

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PELOSO Camille
Née le 12/01/1987, Le Blanc-Mesnil (93)

Présentée et soutenue publiquement le 20/10/2015

L'Entretien Périnatal Précoce
en Médecine Générale :
Point de vue des Médecins Généralistes

Président de thèse : Professeur SCHMITZ Thomas

Directrice de thèse : Docteur LAZIMI Nadine

DES Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thomas SCHMITZ, Gynécologue-Obstétricien à l'Hôpital Robert-Debré, pour avoir accepté la présidence de ma thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Stéphane CULINE et Monsieur le Professeur Alec VAHANIAN, pour avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Nadine LAZIMI, Médecin Généraliste, Maître de stage ambulatoire et enseignante à la Faculté de Médecine Paris 6, pour m'avoir confié ce travail et pour m'avoir guidée dans sa réalisation. Merci pour votre enseignement et votre précieux accompagnement lors de mon premier stage en médecine de ville. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Madame Nathalie Baunot, Sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal Parisien, pour m'avoir proposé la formation à l'entretien prénatal précoce et pour m'avoir aidée dans mes recherches. Soyez assurée de ma reconnaissance.

Aux Médecins Généralistes qui ont accepté de me rencontrer pour mener à bien mon étude. Merci de m'avoir accueillie chaleureusement et de m'avoir fait part de votre expérience, sans quoi je n'aurais pu réaliser ce travail.

Aux Médecins Généralistes qui ont accepté de remplir mon questionnaire, qui m'ont permis de réaliser mon étude.

A l'équipe du Centre Municipal de Santé de Nanterre, aux Médecins pour leur enseignement durant mon stage ambulatoire et leur présence depuis le début des remplacements, les Médecins Généralistes : Dr Françoise De Catelan, Dr Véronique Bonfils, Dr Dalila Smati, Dr Louise Rossignol, Dr Claire Terra, Dr Hélène Colombani, et Dr Benoît De Sarcus, Gynécologue-Obstétricien.

Au Dr Danielle Desperramons, Gynécologue, merci de m'avoir fait partager votre vision humaine de la médecine. Merci à vous et à Florence Godefroy, Infirmière du Planning Familial pour tous les échanges intéressants que nous avons eus.

A mes maîtres de stage ambulatoires Médecins Généralistes, pour leur enseignement et leur accompagnement : Dr Souraya Bedar et Dr Marie-Pierre Etcheverry, Dr Alain Benet, Dr Guillaume Lecarpentier, Dr Hana Azerraf et Dr Nadine Lazimi.

A l'équipe de la Maison de Santé Michelet avec qui je travaille, pour leur professionnalisme et leur sympathie. Aux Médecins Généralistes de l'équipe pour avoir accepté de tester mon questionnaire, Dr Nicole Dardel, Dr Nastassja Lachine, Dr David Faure et Dr Ismaël Nureni.

Aux médecins et aux équipes paramédicales que j'ai rencontrés au cours de ce long parcours de formation, pour leur enseignement et leur expérience.

A mes amis, mes amis co-internes, futurs confrères et consoeurs, pour tous les bons moments passés et à venir, pour votre compagnie et votre soutien.

A Cédric, pour ton aide et ton soutien.

A Claire, merci pour ton aide, tes conseils et tes encouragements.

A ma famille pour votre soutien et votre présence à mes côtés.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	10
Liste des annexes.....	11
Liste des abréviations.....	12
INTRODUCTION	13
PARTIE 1 - PRESENTATION.....	14
I. Les naissances au fil du temps et des pays : vers une médicalisation progressive des naissances ...	14
1. Histoire des naissances en Occident	14
2. Les naissances en Europe	15
3. La situation française et ses indicateurs de morbi-mortalité.....	16
II. Quelques définitions	17
1. Périnatalité, parentalité	17
2. Le projet de naissance	17
3. Les facteurs de vulnérabilités.....	17
4. Les réseaux.....	19
III. Organisation du territoire en réseaux de périnatalité	20
1. Focus sur les réseaux de périnatalité d'Île-de-France.....	21
2. Le Réseau Périnatal Parisien	22
3. Les autres réseaux d'Île-de-France.....	24
4. Le réseau SOLIPAM et le réseau DAPSA.....	24
IV. L'actuel suivi de grossesse en France	25
1. Le déroulement des consultations prénatales.....	25
2. Séances de préparation à la naissance et à la parentalité	26
3. La place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse	27
V. Les plans de périnatalité successifs.....	28
1. Plan de périnatalité de 1994	28
2. Plan de périnatalité 2005-2007	28
2.1. Principaux objectifs	28
2.2. Médicalisation des naissances et risque de deshumanisation.....	30
VI. Présentation de l'entretien prénatal précoce	31
1. Les textes précurseurs : « mission périnatalité » rapport Bréart-Puech-Rozé et rapport Molénat 31	
2. Naissance de l'entretien prénatal précoce : une expérience réussie dans la Nièvre.....	32
3. L'intégration de l'entretien prénatal précoce au plan de périnatalité.....	33

4.	Les objectifs et l'esprit de l'entretien décrits par le référentiel de formation.....	33
5.	Les objectifs détaillés par la HAS.....	35
6.	Cadre de l'entretien prénatal précoce : méthodes et thèmes abordés.....	36
6.1.	Cadre de l'entretien prénatal précoce	36
6.2.	Méthodes et contenu.....	36
6.3.	Les principaux thèmes à aborder	37
7.	Quelles perspectives à l'issue de l'entretien ?	37
8.	La formation à l'EPP.....	37
9.	Les situations difficiles : vulnérabilité et transmission de l'information.....	38
VII.	Les premières évaluations de l'entretien prénatal précoce.....	39
1.	Rapport 2010 et enquête périnatale 2010.....	39
2.	Enquêtes sur le réseau Aurore et auprès des sages-femmes d'Auvergne.....	40
2.1.	Enquête sur le réseau Aurore.....	40
2.2.	Enquête auprès des sages-femmes d'Auvergne 2013	41
3.	Enquête dans les réseaux de santé en périnatalité en 2012.....	41
4.	Rapport d'activité du Réseau Périnatal Parisien 2014	43
VIII.	Problématique.....	46
	PARTIE 2 – Matériel et méthodes	48
I.	Etude descriptive quantitative auprès des médecins généralistes.....	48
1.	Type d'étude et justification	48
2.	Objectifs de l'enquête	48
3.	Population d'étude.....	48
4.	Déroulement de l'étude	48
5.	Le questionnaire.....	49
6.	Analyse des données.....	49
II.	Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce.....	50
1.	Type d'étude et justification	50
2.	Type d'entretien et justification.....	50
3.	Population d'étude et objectifs.....	50
4.	Contact des médecins généralistes.....	51
5.	Le guide d'entretien	51
6.	Analyse des données.....	51
	PARTIE 3 – Résultats.....	52
I.	Résultats de l'enquête descriptive par questionnaires.....	52
1.	Profil des médecins généralistes.....	52
2.	Connaissance de l'entretien prénatal précoce.....	54
3.	Intérêt de l'entretien prénatal précoce	57

4.	Proposition de l'entretien prénatal précoce	60
5.	Orientation pour réalisation de l'entretien prénatal précoce	61
6.	Causes de non-proposition de l'entretien prénatal précoce	62
7.	Motivation pour la formation à l'entretien prénatal précoce	64
8.	Motivation pour la réalisation de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même	67
9.	Synthèse des résultats.....	70
II.	Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce	72
1.	Présentation de l'enquête.....	72
1.1.	Réalisation des entretiens	72
1.2.	Contact des réseaux et recrutement des médecins généralistes	72
1.3.	Profil des médecins rencontrés.....	73
2.	Les thèmes explorés par les entretiens semi-dirigés	75
3.	Analyse des entretiens semi-dirigés thème par thème	76
3.1.	Le mode de découverte de l'EPP	76
3.2.	Les motivations pour la formation	76
3.3.	Accès à la formation	76
3.4.	Avis sur la formation.....	77
3.5.	Une formation adaptée au médecin généraliste ?.....	78
3.6.	Proposition de l'entretien prénatal précoce : quel est le public visé ?.....	78
3.7.	A quel terme de la grossesse l'EPP est-il proposé ? A quel terme est-il réalisé ?.....	78
3.8.	Mode de présentation de l'EPP	79
3.9.	Proposition de l'EPP : quel professionnel pour le réaliser ?.....	80
3.10.	Retours des EPP réalisés.....	81
3.11.	Thèmes abordés lors de l'EPP.....	81
3.12.	Les thèmes sont-ils abordés à l'initiative du médecin ou du couple ?.....	82
3.13.	Présence du père et intérêt de sa présence.....	82
3.14.	Situation de vulnérabilité	82
3.15.	Y-a-t-il eu une proposition de prise en charge au décours de l'EPP ?.....	84
3.16.	Les difficultés rencontrées face à l'EPP	84
3.17.	Les freins à la réalisation de l'EPP	87
3.18.	Le point de vue général sur l'EPP	88
3.19.	Les attentes	89
3.20.	Légitimité de la catégorie professionnelle pour la pratique de l'EPP	91
4.	Synthèse des résultats.....	93

