossesse. De plus, chaque praticien apposant ces affiches devrait préciser dessus appartenir au réseau et indiquer les professionnels pouvant le réaliser (sages-femmes de PMI, libérale ou hospitalière, médecin).

On peut aussi imaginer une campagne d'information de grande ampleur avec des spots publicitaires télévisuels ou les pages informatives dans les magazines féminins ou spécifiques à la maternité.

Un dépliant ou une fiche (à l'image de celle mise à disposition par le Réseau Périnatal Lorrain en 2002-2003 dans le cadre de l'enquête de faisabilité) expliquant l'EPP et de son intérêt peut être remis à la femme enceinte lors de la déclaration de la grossesse afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de futures mères possible.

- La Protection Maternelle et Infantile souffre de préjugés de la part du public. En effet, la connotation sociale de ce service se répercute sur les sages-femmes et peuvent être l'objet de réticence de la part des femmes enceintes. Une campagne d'affichage sur le rôle de la sage-femme de la PMI pourrait être mise en place.

● Accompagner

L'information par le praticien de l'existence de l'EPP doit absolument être complétée par les modalités de lieu et d'accompagnant.

- La sage-femme de PMI effectue en majorité ses visites à domicile. Cela est un avantage : si la femme accepte une visite à domicile, elle accepte implicitement l'intervention de la sage-femme pour l'aider (ici pour l'accompagner dans sa

grossesse). C'est un indice de confiance. Avec l'EPP à domicile, la sage-femme est donc en mesure de mener un entretien efficace et ciblé en prenant en compte la femme enceinte dans son propre environnement. Elle bénéficie alors d'informations qu'elle n'aurait pas obtenues en réalisant l'EPP au CMS qui est un lieu neutre. Elle pourra alors mettre en place un suivi adapté à la femme prenant en compte son environnement.

Il faut bien entendu laisser le choix du lieu à la future mère car elle doit se sentir à l'aise dans le milieu afin de pouvoir s'exprimer en toute confiance. Dans le cas contraire, le résultat de l'entretien risque d'être décevant pour la femme qui n'aura pas eu l'impression d'être écoutée, et pour la sage-femme qui n'aura pas pu recueillir d'éléments pour mettre en place un suivi adapté à la grossesse de cette femme

- Le choix de l'accompagnant est important pour la femme car si le conjoint est présent, il montre un investissement du couple, pas uniquement celui de la femme. Il faut préciser, lors de l'information sur l'EPP par le praticien, que cet entretien s'adresse à la femme enceinte, mais aussi au couple. La grossesse est une affaire de couple et il est nécessaire de prendre en compte le futur père et sa place tout au long de la grossesse. La sage-femme de la PMI est idéalement positionnée pour rencontrer le couple, notamment par son activité à domicile.

Cependant, la présence du conjoint peut être un frein dans le dépistage des violences conjugales. Sa présence empêche la femme de le signaler, ou d'émettre des signaux repérables par la sage-femme.

L'EPP peut être repensé en deux parties : un temps d'entretien avec la femme seule et un temps pour le couple. Pour permettre un entretien en deux temps, il faudra peut-être adapter les horaires (pendant que le conjoint travaille ou une partie quand il n'est pas à domicile et la suite quand il revient).

Se pose aussi le problème des femmes parlant peu le français : la présence d'une tierce personne est en général souhaitée mais freine l'entretien. Dans ces cas il peut être souhaitable de contacter une traductrice pour mener l'EPP à bien et passer au-dessus de la barrière linguistique, sans pour autant laisser de côté le dépistage de

situation à risque. Les femmes en situation de vulnérabilité peuvent donc être accompagnées, mais de préférence par des personnes n'évoluant pas à leur côté au quotidien, laissant ainsi la possibilité à la sage-femme de PMI d'avoir son idée sur la situation.

Chaque situation est unique et le dépistage des situations à risque reste important dans la conduite de l'EPP par la sage-femme de PMI. Dans les situations les plus délicates, il convient donc de s'entretenir avec la femme seule, puis avec le conjoint si cela est souhaité par le couple. Une adaptation du temps d'échange peut alors être intéressante et un découpage de l'EPP en deux parties souhaitable pour éviter les pertes d'information, tout en intégrant le futur père à la grossesse. De plus, il est essentiel de laisser le choix à la femme enceinte sur le déroulement de cette rencontre afin de lui laisser la chance de pouvoir s'exprimer au mieux dans un climat de confiance.