PARTIE 4 - DISCUSSION.....	100
I. Autour des deux études	100
1. Forces et faiblesses de l'enquête par questionnaires auprès des médecins généralistes.....	100
1.1. Forces de l'étude	100
a. Liées à l'originalité du sujet.....	100
b. Liées à la méthode par questionnaire.....	100
c. Liées au recrutement : des médecins généralistes de profil varié.....	101
d. Retombées éventuelles du questionnaire.....	101
1.2. Faiblesses de l'étude	101
a. Biais de sélection	101
b. Biais d'interprétation.....	102
c. Biais de réalisation.....	102
2. Forces et faiblesses de l'enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce.....	103
2.1. Forces de l'étude	103
a. Liées au type d'enquête : la méthode qualitative.....	103
b. Liées à l'originalité du critère d'inclusion : des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce	103
c. Liées à la retranscription et la méthode d'analyse thème par thème	103
2.2. Faiblesses de l'étude	104
a. Liées au biais de sélection : une population d'Île-de-France et exclusivement féminine....	104
b. Liées aux conditions d'entretien	104
c. Liées à l'enquêteur	104
II. Réflexions autour des résultats.....	105
1. Réflexions autour des résultats de l'enquête par questionnaires auprès des médecins généralistes	105
1.1. Près de la moitié des médecins généralistes interrogés connaissaient l'entretien prénatal précoce.....	105
1.2. Un outil inégalement connu selon le profil des médecins généralistes.....	106
1.3. Des médecins généralistes peu intégrés à l'activité de réseau.....	106
1.4. Des médecins généralistes enthousiastes vis-à-vis de l'entretien prénatal précoce.....	107
1.5. L'entretien prénatal précoce reste peu proposé par les médecins généralistes.....	107
1.6. Les freins des médecins généralistes : entre méconnaissance de l'outil et manque de temps	107
1.7. Des médecins généralistes motivés pour se former voire pour réaliser l'EPP.....	108
1.8. Les nombreux commentaires libres en fin de questionnaire.....	108
2. Réflexions autour des résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce	110
2.1. L'appartenance au réseau de périnatalité : un rôle décisif pour la découverte de l'entretien prénatal précoce	110

2.2.	La particularité du suivi de grossesse du médecin généraliste : un suivi global prenant en compte la dimension psycho-sociale	110
2.3.	Des médecins généralistes conquises par l'EPP : la réalisation de l'EPP est à promouvoir.	111
2.4.	Le public visé par l'EPP	111
a.	Le point de vue des médecins interrogées.....	111
b.	L'entretien prénatal précoce est justifié pour toutes les femmes enceintes	112
2.5.	Les difficultés et freins rencontrés	113
a.	Le manque de temps, frein principal émanant des deux études.....	113
b.	L'impression de faire un EPP informel au fil du suivi : un suivi de grossesse déjà tourné vers la dimension émotionnelle.....	113
c.	Un changement de positionnement déstabilisant pour le médecin généraliste	114
d.	La question de l'intervenant pour l'EPP n'est pas réglée : entre le choix d'un point de vue extérieur et la volonté de ne pas multiplier les intervenants	114
e.	Des difficultés communes aux autres professionnels	114
f.	A propos des attentes formulées par les médecins interrogées.....	115
III.	Les situations de vulnérabilité renforcent le rôle de l'EPP, un outil parmi d'autres.....	116
1.	Impact connu du stress sur le risque obstétrical : intérêt d'une prise en compte de la dimension psychique.....	116
2.	Différents outils de soutien proposés face aux vulnérabilités psychologiques	116
2.1.	Le modèle psychothérapeutique de Nicole Mamelle	116
2.2.	La reprise des antécédents obstétricaux par la Sage-Femme.....	116
2.3.	Le Pédiatre avant la naissance	117
2.4.	Le rôle bienveillant du médecin de famille	117
3.	La précarité, une vulnérabilité sociale majeure à prendre en compte	117
4.	Autres dispositifs innovants de support aux femmes en situation de vulnérabilité sociale.....	118
5.	Le point de vue d'un gynécologue sur l'entretien prénatal précoce : « un changement de culture médicale et d'habitude »	120
	CONCLUSION	122
	Bibliographie	123
	ANNEXES.....	127
	ABSTRACT	140
	RESUME	142

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés (1^{ère} enquête) p52

Tableau 2 : Connaissance de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes selon leur profil p55

Tableau 3 : Synthèse des résultats de l'enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes p70

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins généralistes rencontrés (2^{ème} enquête) p73

Tableau 5 : Synthèse des résultats de l'enquête qualitative p93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les réseaux de périnatalité en Île-de-France p21

Figure 2 : Les réseaux de santé de périnatalité au 1^{er} décembre 2014 p22

Figure 2bis : Les maternités du Réseau de Périnatalité Parisien p23

Figure 3 : Connaissance de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes p54

Figure 4 : Point de vue des médecins généralistes sur l'entretien prénatal précoce p57

Figure 5 : Point de vue des médecins généralistes sur l'entretien parmi les médecins connaissant l'entretien prénatal précoce p58

Figure 6 : Point de vue des médecins généralistes sur l'entretien prénatal précoce parmi ceux qui ne connaissaient pas l'entretien au préalable p59

Figure 7 : Proposition de l'entretien prénatal précoce aux patientes parmi les médecins généralistes qui connaissent l'entretien p60

Figure 8 : Connaissance d'un professionnel apte à réaliser l'entretien prénatal précoce parmi les médecins qui connaissent l'entretien p61

Figure 9 : Causes de non-proposition de l'entretien prénatal précoce : les différents freins p62

Figure 10 : Freins à la proposition de l'entretien prénatal précoce parmi les médecins qui connaissent l'entretien prénatal précoce p63

Figure 11 : Motivation pour une formation à l'entretien prénatal précoce p64

Figure 12 : Motivation pour une formation à l'entretien prénatal parmi les médecins qui connaissent l'EPP p65

Figure 13 : Motivation pour une formation à l'entretien prénatal précoce parmi les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP p66

Figure 14 : Motivation pour pratique de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même p67

Figure 15 : Motivation pour la pratique de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même, parmi les médecins qui connaissaient l'EPP p68

Figure 16 : Motivation à la pratique de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même, parmi les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP p69

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Suivi de grossesse selon la HAS p127

ANNEXE 2 : Guide d'entretien proposé par le Réseau Périnatal Parisien p129

ANNEXE 3 : Plaquette EPP pour les professionnels p130

ANNEXE 4 : Plaquette EPP pour les patientes p131

ANNEXE 5 : Fiche de synthèse du réseau périnatal parisien p133

ANNEXE 6 : Questionnaire distribué aux médecins généralistes lors des congrès de Médecine Générale p134

ANNEXE 7 : Présentation de l'enquête aux médecins généralistes formés à l'EPP avant l'interview p136

ANNEXE 8 : Guide d'entretien pour les entretiens semi-dirigés des médecins généralistes formés à l'EPP p137

LISTE DES ABREVIATIONS

AFREE	Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIVG	Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CMS	Centre Municipal de Santé
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires
DPC	Développement Professionnel Continu
DGS	Direction Générale des Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EPP	Entretien Prénatal Précoce
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OGDPC	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel continu
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PMI	Protection Médicale Infantile
RSPP	Réseau de Santé Périnatal Parisien
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSP	Réseau de Santé en Périnatalité
SA	Semaines d'Aménorrhée
SOLIPAM	Solidarité Paris Maman
TISF	Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Les médecins généralistes sont nombreux à assurer le suivi des grossesses à bas risque. Le programme de suivi de grossesse est organisé en consultations prénatales et en séances de préparation à la naissance et à la parentalité. La morbi-mortalité maternelle et périnatale a nettement diminué au fil du temps grâce aux progrès techniques. Cependant les indicateurs de morbi-mortalité maternelle et périnatale restent à un niveau relativement élevé en France. Le plan de périnatalité de 2005-2007 a pris des mesures visant à garantir une meilleure sécurité autour de la grossesse et la naissance. Parmi ces mesures, figure la volonté de redonner une dimension plus humaine au suivi de grossesse et d'assurer une meilleure sécurité émotionnelle. C'est dans ce contexte qu'est né l'entretien du 4^e mois, dit entretien prénatal précoce. Il a été conçu comme un temps d'écoute et d'échanges autour de la femme enceinte et le couple. Il peut être réalisé par la sage-femme ou le médecin généraliste. La mise en place de l'entretien prénatal précoce se fait progressivement dans les maternités. Il semble peu développé en médecine générale. Pourtant, les valeurs de la médecine générale se retrouvent dans les enjeux de l'entretien prénatal précoce. Notamment, cet entretien permet une approche globale de la femme enceinte et du couple en abordant des questions psycho-sociales.

L'objectif de la thèse est donc de s'intéresser aux raisons de cette mise en place hésitante en médecine générale. Les questions qui se posent alors sont les suivantes : les médecins généralistes connaissent-ils l'existence de cet entretien prénatal précoce ? Quel est leur point de vue ? Quelles sont leurs motivations et leurs attentes ?

Dans une première partie, nous présenterons la naissance de l'entretien prénatal précoce, en le replaçant dans le contexte de l'évolution du suivi de grossesse au fil du temps. Nous aborderons les premières évaluations de cet entretien depuis sa mise en place.

La première étude est une enquête par questionnaires auprès des médecins généralistes. L'objectif est d'évaluer la connaissance de l'entretien prénatal précoce parmi les médecins généralistes en général, d'avoir un aperçu de leurs points de vue et de leurs motivations pour l'entretien prénatal précoce.

La deuxième étude est une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce. Il s'agit d'exposer l'expérience faite de l'entretien prénatal précoce par certains médecins généralistes, en présentant leurs pratiques, les difficultés rencontrées et leurs attentes vis-à-vis de l'entretien prénatal précoce.

PARTIE 1 - PRESENTATION

I. Les naissances au fil du temps et des pays : vers une médicalisation progressive des naissances

1. Histoire des naissances en Occident

Jusqu'au XVIIIe siècle, la naissance a lieu au domicile, dans l'espace quotidien. La femme est assistée par un entourage exclusivement féminin, par la «matrone», femme plutôt âgée, qui a l'expérience de quelques accouchements, sans formation théorique.

Le père n'est pas admis, sauf en cas d'accouchement difficile. Le climat est plutôt chaleureux, mais la morbi-mortalité maternelle et infantile très élevée. Au XVIIe siècle, 10% des femmes en âge de procréer meurent à la suite d'un accouchement. (1)

Le XVIIIe siècle voit l'apparition des hommes accoucheurs, des chirurgiens, c'est le début de « l'obstétrique savante ». L'arrivée de l'homme dans un monde traditionnellement réservé aux femmes transforme les pratiques de la naissance. L'apparition de pratique instrumentale comme l'utilisation du forceps marque les premiers pas vers la médicalisation de la naissance. Malgré tout, l'essentiel des naissances reste réalisé par les matrones. A partir de 1760, apparaissent les premières formations médicales rapides pour être sage-femme, qui sont initiées par Mme du Coudray, la première enseignante sage-femme à Paris. (1)

Au XIXe siècle, on assiste à la médicalisation progressive des naissances. La formation des sages-femmes s'améliore avec des cours théoriques et pratiques, l'utilisation des forceps reste limitée aux accoucheurs des hôpitaux. Au premier tiers du XIXe siècle, les hôpitaux restent les lieux d'accueil des « filles-mères », des populations pauvres, et les naissances y sont plus dangereuses qu'à domicile, en raison du risque épidémique. Les régions rurales résistent à la médicalisation de l'accouchement, les matrones restent au centre. Puis, à la fin du XIXe siècle, avec l'apparition des notions d'asepsie et de stérilisation, introduites par Pasteur, on assiste à une baisse radicale de la mortalité maternelle. Les médecins maîtrisent mieux les médicaments analgésiques et d'anesthésie. Ainsi, on a de plus en plus recours aux médecins, et donc à l'hospitalisation, permettant des accouchements plus sûrs et moins douloureux. (1) (2)

Au XXe siècle, l'accouchement à l'hôpital se répand dès les années 1920-1930, en France et aux Etats-Unis. En 1939, il concerne la majorité des naissances à Paris : 67,8 % des naissances ont lieu à l'hôpital contre 7,7 % à domicile, et 24,3 % chez les sages-femmes. L'accouchement devient un

acte médical, qui est pris en charge par l'État. L'hôpital n'est plus simplement le lieu d'assistance des femmes les plus pauvres, mais devient un haut lieu de technicité médicale. On peut s'interroger du début de la « deshumanisation », avec un accouchement dans « l'anonymat », uniquement en présence du personnel hospitalier. L'entourage est refoulé au nom de l'hygiène, ce qui peut suggérer une certaine solitude pour la femme qui donne la vie. En 1942, la création des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) témoigne de la préoccupation du milieu médical pour une meilleure surveillance des femmes pendant leur grossesse et une meilleure prise en charge des nourrissons par les mères par la suite. Dans les années 1950, le Dr Fernand Lamaze, chef de service de la maternité des Bleuets, introduit la méthode de l'accouchement sans douleur, qui correspond à une préparation psychique et physique agissant sur l'anxiété et visant à supprimer la douleur. En 1950, 45% des accouchements se font encore à domicile, contre 13 % dix ans après. Dans les années 1970-1980, se développent les échographies, le monitoring foetal et l'anesthésie péridurale. (1)

Le XXe siècle marque un tournant dans l'histoire de la grossesse et des naissances.

Ainsi les progrès médicaux et techniques permettent d'améliorer la sécurité des naissances et de diminuer la morbi-mortalité maternelle et infantile.

Parallèlement à la médicalisation progressive des grossesses et des naissances, mettant en avant la technicité, apparaît déjà la volonté de proposer une approche plus humaine avec l'accès des pères aux salles d'accouchement, l'incitation au contact peau-à-peau mère enfant et plus tard l'apparition de l'entretien prénatal précoce.

2. Les naissances en Europe

En Angleterre, les femmes ont le choix entre l'accouchement à l'hôpital, à domicile ou dans des unités de sages-femmes ou de médecins généralistes.

Aux Pays-Bas, 30 % des naissances ont lieu à domicile, 70 % en environnement médicalisé, les suites de couches sont prises en charge à domicile par une professionnelle dédiée, pendant une semaine après la naissance, et ce pour 80 % des familles. Il y a 12 à 15 consultations de suivi prénatal. Les consultations à bas risque ne sont remboursées que si le suivi est assuré par une sage-femme. Le système est organisé en réseaux. (3)

En Finlande, les sages-femmes assurent le suivi de grossesse, les médecins généralistes les pathologies intercurrentes et les gynécologues les grossesses à risque. Il y a 22 à 23 consultations ou entretiens pendant la grossesse. Les indicateurs de périnatalité sont très bons.

3. La situation française et ses indicateurs de morbi-mortalité

En France, près de 800 000 naissances ont lieu par an. La quasi-totalité se déroule dans les maternités, dont plus de la moitié dans les hôpitaux publics. Ceci témoigne d'une approche très médicalisée, très technicisée visant la meilleure sécurité physique possible autour de la naissance. (4)

D'après les données INSERM de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France (2007-2009) (5), en 2003, la **mortalité maternelle** reste à 8,3 pour 100 000. La France occupe ainsi le 11e rang sur 14 parmi les pays de l'Union Européenne. En 2009, la mortalité maternelle en France reste élevée à 9,7 pour 100 000 femmes contre 8,5 pour 100 000 en 2010.

La **mortalité néonatale** correspond au taux de décès dans les 27 premiers jours après la naissance. D'après le rapport européen de l'INSERM sur la santé périnatale du 27 Mai 2013 (6), **la mortalité néonatale** est en légère baisse : 2,3 pour 1000 naissances vivantes en France (contre 2,6 en 2003), alors que les taux varient de 1,2 à 5,5 en Europe. La France se situe au 17ème rang, après par exemple l'Islande, la Finlande, la Suède, l'Estonie, le Danemark et la République tchèque. La mortalité a baissé par rapport à 2004, mais de manière moins importante que dans la plupart des autres pays.

La **mortalité infantile** correspond au taux de décès avant l'âge de 1 an. D'après les données INSEE (7), **la mortalité infantile** est de 6 pour 1000 en 1994, de 4 pour 1000 enfants en 2004 contre 3,6 en 2010 et 3,5 pour 1000 en 2012 (8). La France occupe ainsi le 19^e rang à l'échelle internationale derrière nombre de pays européens.

Ces résultats montrent une amélioration globale des indicateurs de morbi-mortalité maternelle et infantile. Celle-ci reste cependant discrète, avec une position assez défavorable pour la France, malgré l'ensemble des progrès techniques accompli pour permettre une meilleure sécurité de l'accouchement et des naissances. Cette sécurité se décline en une sécurité « physique » mais aussi en une sécurité « émotionnelle ». Les enjeux actuels sont donc de mettre en jeu les moyens nécessaires pour renforcer la sécurité émotionnelle.

II. Quelques définitions

1. Périnatalité, parentalité

L'OMS définit la période périnatale comme étant la période située entre la 28^e semaine de grossesse et le 7^e jour de vie après la naissance. Le plan de périnatalité 2005-2007 lui donne une dimension plus large : « les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ». (9)

La parentalité revêt de multiples significations (9) : dans le domaine législatif, il renvoie à l'autorité parentale, dans le domaine sociologique aux structures familiales (famille mono/homo ou pluri-parentale) ou au mode de filiation (exemple du cas particulier de l'adoption). Il peut renvoyer aussi aux pratiques éducatives par rapport à l'enfant. Dans le champ psychologique, il désigne les aspects psychologiques du fait d'être parent et de ses éventuelles défaillances pathologiques.

2. Le projet de naissance

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le projet de naissance (10) comme étant l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il est la conjonction entre les aspirations du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période néonatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Le projet de naissance nécessite un bon échange d'informations et s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents.

3. Les facteurs de vulnérabilités

La HAS définit la vulnérabilité comme étant une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ». (11)

Les principaux facteurs de vulnérabilité à repérer sont les suivants (11):

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

besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).

- La **naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.**

4. Les réseaux

Selon la HAS, un **réseau de santé** constitue une forme organisée d'action collective apportée par les professionnels, en réponse à un besoin de santé des individus ou à une population, à un moment donné, sur un territoire donné (12). Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être, mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation à la santé.

La pédopsychiatre Françoise Molénat, exerçant au CHU de Montpellier et présidente de la Société française de la médecine périnatale et de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE), donne une définition intéressante du réseau. Pour elle, le réseau, « à partir d'élaborations autour de la reprise de cas ayant posé problème avec un animateur expert, c'est la capacité développée par les professionnels de mieux prendre en charge chaque patiente avec un réseau de professionnels activés autour d'elle. »

Le **réseau de santé de proximité** se définit comme une coordination organisée et formalisée entre tous les professionnels concernés par une thématique spécifique sur un territoire restreint, qu'ils soient libéraux, hospitaliers, territoriaux, qu'ils soient acteurs du champ médical, social ou psychologique. Cette organisation permet un réel maillage des professionnels sur un même territoire, au bénéfice des patients.

Plus particulièrement, le **réseau de santé de proximité en périnatalité** permet un accompagnement et une prise en charge globale des femmes enceintes et des couples, des enfants en période périnatale par un décloisonnement entre l'ensemble des professionnels de la périnatalité.

III. Organisation du territoire en réseaux de périnatalité

Les **Réseaux de Santé en Périnatalité** ont été mis en place par la loi de 2002 et leur rôle a été précisé par la circulaire du 30 mars 2006. (13)

En 2005, une trentaine de réseaux de périnatalité fonctionnent de manière formalisée et organisée (12). Il s'agit essentiellement de réseaux inter établissements qui permettent de réguler la coopération inter-hospitalière public/privé dans le domaine de la périnatalité. Ils ont contribué à améliorer la sécurité en définissant notamment les situations justifiant un transfert, dont les conditions et l'organisation ont été ainsi améliorées. Mais cette coopération inter-hospitalière doit couvrir également l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant dès la grossesse : organisation du suivi de la grossesse, dépistage et prise en charge du risque psychosocial en amont et suivi du nouveau-né présentant notamment une déficience d'origine périnatale susceptible de développer un handicap en aval.

Elle doit reposer sur des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer aux établissements de santé, les professionnels de santé de ville et ceux exerçant dans les services de PMI, d'une part, et les acteurs des champs médico-social et social d'autre part. La pédopsychiatrie doit également en faire partie. Le plan de périnatalité 2005-2007, dans un souci « de plus de proximité », promeut ainsi le développement des réseaux de périnatalité.