3. Centraliser

- **Echanger**

Afin d'améliorer la connaissance des différents intervenants entre eux, une réunion interprofessionnelle devrait se tenir une à deux fois par an sur chaque communauté périnatale (c'est-à-dire tous les professionnels de la périnatalité œuvrant autour d'un même établissement). Elle réunirait les différents intervenants dans le suivi de grossesse par les aspects médical, psychologique ou social. Il s'agirait de se présenter avec ses compétences aux autres professionnels présents. Tous pourraient échanger et se mettre d'accord sur les transmissions à faire et sur le support à utiliser. Ces rencontres pourraient être l'occasion de présenter l'EPP et l'intérêt du travail en réseau de professionnel qui devrait en découler. Il serait nécessaire d'y travailler sur la notion d'information utile dans l'intérêt de la personne et avec son accord. Une formation spécifique à l'entretien du réseau multi partenarial pourrait y être mise en

place, et une explication du fonctionnement des transmissions interprofessionnelles également.

Ces réunions permettraient un entretien des relations entre les professionnels du réseau et une réelle cohésion entre eux. La coordination est essentielle et c'est en entretenant les relations dans le réseau que celui-ci existe et est efficace.

- **Joindre**

La réunion annuelle serait l'occasion de mettre à jour les coordonnées de chacun et de faire la connaissance des nouveaux intervenants. Un annuaire des professionnels par secteur géographique pourrait être mis en place et mis à jour régulièrement. La sage-femme de la PMI pourrait être la garante de la mise à jour de cet annuaire afin d'être le pivot de ce réseau de professionnels autour de la périnatalité.

Cet annuaire inclurait les associations locales et les services spécialisés susceptibles d'aider la femme lors de sa grossesse mais également pour le post-partum et plus tard encore. Il pourrait être présent sur le site internet du RPL afin d'être utilisable de n'importe où (au CMS ou même au domicile des futures mères).

- **Le réseau périnatal Lorrain (RPL)**

Le RPL a mis à jour un « guide de l'entretien prénatal individuel » en 2008. Celui-ci comprend une trame de sujets à aborder avec la femme enceinte lors de cet entretien et une procédure : les documents importants intervenants dans l'EPP y sont expliqués et la démarche chronologique à suivre indiquée. Cependant, la procédure n'est pas toujours suivie et les fiches de transmissions (à 3 feuillets : un pour la femme, un pour le praticien et un pour le RPL) étaient rarement remplies. Les 3 feuillets étant autocopiants, il était intéressant d'utiliser ce support car il donnait la possibilité d'une simple écriture dans les dossiers et d'avoir une synthèse des points essentiels et des orientations proposées. Il avait aussi pour objectif l'évaluation des entretiens réalisés

en Lorraine, mais peu de professionnels ont renvoyé le feuillet le concernant au RPL. L'étude a donc été suspendue, faute d'exhaustivité. Cependant, le guide est encore utilisé par les sages-femmes de PMI, en dehors de toute enquête. La mise en place d'une fiche de transmission de l'EPP propre au carnet de santé maternité, à feuillets autocopiants, pourrait alors être à réfléchir à nouveau, pour privilégier la simple écriture à laquelle tiennent tant les professionnels.

Le RPL est une association de choix dans la mise en place et le maintien des réseaux de professionnels autour de la périnatalité. La Charte (*Annexe VII*) prévoit que *tous les professionnels impliqués dans la prise en charge globale de la femme et de l'enfant pendant la grossesse et autour de la naissance* sont acteurs de ce réseau. Il met en place *une organisation coordonnée et graduée* entre les différents établissements et leurs acteurs.

Le RPL est en mesure de centraliser les informations utiles aux professionnels de la périnatalité pour la mise en place d'un réseau solide sur chaque secteur. On s'aperçoit par ailleurs que l'onglet « annuaire du réseau » sur le site du RPL (espace professionnel) est vide. Cet outil ne demande qu'à être utilisé et développé. Une opération auprès des professionnels de la périnatalité permettrait de réunir un grand nombre d'informations et de coordonnées pour remplir cet espace. Le RPL aurait alors une plus grande visibilité. Cela entraînerait vraisemblablement une meilleure connaissance de ce réseau auprès du public. Il est cependant indispensable de préciser que la création d'« annuaires des ressources territoriaux » est un objectif du RPL. A la suite d'une première sollicitation en 2012, peu de communautés périnatales ont répondu à la demande et ils n'ont pu être mis en place.

Le RPL est donc un protagoniste non négligeable de la mise en place d'un réseau solide sur une communauté périnatale. Il est donc important que les sages-femmes de PMI aient un lien fort avec la communauté périnatale dont elles dépendent dans le cadre du réseau périnatal lorrain.

Les sages-femmes de PMI sont les pivots des réseaux professionnels susceptibles d'accompagner les femmes enceintes sur leur secteur. Elles ont la volonté évidente d'utiliser les compétences de chacun, mais des améliorations au fonctionnement du réseau sont à envisager pour optimiser les liens entre tous les acteurs œuvrant de près comme de loin à la périnatalité, dans l'intérêt des familles.