La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) est fondée en octobre 2007. Elle regroupe l'ensemble des Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP) de la France entière. Ses statuts ont été modifiés dernièrement lors des Assemblées Générales extraordinaires du 21 mars 2014 à Paris. Elle comprend actuellement 64 réseaux régionaux et départementaux, regroupant 666 maternités. (14)

1. Focus sur les réseaux de périnatalité d'Île-de-France

Figure 1 : Les réseaux de périnatalité en Île-de-France

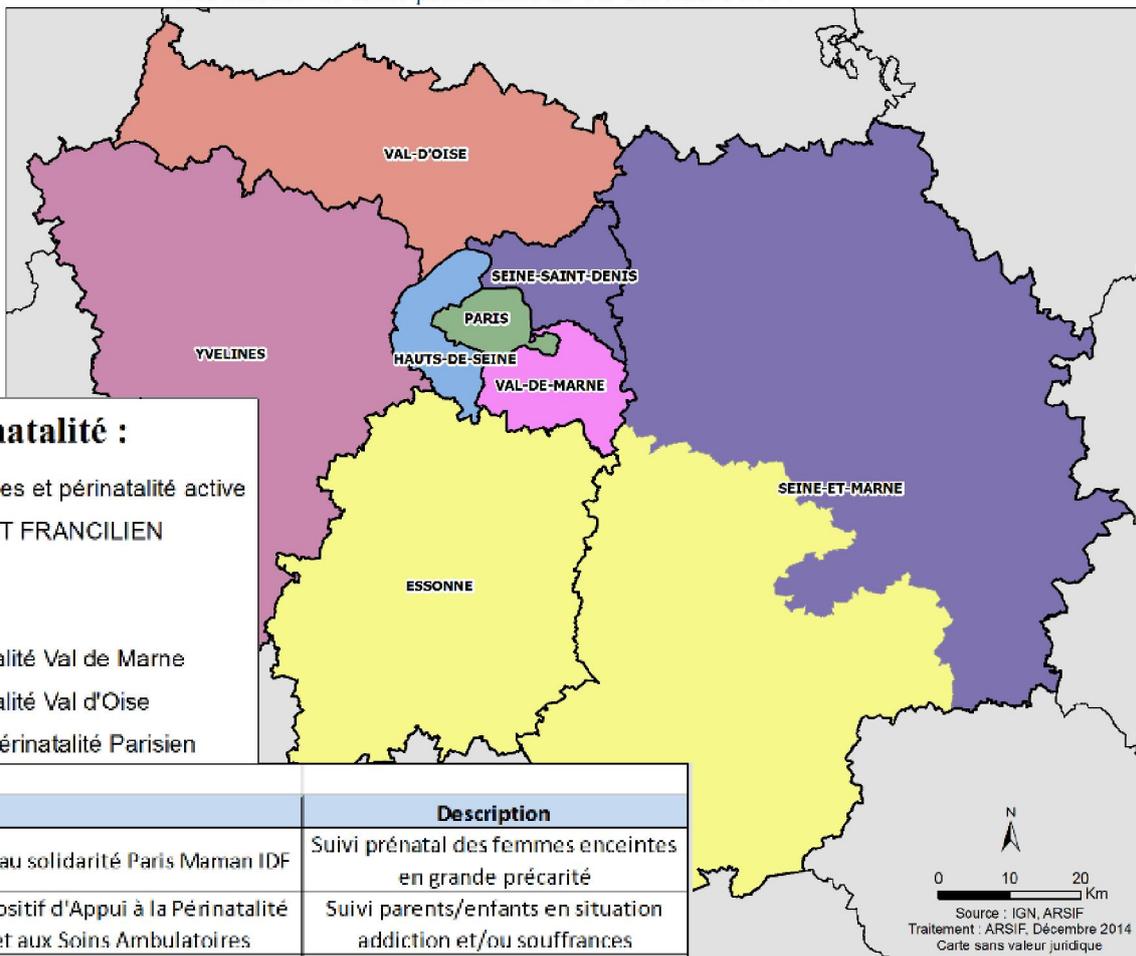
<u>Les réseaux d'Île-de-France en 2011</u>	<u>Les réseaux d'Île-de-France au 1^{er} décembre 2014</u>
Réseau Périnatal Maternités en Yvelines (MYPA)	Maternité en Yvelines et périnatalité active (MYPA)
Réseau périnat Naître dans l'Est Francilien (NEF)	NAITRE dans l'EST FRANCILIEN
Réseau Périnat 92 Nord	PERINAT 92
Réseau Périnat 92 Sud	
Réseau PérinatIF SUD (IFSUD)	PERINATIF SUD
Réseau Périnatal du Val de Marne (RPVDM)	Réseau de Périnatalité Val de Marne
Réseau Pays Briard	
Réseau périnatal du Val d'Oise	Réseau de Périnatalité Val d'Oise
Réseau Périnatal Est Parisien (RPEP)	Réseau de Santé Périnatalité Parisien
Réseau Périnatal Paris Nord (RPPN)	
Paris Sud	

(15)

Figure 2 : Les réseaux de santé de périnatalité au 1^{er} décembre 2014 (15)



Les réseaux de santé périnatalité au 1er décembre 2014



Réseaux de Périnatalité :

- Maternité en Yvelines et périnatalité active
- NAITRE dans L'EST FRANCILIEN
- PERINAT 92
- PERINATIF SUD
- Réseau de périnatalité Val de Marne
- Réseau de périnatalité Val d'Oise
- Réseau de santé périnatalité Parisien

Au niveau régional		
réseaux		Description
SOLIPAM	Réseau solidarité Paris Maman IDF	Suivi prénatal des femmes enceintes en grande précarité
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires	Suivi parents/enfants en situation addiction et/ou souffrances
RPSOF	Réseau pédiatrie sud-ouest	Suivi des nouveau nés vulnérables
REVHO	Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie	contraception et IVG

Chaque réseau dispose d'un site internet accessible au grand public comportant une partie dédiée à l'entretien prénatal précoce. L'entretien prénatal précoce y est présenté. La liste de professionnels pouvant réaliser cet entretien est disponible en ligne pour plusieurs réseaux.

2. Le Réseau Périnatal Parisien

Depuis 2002, les professionnels de santé du Nord parisien travaillent ensemble pour proposer une prise en charge coordonnée des femmes enceintes.

Le Réseau Périnatal Paris Nord s'est constitué en association loi 1901 en mars 2007. Parallèlement, des professionnels de santé organisent un réseau de périnatalité sur l'Est Parisien. Ils se constituent en novembre 2007 et créent le Réseau Périnatal Paris Est. Depuis juin 2013, à

la demande de l'ARS, les deux associations ont effectué un rapprochement et ont mutualisé leur coordination.

Les Réseaux Périnataux Paris Nord et Est sont implantés sur les arrondissements du territoire nord et est parisien. (16)

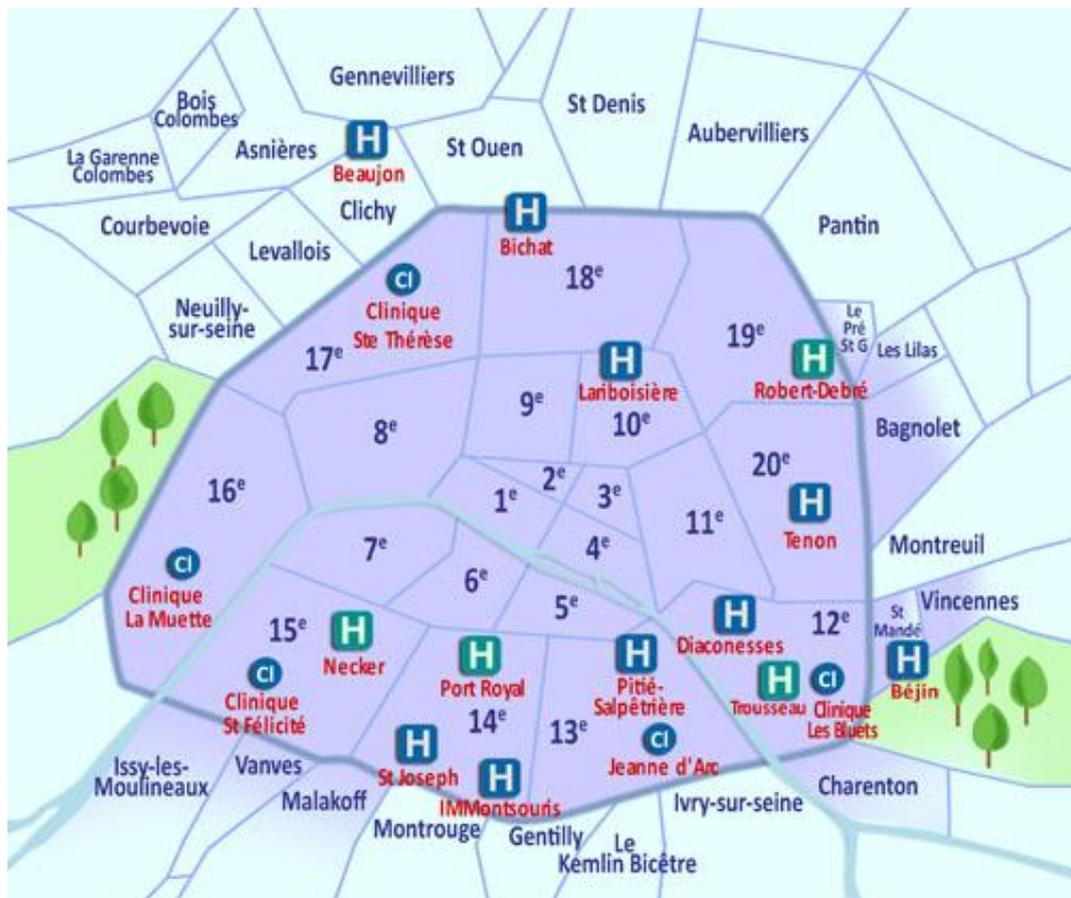
Le Réseau Périnatal Parisien compte actuellement 18 maternités.

Il compte 23 médecins généralistes adhérents.

Parmi eux, 5 médecins généralistes sont formés à l'EPP.

Figure 2bis : Les maternités du Réseau Périnatal Parisien

(16)



3. Les autres réseaux d'Île-de-France

Les données suivantes ont été recueillies auprès de la coordination des réseaux et complétées par les informations figurant sur les sites internet de chaque réseau et sur le site internet PERINAT-ARS-IDF (17).

Maternité en Yvelines et périnatalité active (MYPA) :

Il compte 10 maternités, 9 médecins généralistes adhérents et aucun médecin généraliste formé à l'EPP.

Périnatif Sud

Il compte 18 maternités, 43 médecins généralistes adhérents, 1 médecin généraliste formé à l'EPP.

Réseau périnatal 92 Nord

Il compte 9 maternités, 10 médecins généralistes formés à l'EPP. Le nombre de médecins généralistes adhérents est non communiqué.

Réseau périnatal 92 Sud

Il compte 6 maternités, 4 médecins généralistes formés à l'EPP en 2010-2011 (source non disponible lors du recrutement des médecins généralistes pour l'enquête qualitative). Le nombre de médecins généralistes adhérents est non communiqué.

Ainsi, le Réseau Périnat92 compte au total 15 maternités.

NAITRE dans l'EST FRANCILIEN

Il compte 16 maternités. Les autres données ne sont pas disponibles.

Réseau de périnatalité Val de Marne

Il compte 8 maternités, 15 médecins généralistes adhérents et aucun médecin généraliste formé à l'EPP.

Réseau de périnatalité Val d'Oise

Il compte 9 maternités, 1 médecin généraliste formé à l'EPP mais n'exerçant plus sur le territoire de ce réseau. Le nombre de médecins généralistes adhérents est non communiqué.

4. Le réseau SOLIPAM et le réseau DAPSA

SOLIPAM

Le réseau SOLIPAM « Solidarité Paris Maman » a pour objectif d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes et leurs nouveaux-nés en situation de grande précarité. Il vise à assurer le suivi médico-psycho-social coordonné. Il permet de faciliter l'accès aux soins : possibilité de prise en

charge gratuite en PMI, orientation vers la Permanence d'Accès aux soins de santé (PASS), ou des associations. Il aide à l'inscription à la maternité. (18)

DAPSA

Le réseau DAPSA « Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires » a pour mission de favoriser l'accès aux soins des parents ayant des troubles psychiques en rapport avec une addiction actuelle ou ancienne et oriente son action sur la période périnatale. (19)

IV. L'actuel suivi de grossesse en France

1. Le déroulement des consultations prénatales

Actuellement, le suivi de grossesse comporte sept consultations médicales prénatales mensuelles obligatoires, dont la 1^{ère} doit s'effectuer avant 10 SA. A cela s'ajoutent trois rendez-vous échographiques à 12 SA, 22 SA et 32 SA, les bilans biologiques mensuels, le dépistage de la trisomie 21 ainsi que les huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce. Pour les grossesses à bas risque, le suivi peut être assuré par une sage-femme en ville, en PMI, à l'hôpital, par un médecin généraliste ou un gynécologue. (10) (20) (21)

L'enquête périnatale de 2010 montre que les femmes sont de plus en plus suivies au cours de leur grossesse, laissant même entrevoir dans certaines situations un risque de surconsommation médicale. En 2010, 45 % des femmes ont bénéficié d'au moins 10 visites prénatales et 20 % des femmes ont eu plus de 6 échographies. (21)

Il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptées, qu'ils exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité.

Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens.

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

La réglementation française (article D. 6124-35 du Code de la santé publique) stipule que « l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant d'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique, prévue à l'article D. 6124-92, par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ».

Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. (10)

ANNEXE 1 : Suivi de grossesse selon la HAS (10) (22)

2. Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. (11)

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) se décline en quatre étapes. La première étape, l'entrée dans la préparation à la naissance et la parentalité, correspond en fait à l'entretien prénatal précoce. La deuxième étape consiste à planifier les séances prénatales en proposant les objectifs, le contenu, les techniques éducatives, le travail corporel, la fréquence et durée des séances. Le début de la PNP consiste également à orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement afin de soutenir la parentalité et d'ajuster les réponses aux vulnérabilités.

La troisième étape consiste à la mise en œuvre des séances, en adaptant le contenu et les techniques aux stades de la grossesse et à chaque étape du suivi.

Enfin, la quatrième étape correspond à l'évaluation individuelle et des objectifs de la PNP pour chaque femme ou le couple, permettant ainsi d'apprécier l'évolution des connaissances et des pratiques parentales, la maîtrise des difficultés, la confiance en soi et dans le système de santé.

Voici les objectifs généraux de la préparation à la naissance et la parentalité (11) :

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.

3. La place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse

D'après les données de la DREES « La démographie des médecins en 2015 », publiées le 16 avril 2015 (23), la base statistique du RPPS recense au 1er janvier 2015 en France 222 150 médecins. Parmi eux, 102 485 sont médecins généralistes, soit une densité de 155,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

On compte en revanche 3311 gynécologues médicaux et 4577 gynécologues-obstétriques, soit une densité respective de 11,8 gynécologues médicaux pour 100000 femmes de 15 ans et plus, et de 15,3 gynécologues-obstétriques pour 100 000 femmes de 15 ans et plus.

Concernant le suivi de grossesse en médecine générale, l'enquête périnatale de 2010, mise en place par la DREES et la DGS, et réalisée par l'INSERM (21), montre que le médecin généraliste a effectué la déclaration de grossesse dans 22,4% des cas. Le médecin généraliste a été consulté

pour le reste de la surveillance dans 23,8 % des cas contre 15,4 % en 2003, ce qui témoigne d'une augmentation significative du rôle du médecin généraliste dans le suivi de grossesse.

Le suivi de grossesse est donc de plus en plus souvent effectué par un médecin généraliste mais aussi par une sage-femme en maternité (39,4 % des cas contre 26,6 % en 2003) ou une sage-femme libérale (15,6 % des cas) pour les situations à bas risque.

V. Les plans de périnatalité successifs

1. Plan de périnatalité de 1994

Le plan de périnatalité de 1994 (24) met l'accent sur l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la grossesse et de la naissance. Malgré les progrès considérables depuis les années 1970 en termes de sécurité à la naissance, la France reste au 10^e ou 12^e rang pour la plupart des indicateurs, notamment pour la mortalité maternelle. La morbi-mortalité est inégalement répartie sur le territoire et selon les classes sociales. Le plan de périnatalité mise ainsi sur une meilleure organisation du suivi de grossesse afin d'abaisser le taux de femmes n'ayant jamais consulté avant l'accouchement ou bénéficié de moins de 3 consultations prénatales. Concernant l'accouchement, il impose la présence sur place d'un gynécologue-obstétricien de garde ainsi que d'une sage-femme afin d'assurer une meilleure sécurité physique des accouchements et des naissances. La prise de conscience de la « dimension psychologique » est mentionnée, mais le cadre pratique de sa mise en application reste embryonnaire.

2. Plan de périnatalité 2005-2007

2.1. Principaux objectifs

Le plan de périnatalité 2005-2007 met l'accent sur l'importance des réseaux de périnatalité et a notamment instauré l'entretien prénatal du 4^e mois.

Les 4 axes du plan périnatalité sont : l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité.

Les principaux objectifs sont les suivants (12) :

1. Plus d'humanité par :

- **la mise en place d'un « entretien individuel du 4ème mois » ;**
- une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance ;
- la participation des usagers ;
- une information complète et continue : au sein des réseaux de périnatalité et grâce à un carnet de santé de la maternité actualisé intégré au dossier médical personnel ;
- un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité ;
- l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante ;
- un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap ;
- une prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie.

2. Plus de proximité par :

- **le développement des réseaux en périnatalité ;**
- le renfort et l'extension du rôle des Centres Périnataux de Proximité ;
- le service de protection maternelle et infantile (PMI), acteur-clé du réseau de périnatalité ;
- la participation des sages-femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire ;

3. Plus de sécurité par :

- des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels ;
- des transports mieux organisés et renforcés ;
- la mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique ;

- l'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical) ;
- une implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité.

4. *Plus de qualité sur :*

- la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité ;
- l'échographie ;
- l'assistance médicale à la procréation.

5. *Mieux reconnaître les professionnels de la naissance par :*

- la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité ;
- la valorisation des compétences des professionnels de la naissance : sages-femmes, puéricultrices, médecins (gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, généralistes) ;
- une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques ;
- une étude approfondie sur la responsabilité médicale.

2.2. Médicalisation des naissances et risque de deshumanisation

On assiste au cours de l'Histoire à des progrès médicaux et techniques majeurs grâce auxquels la mortalité maternelle et infantile ont pu diminuer de façon considérable. Mais la sécurité autour des naissances est garantie par une sécurité non seulement physique mais également émotionnelle. Ainsi, on ne peut s'attendre à une amélioration des indicateurs de la naissance que si l'on assure aux femmes une meilleure sécurité émotionnelle. Celle-ci passe par une prise de conscience de la dimension psychique, relationnelle et éducative de la grossesse et de la naissance. Elle nécessite une prise de conscience individuelle et collective, la mise en place de mesures concrètes, et impose des formations spécifiques pour les professionnels de la périnatalité.

Parallèlement à la médicalisation du suivi de grossesse, deux écueils sont donc à éviter. D'une part, du côté soignant, le risque est de laisser de côté la dimension humaine au profit de la sécurité purement physique. D'autre part, avec les multiples examens complémentaires du suivi de grossesse, de nouvelles interrogations naissent du côté des patientes. Celles-ci sont rythmées par les résultats qui sont source d'angoisse. Il y a donc un risque de manque de prise en compte de ces inquiétudes. Ces deux risques viennent renforcer l'idée qu'il faut redonner un temps d'écoute aux femmes.

Les progrès médicaux ont en effet renforcé la technicité du suivi de grossesse, mais également l'augmentation des exigences vis-à-vis du corps médical, soumis de son côté à des conditions de travail difficiles d'une part avec une augmentation de la charge de travail, et soucieux d'autre part d'assurer la meilleure sécurité des soins possibles, ce phénomène pouvant se faire au dépens de la dimension relationnelle et éducative. Et on a vu que cette « technicisation » des soins peut paradoxalement aussi créer des angoisses, et donc augmenter le besoin de temps d'écoute et d'information. (4)

Apparaît ainsi le besoin de redonner une approche humaine à la grossesse et à la naissance. Les attentes des familles se tournent vers une dimension éducative et informative de la part des professionnels de la périnatalité.

VI. Présentation de l'entretien prénatal précoce

1. Les textes précurseurs : « mission périnatalité » rapport Bréart-Puech-Rozé et rapport Molénat

Le rapport Bréart-Puech-Rozé « Mission Périnatalité » de Septembre 2003 (25) veut proposer une nouvelle politique périnatale afin de permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance, d'assurer une prise en charge psychosociale, de répondre aux besoins de proximité et de renforcer le fonctionnement en réseau. Ceci témoigne du souci de renforcer la dimension relationnelle et sociale.