CONCLUSION

Instauré par le plan Périnatalité 2005-2007 à l'échelle nationale, la Lorraine est le berceau de l'entretien prénatal précoce. Il propose une dimension à la fois humaine et attentive du suivi de grossesse qui tend vers la surmédicalisation dans notre pays.

Sa pratique est très répandue chez les sages-femmes de PMI lorraines qui en font un réel moment d'écoute de la future mère et mettent en place un suivi de grossesse individuel et adapté à chacune. Celui-ci ne pourrait être possible sans l'implication des professionnels d'une même communauté périnatale. Ce réseau de partenariat interprofessionnel est primordial car il assure le suivi de façon continu, cohérent et complet, surtout auprès des populations les plus vulnérables.

Cependant, des améliorations sont possibles, l'implication et l'investissement de chacun sont nécessaires. Une sensibilisation du public et des professionnels sur l'importance de cet entretien serait souhaitable. Mais aussi sur le rôle de la sage-femme de PMI. En effet, malgré un socle de compétences identique à chaque mode d'exercice, la profession de sage-femme de PMI se distingue par une approche plus sociale et psychologique. Et ses interventions à domicile en font une actrice privilégiée pour la prise en charge des femmes déjà fragilisées par la vie et que la grossesse risque de vulnérabiliser davantage. Elles ne sont que 4% parmi les sages-femmes en France mais elles contribuent chaque jour à égaliser les chances des femmes face à la grossesse.

Il serait intéressant de connaître l'avis des femmes et des professionnels qui rencontrent ou travaillent régulièrement avec les sages-femmes de PMI, ainsi que leurs sentiments à l'égard de l'entretien prénatal précoce.

L'accompagnement pluridisciplinaire est-il l'avenir de la grossesse ? Et les professionnels intervenants auprès des femmes enceintes peuvent-ils s'investir davantage dans un tel réseau ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1- BARTELA A., DEBAR M-H., DEMANGE V., FRESSON J., DEQUIDT N. Un outil de prévention périnatale : l'entretien prénatal individuel (étude faisabilité et résultats). Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2004, vol.33, n°4. 355p.
- 2- BINET M-H. Les réseaux de santé en périnatalité. Cours étudiants sages-femmes de Metz. 19 février 2013.
- 3- BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011. 132p.
- 4- BREART G., PUECH F., ROZE J-C. Mission périnatalité, conclusions, vingt propositions pour une politique périnatale. 2003. 24p.
- 5- CADART M-L. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui ; entre médical, social et politique. Informations sociales, 2007, n° 140. p. 52-63.
- 6- CONSEIL GENERAL DU RHONE. Rapport santé publique et PMI, se réapproprier les missions de santé et de PMI. Novembre 2006. p. 6-7.
- 7- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Dossier d'actualité : Rapport de la mission périnatale du 17 septembre 2003. Contact sages-femmes, septembre 2003, n°6. p. 4-6.
- 8- DEBAR M-H. Entretien individuel ou en couple : méthodologie et expérience. In 34^{ème} Assises Nationales des sages-femmes, 17^{ème} session européenne contenu scientifique. 10,11 et 12 mai 2006. Strasbourg. p. 35-48.
- 9- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre. Septembre 2006. 36p.
- 10- GALLEY-RAULIN F. L'entretien prénatal individuel. In : Traité de l'obstétrique. Chapitre 9. Edition Elsevier Masson, 2006. p.75-79.

- 11- GANDAR A. L'entretien prénatal précoce : qu'en est-il de son organisation dans les maternités publiques de la région Grand-Est ? Mémoire sage-femme. Metz : Université Henry Poincaré Nancy I. 2011. 90p.
- 12- HAUTE AUTORITE DE SANTE. Recommandations préparation à la naissance et à la parentalité. Novembre 2005. 56p.
- 13- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/DGS/02/GC n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. 28p.
- 14- MOLENAT F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Mission DHOS, rapport janvier 2004. 28p.
- 15- ORDRE DES SAGES-FEMMES. La sage-femme de PMI. Disponible sur : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>>. (Consulté le 5 janvier 2013).
- 16- PATUREAU J. Le nouveau carnet de maternité. Actualité et dossiers en santé publique, décembre 2007-mars 2008, n°61-62. p51-52.
- 17- PLAN PERINATALITE 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». 10 novembre 2004. 44p.
- 18- PONTE C. L'exercice professionnel de la sage-femme dans le cadre de la PMI. Vocation sage-femme, mars-avril 2011, n°89. p. 42-43.
- 19- RESEAU PERINATAL LORRAIN. Site internet. Disponible sur <<http://www.reseauperinatalloirain.org/>>. (Consulté de novembre 2012 à février 2013).
- 20- UNIVERSITE VIRTUELLE DE MAIEUTIQUE FRANCOPHONE. La protection maternelle et infantile : Organisation et missions. 2011-2012. Disponible sur : <<http://www.uvmf.org/UE-sante-societe-humanite/pmi/site/html/cours.pdf>>. (consulté le 6 janvier 2013).

ANNEXES

Les démarches à entreprendre

La déclaration de grossesse

Seul document officiel, le formulaire de déclaration de grossesse rempli doit être adressé à votre organisme de prestations familiales et à votre organisme d'assurance-maladie.

Envoyez au plus tard avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse :

- les deux premiers volets à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales ;
- le troisième volet à l'organisme d'assurance-maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

Il n'y a pas d'obligation à prévenir l'employeur (voir fiche 5).

Préparez la naissance : un entretien et sept séances

Un entretien individuel ou en couple, réalisé par une sage-femme ou par un médecin, vous sera proposé systématiquement lors de la première consultation.

C'est un temps d'échanges et d'écoute. Il permet d'exprimer vos besoins, vos attentes, notamment par rapport à votre projet de naissance, de répondre à vos interrogations, d'évoquer vos difficultés psychologiques, matérielles, sociales et familiales et de trouver ensemble les moyens d'y répondre.

C'est vous qui choisissez le moment où vous souhaitez avoir cet entretien, qui doit de préférence se dérouler durant le premier trimestre de la grossesse. Il permet notamment de définir le calendrier et le programme des séances de préparation à la naissance. Celles-ci sont au nombre de sept (voir fiche 1 et page 7).



Préparez l'entretien

- Quels sont les changements dans ma vie, dans mes habitudes, dans mon entourage ?
- Y a-t-il des difficultés dont je souhaite parler ?
- Quels sont les professionnels dont j'ai besoin ?

Bien vivre votre grossesse

Des professionnels pour vous accompagner et vous aider

Votre grossesse est suivie sur le plan médical par un médecin ou une sage-femme (en libéral, à l'hôpital ou en PMI (Protection maternelle et infantile)). Si vous en avez besoin pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, et si vous le souhaitez, ils peuvent vous orienter vers d'autres professionnels: médecin spécialiste, infirmier, puéricultrice, diététicien, psychologue, assistante sociale, technicienne d'intervention sociale et familiale...

Ces professionnels, qui peuvent être organisés en réseau de soins*, ne partageront les informations vous concernant qu'avec votre accord.

Vous pouvez également vous adresser à votre mairie, à votre organisme d'assurance-maladie et à votre organisme de prestations familiales.

N'hésitez pas à vous renseigner auprès des associations d'aide aux familles.

Santé

- Généraliste
- Spécialistes
- Sage-femme
- Médecin du travail
- PMI (protection maternelle et infantile)

Socio-administratif

- Mairie
- Allocations familiales
- Assurance-maladie
- Mutuelle
- Assistante sociale
- Technicienne d'intervention sociale et familiale

- Famille
- Ami(e)s
- Associations

Entourage



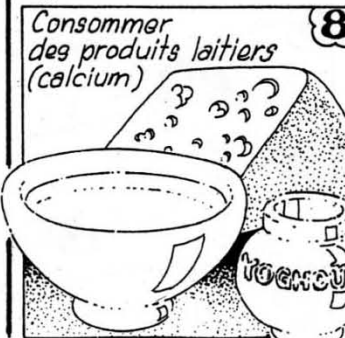
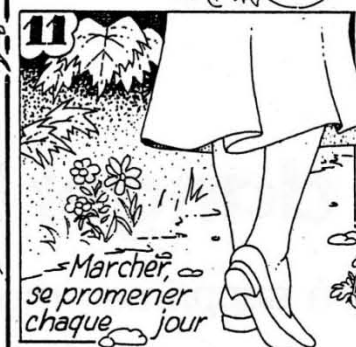
(*) Voir glossaire.

ANNEXE II :

Ancienne fiche de prévention donnée aux femmes par la PMI des Vosges

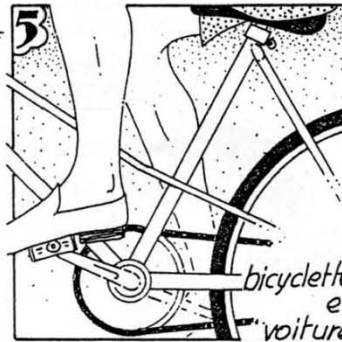
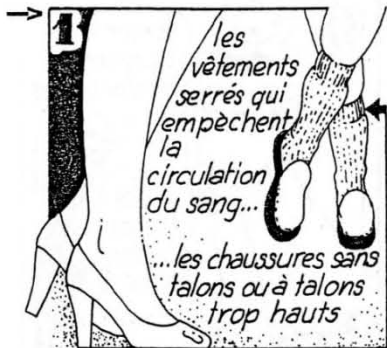
Hygiène de la femme enceinte

en 12 points ce qu'il faut faire



Hygiène de la femme enceinte

ce qu'il faut éviter



danger !