Dans son rapport (26), la Pédiopsychiatre Françoise Molénat insiste sur la priorité à donner à la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants. Il s'agit d'améliorer dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et mobiliser leurs ressources. Elle souligne le

rôle structurant d'un réseau professionnel centré sur chaque famille s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, en agissant de l'anté au post natal.

Les effets positifs obstétrico-pédiatriques d'un accompagnement personnalisé, en cours de grossesse et au moment de l'accouchement, ont également été décrits depuis longtemps (en particulier sur le taux de prématurité et de césariennes).

Elle amène la légitimité de l'entretien prénatal par les justifications suivantes :

« La grossesse est le moment idéal pour ouvrir le dialogue avec les futurs parents. »

« Les consultations médicales classiques, de courte durée, ont fait la preuve de leur inefficacité dans le registre émotionnel. Les futurs parents ne peuvent s'exprimer, sont rassurés trop vite, n'imaginent pas que ce qu'ils éprouvent peuvent intéresser le médecin... »

« Le souhait de transmettre des « messages de santé publique » tombe à plat tant que la femme enceinte n'a pas pu dire ses propres sentiments concernant la venue d'un enfant, ses questions quant aux explorations techniques (triple test, amniocentèse etc...). »

Ces deux rapports convergent vers les mêmes préoccupations et mènent vers l'avènement du futur entretien prénatal précoce.

2. Naissance de l'entretien prénatal précoce : une expérience réussie dans la Nièvre

Le réseau de santé de proximité en périnatalité du Haut-Nivernais à Clamecy, a proposé dès 1994 l'entretien prénatal précoce, à l'époque appelé l'entretien du 4^e mois, destiné aux femmes enceintes (27). Cet entretien s'est mis en place progressivement. Treize ans après son lancement, 98% des patientes du secteur du réseau en bénéficient. L'entretien est proposé systématiquement aux femmes enceintes. Les retours des patientes, des couples et des professionnels ont été positifs. Suite à ces évaluations favorables au sein du réseau, le bien-fondé de l'entretien a été validé. L'entretien a été progressivement étendu à d'autres sites, puis à l'ensemble du territoire.

3. L'intégration de l'entretien prénatal précoce au plan de périnatalité

C'est le plan de périnatalité de 2005-2007 (12) qui intègre de façon officielle l'entretien prénatal précoce. La présentation de l'entretien ouvre d'ailleurs le plan de périnatalité, le plaçant ainsi en mesure phare.

Il est présenté comme étant à réaliser sous la responsabilité d'une sage-femme, ou « d'un autre professionnel de la naissance ». Pour sa mise en œuvre, un engagement financier est fait, dans le cadre de mesures financières pour les établissements et dans le cadre de la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels des sages-femmes. Le coût prévu de l'entretien est de 26 millions d'euros sur 3 ans.

4. Les objectifs et l'esprit de l'entretien décrits par le référentiel de formation

Ce référentiel a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé, à la suite du plan périnatalité 2005-2007 et de la circulaire de la DHOS de juillet 2005 (28).

Les objectifs généraux sont :

- accéder au ressenti des femmes/ du couple ;
- consolider leur confiance en eux par l'expression de leurs besoins ;
- favoriser une meilleure coordination des professionnels ;
- consolider leur confiance dans le système de santé.

Les objectifs spécifiques sont :

- rencontrer les parents précocément ;
- anticiper avec la mère et le père les situations de vulnérabilités ;
- informer sur les facteurs de risques, les comportements à risque et les conseils d'hygiène de vie ;
- adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

L'esprit de l'EPP :

- une occasion d'ouvrir le dialogue avec les parents à propos du suivi médical de la grossesse et de l'accueil de l'enfant ;
- l'occasion d'une information mutuelle ;
- le starter d'un partenariat personnalisé, nécessitant une bonne connaissance des acteurs relais et une transmission personnalisée des informations.

Ce que l'entretien ne doit pas être :

- Une consultation classique supplémentaire, un examen médical isolé

Mais plutôt

un temps d'échange sous le sceau de la disponibilité.

- Un dépistage de facteurs de risque

Mais plutôt

l'occasion d'identifier ensemble des vulnérabilités et des potentialités.

- L'ouverture d'un dossier médical

Mais plutôt

un apport supplémentaire à ceux qui suivent la grossesse pour mieux cibler leur

vigilance.

- Un catalogue de conseils

Mais plutôt

une information individualisée selon les besoins exprimés ou repérés.

- Un entretien psychothérapeutique ou psychosocial

Mais plutôt

l'occasion d'intégrer la dimension affective dans le suivi de grossesse.

5. Les objectifs détaillés par la HAS

Les objectifs de l'entretien individuel ou en couple sont présentés par le professionnel de santé qui déclare la grossesse. Le but recherché de l'entretien (11) est de :

- **présenter le dispositif de suivi de la grossesse ;**
- **situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels ;**
- **anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;**
- **compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;**
- **encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.**

Ce que permet l'entretien prénatal précoce :

- Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social) ;
- Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte ;
- Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque ;
- Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir ;
- Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant ;
- Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale.

6. Cadre de l'entretien prénatal précoce : méthodes et thèmes abordés

6.1. Cadre de l'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce, conçu comme « un temps d'échange et d'écoute » :

- doit être proposé systématiquement à la femme enceinte ou au couple ;
- dès la déclaration de grossesse, et sans limite de date ;
- il dure 45 minutes environ ;
- il peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin ayant suivi une formation spécifique ;
- il est pris en charge à 100 % ;
- pour le médecin généraliste, la cotation est la suivante : 2.5 C ; C étant la cotation d'une consultation de médecine générale à 23 euros, soit au total : 2.5 x 23 euros = 57.5 euros ;
- à l'issue de l'entretien, une fiche de synthèse est rédigée, afin d'assurer la transmission entre professionnels.

6.2. Méthodes et contenu

Pour la conduite de l'entretien, le plus important est la qualité de l'accueil, l'écoute active, l'empathie, le fait de laisser un temps d'expression suffisant au couple, d'utiliser des questions ouvertes, de reformuler les idées, de proposer une nouvelle rencontre ou une orientation si elle paraît nécessaire, adapter son langage en fonction de la compréhension pour la délivrance des conseils, d'assurer la confidentialité de l'entretien, et informer la femme sur la transmission des informations et s'assurer de son accord. (11)

Un guide d'entretien a été proposé comme proposition de support pour l'entretien prénatal, il a été réalisé par le groupe de travail « entretien prénatal précoce » et s'inspire du support rédigé par le réseau de périnatalité Aurore.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien proposé par le réseau périnatal parisien.

6.3. Les principaux thèmes à aborder

« Qui est la femme enceinte, le couple ? »

« Ce que la femme vit et a vécu »

« Ce qu'elle ressent »

« Ce qu'elle fait »

« Ce qu'elle sait »

« Ce qu'elle croit »

« Se sent-elle menacée et par quoi ? »

« Ce dont elle a envie »

« Ce qu'elle veut connaître et apprendre »

« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions » (11)

7. Quelles perspectives à l'issue de l'entretien ?

Dans certains cas, l'entretien peut mener à une proposition de prise en charge. Une orientation peut être faite vers un(e) assistant(e) sociale, psychologue ou psychiatre, addictologue, tabacologue, diététicienne, sage-femme, travailleur/se social(e), technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale (TISF), etc. Un 2^e entretien prénatal précoce peut également être proposé.

8. La formation à l'EPP

Pour élaborer la formation à l'entretien prénatal précoce, les fondateurs sont partis des attentes des professionnels. La formation devait s'organiser sur chaque bassin de naissance, à partir des réseaux existants, avec les acteurs de la périnatalité, et être menées par des animateurs pluridisciplinaires, par exemple le couple sage-femme et psychologue. Le fait de donner l'occasion d'exprimer ses besoins suppose que chacun soit en sécurité pour échanger sur le présent de cette grossesse. L'axe principal de la formation est de donner aux professionnels les

conditions de cette sécurité. La formation est gratuite. Dans le réseau périnatal parisien, la formation comprend un séminaire avec une session de 3 jours et une session de reprise d'une journée environ 3 mois après (28).

9. Les situations difficiles : vulnérabilité et transmission de l'information

En réponse à des facteurs de vulnérabilité ou des demandes d'aide formulées par la femme ou le couple, tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique, des dispositifs d'aide et d'accompagnement doivent être proposés (11).

La littérature suggère qu'un soutien de qualité le plus précoce possible pendant la grossesse et après la naissance constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente.

Le groupe de travail recommande que la mise en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement, quel que soit le moment de la période périnatale, s'accompagne de :

- un contact avec les acteurs les plus à même de répondre, si possible lors d'un entretien téléphonique en présence de la femme ou du couple ;
- une coordination des actions autour de la femme et du couple, qui implique un travail en réseau entre les divers professionnels concernés, sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- un accord de la femme ou du couple et du respect de leurs souhaits vis-à-vis des démarches ou des contacts pris auprès de ces professionnels ;
- règles de transmission interprofessionnelle d'informations, qui permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux ;
- un lien avec le médecin traitant ;
- un suivi de la période anténatale à la période postnatale ;
- une définition en commun des bonnes pratiques professionnelles qui favorisent et soutiennent la fonction parentale ;
- un inventaire des dispositifs et des ressources locales (acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, structures, etc.) qui doivent être mis à disposition

des professionnels de santé.

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme au professionnel qui met en œuvre les séances prénatales (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même) et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. La synthèse doit être rédigée avec la femme et le couple afin qu'ils soient d'accord sur le contenu de ce qui est transmis (29). En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte. (11)

VII. Les premières évaluations de l'entretien prénatal précoce

1. Rapport 2010 et enquête périnatale 2010

Dans le rapport 2010 d'évaluation du plan de périnatalité 2005-2007 (30), les points positifs sont l'extension des réseaux qui couvrent désormais tout le territoire, une amélioration globale des taux de mortalité liés à la périnatalité, qui reste malgré tout limitée. Le plan a permis la prise en compte effective d'une dimension plus humaine avec le développement du carnet de maternité, de l'entretien prénatal précoce et du développement du soutien psychologique. Les limites concernant ces dernières évolutions sont leur mise en place récente et donc la nécessité de plus de recul pour apprécier leur effet.