à supprimer impérativement



ANNEXE III : Dépliant édité par le Conseil général de Moselle

MÉTIERS UTILES

SECTEUR PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
 www.am.moselle.fr
 21 rue de la Seille - B.P. 1001 - 57023 METZ CEDEX
 ou de l'école - 57008 SARRÉGUÉMINES
 03 87 56 30 83 / 03 87 56 30 80

CAISSE DE MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE
 www.msa.fr
 7, avenue André Malraux - 57000 METZ
 03 87 56 79 00

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
 www.moselle.caf.fr
 4, boulevard du Paradis - 57000 METZ
 03 87 56 30 10

ALLO SERVICE PUBLIC
 www.service-public.fr
 Recouvrements administratifs - Tél. 39 39

ÉCOLE DES PARENTS ET DES ÉDUCATEURS
 www.apes7.com
 1, rue de la Chapelle - 57000 METZ
 03 87 56 30 83

ASSOCIATION FAMILIALE D'AIDE À DOMICILE
 www.afad.fr
 15 rue de Masson - 57100 THIONVILLE
 Tél. 03 87 56 30 83

ASSOCIATION D'AIDE ET D'INTERVENTION À DOMICILE
 14 rue de Metz - 57100 WORMY
 Tél. 03 87 56 30 83

CENTRE ANTI-POISSONS NANCY - Tél. 03 83 80 29 26

POISSONS - Tél. 16

SAMU - Tél. 15

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MOSELLE



RELAIS ASSISTANTS MATERNELS (RAM)

- AMOYVILLE LES THERMES - 36 rue des romains
Tél. 03 87 72 27 24 / a.walster@amoyville-les-thermes.com
- Communauté de CATTENOM et Ennonis
Dobson-Rossey le village - 91 Grand Rue
Tél. 03 82 83 97 06 / ram.dobson@orange.fr
- HAZONDANGE - Maison de l'enfance - 1 rue Elsa Vielet
Tél. 03 87 76 97 24 / ram.maisondefamille@wanadoo.fr
- HANAU - 18 rue Pierre Mendès France
Tél. 03 82 86 27 67 / ram@ville-hanau.fr
- LONGEVILLE LES METZ
Centre Socio Culturel Robert Henry - 2 place Henneque
Tél. 03 87 31 19 22 / ram.ct.rossin@wanadoo.fr
- MAUDRES-LES-METZ - Avenue de Latte de Tascigny
Tél. 03 87 31 33 66 / ram@maudres-les-metz.fr
- METZ - Maison de la Petite Enfance - 23a rue du Wod Billy
Tél. 03 87 31 33 66 / ram@maudres-les-metz.fr
- MONDELANGE - Place Nœu
Tél. 03 87 71 79 66 / ram.mondelange@orange.fr
- MONTIGNY-LES-METZ - Maison de la Famille - 80 rue Saint Laire
Tél. 03 87 15 19 90 / ram@montigny-les-metz.fr
- PHALSBOURG - Maison des Services Locaux - 17 rue du C^e Talant
Tél. 03 87 56 99 91 / r.mance@maire-phalsbourg.fr
- ROHRBACH-LES-BŒUCHE - 2 Rue de l'Agriculture
Tél. 03 87 56 99 91 / rpa.mccrabbach@orange.fr
- ROSTROFF - 28 rue de l'Europe B.P. 26
Tél. 03 87 63 80 31 / angeles.knauer@cc26.fr
- SAINT-AVOLD - rue de Maréchal Joffre
Tél. 03 87 45 98 33 / relais.ctam@orange.fr
- SARRÉBOURG - 17 avenue du Général Espéran
Tél. 03 87 82 55 13 / ram.sarrebourg@wanadoo.fr
- SARRÉGUÉMINES - Maison de l'Enfance - 5 rue de la Paix
Tél. 03 87 56 30 83 / relais.pam.agglo@wanadoo.fr
- THIONVILLE - 19 Boulevard Jeanne d'Arc
Tél. 03 82 34 96 07 / ram@agglo-thionville.fr
- RAM de la Communauté d'agglomération Villes de France -
(Thionville)
 permanence lundi et jeudi matin à METZ - Tél. 03 82 38 56 80
 permanence 1^{er} jeudi du mois à FORTY - Tél. 03 87 64 95 82



Vous attendez un bébé

Rencontrez une sage-femme du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Général de la Moselle

à Moselle, bien vivre ensemble !