Enfin, le plan a joué un rôle très limité dans la prise en charge des femmes et des couples en difficulté. Il y a eu une prise en compte grâce à l'entretien prénatal précoce de l'environnement des femmes et des couples mais les moyens financiers ont été peu mobilisés et la prise en charge des femmes vulnérables reste très disparate.

D'après l'enquête périnatale de 2010 (21), parmi 13 821 femmes, 21,4 % des femmes enceintes ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce, contre 75,8 % qui n'en ont pas bénéficié. Il a été réalisé par une sage-femme de maternité dans 50,3% des cas, une sage-femme libérale dans 35,4 % des cas, une sage-femme de PMI dans 9,7 % des cas, un gynécologue dans 3,6 % des cas et par un autre professionnel non détaillé dans 1 % des cas.

Il a été réalisé dans 16,4 % des cas entre le 1^{er} et 3^e mois, 30,4% des cas au 4^e mois, 20% des cas ou 5^e mois, 15,4% des cas au 6^e mois et 17,9% des cas entre le 7^e et 9^e mois.

2. Enquêtes sur le réseau Aurore et auprès des sages-femmes d'Auvergne

2.1. Enquête sur le réseau Aurore

Une évaluation sur l'entretien prénatal précoce a été faite auprès des professionnels et des patientes en 2009 au sein du réseau AURORE (30).

270 professionnels de la périnatalité ont pu être formés sur 2 journées consécutives puis une demi-journée, 8 semaines après.

Du point de vue des patientes, « quelque soient leur parité, elles ont insisté sur le bénéfice pour leur sécurité émotionnelle qu'apporte la possibilité d'exprimer leurs angoisses et leur craintes ». Elles ont été satisfaites du temps d'écoute personnalisé et « que la sage-femme leur permette de pouvoir réfléchir sur l'environnement familial ainsi que sur le projet de naissance. » Les patientes ont parlé du sentiment d'être actrices et non pas passives. Un témoignage de patiente, recueillie par le Dr Michel Dugnat, Pédiopsychiatre, responsable de l'Unité Parents-Enfants du CHU de Marseille, le rapporte également. (31)

Du point de vue des professionnels, les sages-femmes libérales relèvent le problème de recrutement initial pour l'entretien prénatal précoce, soit trop tardif : 1ère séance de préparation à l'accouchement, soit absent par défaut d'orientation par le gynécologue ou le médecin généraliste. Les sages-femmes font part du désarroi dans l'orientation d'une patiente vers un psychologue avec le peu d'interlocuteurs spécialisés à leur disposition, de leur manque d'information concernant les aspects sociaux ou les problèmes d'addictologie.

Les difficultés rencontrées par les sages-femmes hospitalières sont les résistances dans l'organisation au sein de l'hôpital, qui est structure-dépendant, un manque de temps est souvent souligné. L'entretien est souvent proposé par la secrétaire ou la personne qui accueille lors de l'inscription dans la maternité. Lorsque l'entretien est réalisé, se pose la question du lien avec l'interlocuteur suivant : la fiche de synthèse est remise à la patiente et non mise dans le dossier. Pour la sage-femme hospitalière, le relai avec l'assistante sociale, le psychologue ou psychiatre sera plus facile mais elles osent moins joindre le médecin généraliste, ou le professionnel en extra hospitalier.

Les sages-femmes de PMI réalisent l'entretien prénatal sur le lieu de la PMI. Elles signalent la difficulté à travailler avec « le champ du privé ».

Pour les généralistes, dans l'évaluation faite ici, la pratique de l'entretien ne leur pose pas de difficulté mais ils signalent leur malaise « d'être dans une attention « ouverte » envers des patientes qu'ils connaissent bien, et qui parfois n'osent pas revenir sur des antécédents dont ils ont été partie prenante (...). De plus s'auto-adresser leur patiente pour l'entretien prénatal précoce n'est pas chose facile. »

Les gynécologues font rarement l'entretien prénatal précoce mais apprécient le temps passé avec leur patiente, en comparaison avec leurs autres consultations souvent très rapides. Les limites restent les emplois du temps surchargés. Ils se disent parfois gênés d'aborder des questions d'ordre plus social.

Les autres difficultés de fond qui ont été relevées par l'enquête sont la problématique de la transmission et les questions éthiques qu'elles comportent : une transmission d'informations avec accord de la patiente, dans son intérêt et en évitant les stigmatisations. La difficulté aussi est d'avoir la capacité de répondre aux besoins exprimés : faire face aux vulnérabilités et enclencher une prise en charge adaptée.

2.2. Enquête auprès des sages-femmes d'Auvergne 2013

Cette étude de thèse (32) montre que, parmi les 90 sages-femmes interrogées de la région Auvergne, seules 21 % des sages-femmes n'ont pas été formées à l'entretien prénatal précoce. Les difficultés rencontrées dans la pratique de l'entretien sont nombreuses. Elles concernent notamment la difficulté liée à la transmission des informations concernant une patiente à un autre professionnel de la périnatalité.

3. **Enquête dans les réseaux de santé en périnatalité en 2012**

Les Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP), regroupés au sein de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) ont organisé une étude de prévalence de l'entretien prénatal précoce (EPP) en 2012, une évaluation de l'évolution de sa pratique depuis 2010, des modalités et des facteurs liés à sa proposition et sa réalisation (33).

Sur les 40 réseaux de France métropolitaine, 26 ont organisé l'enquête sur leur territoire, et ont recueilli 1990 réponses. La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 29,7 ans et 41,9 % étaient primipares. Parmi ces femmes, la prévalence de la réalisation de l'EPP était de 40,3 %

avec 802 EPP réalisés (IC95 % [38,1-42,4]). Elle est donc en augmentation par rapport à la prévalence de l'EPP en 2010 qui était évaluée à 21,4 %.

L'EPP était non réalisé dans 1067 cas, soit 53,6 % des cas, avec 121 réponses manquantes (6,1%). Dans 394 cas, l'entretien avait été proposé mais non réalisé, 23,1 % ont déclaré ne pas avoir eu le temps de le faire, 43,7 % l'ont refusé et 33,2 % n'ont pas donné de raison. Dans les cas où l'EPP n'a pas été fait mais les patientes en ont été informées, les arguments avancés étaient liés au suivi par un généraliste, au fait que certaines femmes étaient multipares, et l'avaient eu lors de précédentes grossesses, ou en raison de déménagements.

Qui propose l'entretien ?

Dans 56,9 % des cas (457 femmes), c'est la sage-femme qui informe la femme de l'existence de l'EPP, et seulement 16,9 % des femmes (136 femmes) en ont été informées par leur médecin.

Qui le réalise ?

Ce sont les sages-femmes qui réalisent le plus souvent l'entretien : dans 92,5 % des cas, dont 40,3 % (soit 323 femmes) sont réalisées par les sages-femmes de maternité, 6,6 % soit 53 femmes par la sage-femme de PMI et 45,6 % soit 366 femmes par la sage-femme libérale. Pour 31 femmes, c'est le gynécologue obstétricien qui a réalisé l'EPP, soit 3,9 % des cas et pour 0,7 % soit 6 femmes, le médecin généraliste a réalisé l'EPP.

Lors de l'EPP, la femme était seule dans 2/3 des cas et accompagnée dans 1/3 des cas, le plus souvent par son conjoint, mais aussi par sa mère ou sa sœur. La réalisation de l'EPP intervenait en moyenne à 23 SA, c'est-à-dire vers 5 mois de grossesse, avec des écarts importants allant de 13 SA (fin du 1er trimestre) jusque vers 39 SA. Dans l'ensemble, 4% des EPP avaient lieu au 1er trimestre de grossesse, 73% au 2e trimestre et 23% au 3e trimestre.

Les différences de proposition ou de réalisation de l'EPP en cas de difficultés ou en leur absence n'étaient significatives que pour l'ensemble des difficultés psychologiques (56 % vs 27%, $p < 0,0001$) et pour l'ensemble des difficultés (57 % vs 52 % $p = 0,017$).

Qu'en pensent les femmes ?

96,36 % se déclarent satisfaites ou très satisfaites de l'entretien. La durée était de 30 minutes et moins dans 16,5 % des cas, entre 30 minutes et 1 heure dans 65,8 % des cas et plus d'une heure dans 15,1 % des cas. Une information écrite était remise dans 15,2 % des cas et une orientation

proposée dans 20,3 % des cas. En cas de difficultés, une orientation était proposée dans 30,6 % des cas.

Y a-t-il des critères associés à la proposition/réalisation de l'EPP ?

En analyse multi-variée, les critères suivants étaient associés à la proposition/réalisation d'un entretien: la préparation à l'accouchement, l'âge des mères compris entre 25 et 35 ans, la primiparité et la réception du carnet de maternité. Le lien entre préparation à l'accouchement et catégorie socio-professionnelle (CSP) du couple étant très significatif (69,1% de préparation pour les couples cadres et professions intermédiaires versus 42,2% pour les autres CSP ; $p < 0,001$), la présence de la préparation dans le modèle rend non significative la catégorie socio-professionnelle.

4. Rapport d'activité du Réseau Périnatal Parisien 2014

Le réseau périnatal parisien (RPNP) effectue la promotion de l'entretien prénatal précoce auprès des professionnels et des femmes enceintes avec les actions suivantes (34) (35) :

- **Diffusion d'une plaquette destinée aux professionnels** sur le site internet du réseau ;
Cette plaquette est aussi remise à chaque professionnel nouvel adhérent impliqué en périnatalité ;
ANNEXE 3 : Plaquette EPP pour les professionnels
- **Diffusion d'une plaquette destinée aux femmes enceintes** sur le site internet du réseau ;
Cette plaquette est aussi diffusée au sein des maternités du réseau et dans les cabinets de ville ;
ANNEXE 4 : Plaquette EPP pour les patientes
- **Formation des professionnels à la réalisation de l'EPP** sous la forme d'un séminaire de 3 jours + 1 jour : deux séminaires ont été organisés en 2014 (36 participants au total soit 100% de la capacité d'accueil prévue pour cette formation). Ces deux formations ont été mutualisées avec l'est parisien. Le réseau a contractualisé avec une formatrice ayant un agrément OGDPC permettant aux professionnels de santé participants d'intégrer cette formation dans leur DPC ;

- **Diffusion de fiches de synthèse en tryptique** afin d'en promouvoir l'usage auprès des professionnels réalisant des EPP (sages-femmes et médecins), dont un exemplaire anonymisé est transmis à la coordination du réseau pour évaluation.