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MOSELLE
 1/30 Avenue André Malraux • 57046 METZ CEDEX 1
 tél. 03 87 56 30 83 • Fax 03 87 56 30 80 • www.cg57.fr



RETROUVEZ TOUTE L'ACTU DU CONSEIL GÉNÉRAL SUR :



Vous attendez un bébé

Les sages-femmes du service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général de la Moselle sont à votre disposition pour :

- VOUS ÉCOUTER
- RÉPONDRE À VOS QUESTIONS SUR :
 - le déroulement de la grossesse
 - l'entretien prénatal
 - l'aide au sevrage tabagique
 - la préparation de l'accouchement
 - l'hygiène de la grossesse
 - l'allaitement
 - l'arrivée de bébé
 - la contraception
 - le suivi post-natal
 - la rééducation périnéale
 - les modes de garde
- VOUS INFORMER sur les congés de maternité, les possibilités d'aide-ménagère, d'intervention de travailleuses familiales...
- ASSURER UN SUIVI MÉDICAL en complément de celui de votre médecin ou de votre sage-femme

Le _____

Madame,


Je viens d'apprendre par votre organisme de prestations familiales que vous êtes enceinte.

A cette occasion, je me tiens à votre disposition :

- par téléphone
- ou, si vous le souhaitez, je pourrais vous rencontrer : à domicile, ou au Centre Médico-Social

Dans l'attente de vous rencontrer, je vous prie d'agréer, Madame, mes meilleures salutations.

En lien avec votre médecin traitant, votre gynécologue, votre sage-femme ou l'équipe de la maternité, la sage-femme de votre quartier ou de votre localité peut vous rencontrer à votre domicile ou au Centre Médico-Social.



Cachet et signature

ENTRETIEN PRENATAL INDIVIDUEL Guide d'entretien



Nom , Prénom de la patiente :

Thèmes abordés
<p>Y a-t-il des inquiétudes (père/ mère) concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la grossesse • l'accouchement • l'arrivée du bébé • le séjour en maternité • le retour à la maison, <p>Projet de naissance (père/ mère)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attente face à la grossesse, • Préparation à la naissance • Accouchement, rôle des parents • Choix de la maternité • Allaitement • Sortie précoce • Choix de mode de garde • Reprise du travail
<p>Items médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrition • Addictions • Autres (soins dentaires...) • Sommeil
<p>Items sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation professionnelle (ressources) • Conditions de logement • Isolement
<p>Environnement familial / Entourage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réseau de soutien amis/famille • Présence de professionnels auprès de la patiente en dehors de la grossesse • (Généraliste, pédiatre, AS, puer PMI, psychologue...)
<p>Aspects psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment se sent-elle moralement ? • A-t-elle des inquiétudes ? des angoisses ? des doutes ?...

ANNEXE IV :

Guide d'entretien de l'EPI proposé par le Réseau périnatal Lorrain

ANNEXE V :

Fiche de transmission à 3 feuillets autocopiants (ici le premier feuillet)

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LA PATIENTE



ENTRETIEN PRÉNATAL INDIVIDUEL (CF PAGE 3 DU CARNET DE SANTÉ DE MATERNITÉ)

TRANSMISSIONS

Nom de la patiente: _____ Prénom de la patiente: _____

Date de naissance: _____

Entretien réalisé le: _____ Entretien proposé le: _____ AG: ____ SA
age: ____ ans parité: _____ AG: ____ SA
(lors de l'entretien)

Par: _____

sage-femme maternité _____ en consultation en couple: oui
 médecin libéral(e) Ville _____ à domicile: non
 PMI Ville _____

Carnet de santé de maternité reçu: oui non

Synthèse de l'entretien :

Contacts proposés : nom/téléphone

diététicienne: _____
 tabacologue: _____
 assistante sociale: _____
 psychologue: _____
 dentiste: _____
 autre: _____

Informations données :

Suivi :

Coordonnées des professionnels ressources déjà connus de la patiente (médecin de famille...) :

nom : _____ profession : _____ tél : _____
nom : _____ profession : _____ tél : _____
nom : _____ profession : _____ tél : _____

Le remplissage de cette fiche se fait avec l'accord et la participation de la patiente/du couple

ANNEXE VI :

Fiche de liaison entre la sage-femme et la puéricultrice de PMI, document
utilisé en Moselle

FICHE DE LIAISON SAGE-FEMME/PUÉRICULTRICE/SAGE-FEMME

CONCERNE MADAME

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE COMPLÈTE :

MONSIEUR

NOM : TÉL :

PARITÉ :

ACCOUCHEMENT PRÉVU VERS :

EST SUIVIE POUR LE MOTIF SUIVANT :

OBSERVATIONS (EXEMPLE : DEMANDE T.I.S.F.-A.V.S.)

NOM DE LA SAGE-FEMME : DATE :

SIGNATURE :



RETOUR D'INFORMATIONS

MADAME :

A ACCOUCHE LE : **À :**

ENFANT :

NOM : PRÉNOM : SEXE :

TERME : **COEFFICIENT D'APGAR :**

POIDS DE NAISSANCE :

ENFANT TRANSFÉRÉ : OUI NON

PATHOLOGIE NÉO-NATALE (PRÉCISER) :

NOM DE LA PUÉRICULTRICE : DATE :

SIGNATURE :



ANNEXE VII :

Charte du Réseau périnatal lorrain

Charte du Réseau Périnatal Lorrain

- ① Le Réseau Périnatal Lorrain est constitué de professionnels de toutes disciplines et institutions ayant pour mission d'offrir à la population lorraine une prise en charge et un accompagnement global de la grossesse et de la naissance selon une organisation coordonnée et graduée entre les différents acteurs de la périnatalité.
- ② Sont acteurs de ce réseau tous les professionnels impliqués dans la prise en charge globale de la femme et de l'enfant pendant la grossesse et autour de la naissance.
- ③ Ils s'engagent à privilégier votre accouchement à proximité de votre lieu de vie, dans les meilleures conditions d'accueil et sécurité.
- ④ Ils s'engagent à vous informer et à vous faire bénéficier de tous les moyens et de toutes les compétences disponibles dans ce réseau pour la surveillance de votre grossesse, la sécurité de votre accouchement, les soins nécessaires à votre enfant.
- ⑤ Si la situation l'exige, pour vous et pour votre enfant, un transfert vers l'établissement le plus adapté vous sera proposé. Dans ce cas, le lien mère enfant sera privilégié et soutenu par des équipes proches de votre domicile en cas de transfert et de retour.
- ⑥ Les établissements et les professionnels du réseau s'engagent à respecter la charte du patient hospitalisé et vos droits de parents, notamment en ce qui concerne l'information, la confidentialité et le libre choix. Les données médicales anonymes peuvent être utilisées pour une évaluation. (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, informatique et libertés.)
- ⑦ Le fonctionnement du réseau s'inscrit dans une démarche qualité ayant pour but d'évaluer et d'améliorer de manière permanente la qualité des soins et de promouvoir la santé des mères et des enfants.
- ⑧ Les membres du réseau s'engagent à faire connaître l'existence de cette charte aux usagers et à l'ensemble des professionnels de santé de la région.

ANNEXE VIII :

Couverture du « Mutterpass », carnet de maternité allemand



« Comité fédéral des médecins et caisses d'assurance maladie »

Le passeport de grossesse allemand existe depuis 1961. Le nom de la future mère est inscrit sur la couverture et elle le conserve pour deux grossesses.

ANNEXE IX : Questionnaire

Conçu sur internet, il est disponible sur

<https://app.evalandgo.com/s/?p=1&id=JTk3aSU5M24=&a=JTk4ayU5QXE=>>

1. Vous êtes :

- Un homme Une femme

2. Avez-vous par le passé exercé : (plusieurs réponses sont possibles)

- En milieu hospitalier En libéral Autre : ...

3. Depuis quand exercez-vous en PMI ?

- Moins de 1 an Entre 1 et 5 ans Entre 5 et 10 ans + de 10 ans

4. Dans quel département lorrain exercez-vous ?

- Meurthe-et-Moselle Meuse Moselle Vosges

5. Faîtes-vous une cotation Sécurité Sociale pour l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) ?

- Oui Non

6. Si oui, par quel moyen ?

- Feuille de soins manuscrite Télétransmission de la feuille de soins

7. Combien de déclarations de grossesse recevez-vous par mois ?

- Moins de 5 Entre 5 et 10 Entre 10 et 20 Plus de 20

8. Faîtes-vous un recueil « statistique » du nombre d'EPP réalisés chaque mois ?

- Oui Non

9. Si oui, combien d'EPP réalisez-vous par mois ?

- Moins de 5 Entre 5 et 10 Entre 10 et 20 Plus de 20

10. Si non, pouvez-vous estimer le nombre d'EPP que vous réalisez par mois ?

- Moins de 5 Entre 5 et 10 Entre 10 et 20 Plus de 20

11. Combien de temps dure en moyenne l'EPP ?

- Moins de 30 minutes Entre 30 et 45 min. Environ 1h Plus d'une heure

12. Où pratiquez-vous cet entretien le plus souvent ?

- A domicile En cabinet Autre :

13. Les femmes enceintes se présentent le plus souvent pour cet entretien :

- Seules En couple Autre (Amie, sœur,...)

14. Proposez-vous l'EPP lors de la première rencontre ?

- Oui Non

15. A quel moment de la grossesse réalisez-vous le plus souvent l'EPP ?

- Au premier trimestre Au deuxième trimestre Au troisième trimestre

16. Quels sont, pour vous, les objectifs prioritaires de cet entretien ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Dépister
- Echanger
- Ecouter
- Informer
- Orienter
- Autre :

17. Avez-vous suivi une formation spécifique à la conduite d'entretien ?

- Oui Non

18. Si oui, vous est-elle utile ?

- Oui Non

19. Si non (qu. 17), en souhaiteriez-vous une ?

- Oui Non

20. Utilisez-vous un support pour réaliser cet entretien ?

- Oui (précisez :) Non

21. Rencontrez-vous souvent des femmes possédant le carnet de maternité ?

- Oui Non

22. Si oui, l'utilisez-vous ?

- Oui Non

23. Si non (qu. 21), lui remettez-vous ?

- Oui Non

24. Orientez-vous souvent les patientes vers d'autres professionnels à l'issue de l'EPP ?

- Oui Non

25. Classez par ordre de fréquence les partenaires professionnels que vous proposez à la femme enceinte suite à l'EPP : (Déplacez les réponses pour les ordonner par ordre de fréquence [du + au -])

- Assistante sociale
- Conseiller conjugal
- Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)
- Diététicien
- Gynécologue-Obstétricien
- Médecin traitant
- Professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
- Professionnels de la maternité de votre territoire
- Psychologue ou psychiatre
- Puéricultrice ou médecin de PMI
- Sage-femme libérale
- Spécialiste en addictologie
- Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)

26. Quels sont les partenaires professionnels que vous sollicitez vous-même à la suite de l'EPP ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Assistante sociale
- Conseiller conjugal
- Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)
- Diététicien
- Gynécologue-Obstétricien
- Médecin traitant
- Professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
- Professionnels de la maternité de votre territoire
- Psychologue ou psychiatre
- Puéricultrice ou médecin de PMI
- Sage-femme libérale
- Spécialiste en addictologie
- Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)
- Autre :

27. Est-ce toujours avec l'accord de la future mère ?

- Oui Non

28. Par quel(s) moyen(s) faites-vous des liaisons à ces professionnels ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Carnet de santé maternité
- Courrier
- Mail
- Téléphone
- Autre :

29. Avez-vous des retours des professionnels sollicités lors de la prise en charge d'une future mère ?

- Oui
- Non

30. Si oui, sous quelle forme ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Carnet de santé maternité
- Courrier
- Mail
- Téléphone
- Autre :

31. Pensez-vous que le réseau professionnel nécessaire au suivi de la grossesse de la femme enceinte est sollicité de façon optimale à la suite de l'entretien que vous avez réalisé ?

- Oui
- Non

32. Si non, quels sont les obstacles à ce travail en réseau ?

.....

33. Pensez-vous que la prise en charge de la future mère est assurée de façon plus satisfaisante lorsqu'elle a pu bénéficier de l'EPP ?

- Oui
- Non

34. Pourquoi ?

.....

35. Avez-vous l'impression d'un bon fonctionnement de réseau sur votre territoire ?

- Oui
- Non

36. Avez-vous des suggestions pour améliorer le réseau de partenaires professionnels ?

.....

La sage-femme de PMI intervient auprès des populations féminines les plus vulnérables, notamment dans ce moment si particulier de la vie qu'est la grossesse. Elle occupe une place particulière dans la pratique de l'Entretien prénatal précoce, mesure phare du Plan périnatalité 2005-2007. En effet, elle se place au centre d'un réseau professionnel ayant comme but commun de prendre en charge du mieux possible la grossesse de ces femmes qui ont un besoin particulier d'aide, que ce soit sur les plans médical, social ou psychologique.

Ce mémoire a pris forme grâce à des entretiens menés auprès de ces sages-femmes. Une enquête, sur leurs pratiques et les partenariats professionnels mis en place autour de la grossesse, a été conduite auprès des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile des quatre départements lorrains, dans le but de répondre à la question : L'objectif principal de l'Entretien Prénatal Précoce par la sage-femme de PMI est-il bien la mise en place de partenariats professionnels le plus tôt possible pendant la grossesse ?

La sage-femme de PMI ne peut prendre en charge ces femmes enceintes seule, l'implication des professionnels d'une même communauté périnatale est indispensable. Alors que ces réseaux professionnels se mettent en place, il semble cependant que des améliorations peuvent être apportées pour travailler de façon plus coordonnée et cohérente ensemble, et pour ces femmes ayant des besoins de prise en charge très spécifiques.