ANNEXE 5 : Fiche de synthèse du réseau périnatal parisien

En quelques chiffres (34) :

Nombre de fiches de synthèse d'EPP recueillies au 31/12/2012	422
Nombre de plaquettes d'information usagers diffusées /professionnels libéraux et associations partenaires	1680
Nombre de plaquettes d'information usagers diffusées au sein des maternités	10000
Nombre de carnet souches de fiches de synthèse diffusés aux professionnels	16
Nombre de plaquettes d'information « professionnels » diffusées aux professionnels libéraux et partenaires associatifs	76

Une évaluation de l'accès à l'EPP sur le territoire nord parisien a été réalisée en s'appuyant sur l'analyse des fiches de synthèses transmises au réseau et sur une enquête « un jour donné » réalisée dans les maternités du réseau. 423 fiches de synthèses anonymisées ont été transmises par les professionnels réalisant les EPP en 2014, c'est-à-dire 24 sages-femmes membres du réseau. Ce recueil n'est pas exhaustif.

Les femmes ayant réalisé l'EPP ont un âge moyen de 31,6ans, 78 % sont primipares, 18 % deuxième pare et 4 % troisième pare et plus ; concernant la couverture sociale, 78 % bénéficie d'une mutuelle, 6 % de la CMU, 6 % de l'AME, 53 % ont une profession de type cadre, contre 21 % de professions intermédiaires ; 8 % sans profession et 2 % au chômage. L'information sur l'EPP a été fournie dans 81 % des cas par une sage-femme, dans 5 % des cas par un gynécologue et dans 1 % des cas par un généraliste, 2 % des cas autres, et 11 % non renseigné.

99 % des femmes ont réalisé cet EPP auprès d'une sage-femme. 3 femmes ont effectué un EPP auprès d'un gynécologue. Le lieu d'exercice du professionnel est un cabinet libéral dans 62 % des cas, l'hôpital dans 29 % des cas et la PMI dans 9 % des cas.

La durée moyenne était de 50 minutes. Le conjoint était présent dans 37 % des cas.

A l'issue de l'entretien, une orientation a été faite dans 43,9 % des cas. Dans 7,6 % des cas, l'orientation se faisait vers une assistante sociale, 1,7 % vers un tabacologue, 5,7 % vers une diététicienne, 10,2 % vers une psychologue, 10 % vers une sage-femme de PMI. Un second entretien a été proposé dans 7 % des cas.

L'enquête « un jour donné » a été réalisée sur 10 des 12 maternités du nord-est parisien, entre décembre 2014 et mars 2015. Parmi les 89 questionnaires exploitables, 29 femmes soit 33 % déclarent avoir fait un EPP, avec d'importantes disparités entre les établissements. Quand l'EPP n'a pas été réalisé (54 femmes), il n'avait pas été proposé pour 43 femmes, non réalisé par manque de temps pour 3 femmes, refusé pour 2 femmes, oublié pour une femme. Parmi les 29 femmes ayant réalisé l'entretien, 16 en avait été informée par la sage-femme, 1 par un médecin, 2 par une amie, 1 par la plaquette d'information, 4 par le carnet de maternité, 1 par les documents CPAM, 1 par la maison de l'enfance, et 3 par la maternité à l'inscription. Parmi les primipares et les deuxième pares, le taux de réalisation de l'EPP était similaire : 18 primipares ont bénéficié de l'EPP vs 19 qui n'en n'ont pas bénéficié, 9 deuxième pares ont réalisé l'EPP contre 10 qui ne l'ont pas réalisé. En revanche aucune femme troisième pare ou plus n'a réalisé l'EPP.

Parmi les EPP réalisés, la fiche de synthèse n'a été rédigée que dans 27 % des cas, et remise à la patiente pour 5 femmes sur 8. La fiche a alors été remise par la femme à un autre professionnel pour 1 femme sur 5.

Parmi les 29 femmes ayant fait l'EPP, 18 ont pu renseigner le moment de réalisation de l'EPP : 7 l'ont fait entre le 3^e et 4^e mois, 6 entre le 5^e et 6^e mois et 4 au 7^e mois et plus. Parmi les 29 femmes ayant réalisé l'EPP, 20 ont donné leur point de vue sur l'EPP, 75 % en ont été satisfaites ou très satisfaites. Pour ces 20 femmes, l'EPP a duré entre 30 minutes et 1 heure pour 65 % des femmes, moins de 30 minutes pour 25 % et plus d'une heure pour 10 % d'entre elles.

VIII. Problématique

Nombre de médecins généralistes assurent le suivi des grossesses à bas risque. Les femmes enceintes peuvent réaliser les consultations prénatales auprès d'une sage-femme, d'un gynécologue mais également auprès de leur médecin généraliste. Chacun de ces professionnels est légitime pour assurer le suivi des grossesses.

Le médecin généraliste, quand il est le médecin traitant ou médecin de famille connaît la patiente avant d'effectuer le suivi de sa grossesse. Il connaît ainsi son histoire médicale mais aussi familiale et sociale. Il connaît par exemple le conjoint, les autres enfants, les parents, et peut appréhender les éventuelles problématiques. C'est ce qui fait la particularité du médecin généraliste pour le suivi de grossesse. Pour mémoire, les compétences visées par l'exercice de la médecine générale sont les suivantes (36) (37):

- construire une relation, assurer une communication adaptée, une approche centrée patient ;
- permettre une approche globale, une prise en compte de la complexité ;
- assurer des missions d'éducation, de prévention ;
- permettre le premier recours, assurer la prise en charge des urgences ;
- assurer la continuité, la coordination, le suivi ;
- garantir le « professionnalisme ».

L'ensemble de ces missions revêt à la fois une exigence du point de vue médical, mais donne aussi au médecin généraliste une dimension plus large, qui a trait au champ psycho-social.

Ces particularités s'appliquent au suivi de grossesse, avec prise en charge de la femme dans sa globalité, dans son contexte social, familial et psychologique.

Ainsi, les valeurs de la médecine générale se retrouvent tout à fait dans l'esprit de l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut.

Nous avons vu que l'intégration de l'entretien prénatal précoce s'intègre progressivement dans l'organisation du suivi de grossesse.

Or, d'après les études réalisées, il est proposé et réalisé essentiellement par les sages-femmes. Les médecins généralistes sont peu représentés pour la proposition et la réalisation de l'entretien prénatal précoce.

En effet, l'entretien prénatal précoce paraît très peu développé en médecine générale. J'ai pu le constater à la lecture des études réalisées mais également à l'occasion de ma rencontre avec le Réseau Périnatal Parisien.

Je m'interroge donc sur les raisons de cette mise en place hésitante.

Les questions posées sont les suivantes :

Les médecins généralistes connaissent-ils l'entretien prénatal précoce ?

Quel est leur point de vue sur l'entretien prénatal précoce ?

Quelle est l'expérience des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce ?

J'ai réalisé deux enquêtes auprès des médecins généralistes.

Dans ma première étude, mon objectif est d'évaluer la connaissance de l'existence de l'entretien prénatal précoce, le point de vue et les motivations de médecins généralistes pour l'entretien prénatal précoce.

Dans ma deuxième étude, j'ai rencontré les médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce afin d'évaluer leur expérience, leur point de vue, ainsi que leurs difficultés et leurs attentes.

PARTIE 2 – MATERIEL ET METHODES

I. Etude descriptive quantitative auprès des médecins généralistes

1. Type d'étude et justification

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale. L'étude transversale se définit par un recueil simultané des données dans une population, à un instant donné. Le type d'objectif de l'enquête est d'ordre descriptif : il s'agit de décrire les pratiques des médecins généralistes interrogés.

2. Objectifs de l'enquête

L'objectif principal est d'évaluer la connaissance ou non de l'outil « entretien prénatal précoce » par les médecins généralistes. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'utilisation éventuelle de l'entretien prénatal en médecine générale, d'évaluer les freins rencontrés, le point de vue des médecins généralistes et de mesurer leur motivation à intégrer l'entretien prénatal précoce à leur pratique.

3. Population d'étude

Les critères d'inclusion sont le fait d'être médecin généraliste exerçant en France, tout âge confondu, tout mode d'exercice confondu et de bien vouloir répondre au questionnaire, de façon anonyme. Les critères d'inclusion sont volontairement larges afin d'obtenir une vision globale des pratiques et les points de vue de médecins généralistes « tout-venant ». Le but est que la population soit la plus représentative possible. Le recrutement se fait en congrès de médecine générale ce qui permet de recueillir des données de médecins de profils différents autant par leur âge, leur mode d'exercice, que par leur origine géographique. L'objectif est d'obtenir au moins 100 réponses interprétables.

4. Déroulement de l'étude

Les questionnaires sont distribués en mains propres aux médecins généralistes participant au congrès de Médecine générale « Preuves et Pratiques », le 14 et 15 mars 2015 et au congrès du Collège de Médecine Générale le 26, 27 et 28 mars 2015, tous deux se tenant au Palais des Congrès à Paris. Les questionnaires sous forme papier sont remis à l'entrée des salles de

conférences puis récupérés une fois remplis à la sortie. Une autorisation préalable a été sollicitée et a été accordée par les organisateurs respectifs de ces deux congrès.

5. Le questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire comportant des questions fermées à choix multiples. Il comporte une première partie de questions permettant de dresser le profil du médecin interrogé : âge, sexe, mode d'exercice, lieu d'exercice, activité de suivi de grossesse, adhésion ou non à un réseau périnatal.

La deuxième partie explore le rapport à l'entretien prénatal précoce :

- la connaissance ou non de l'entretien ;
- l'intérêt ou non de l'entretien pour le médecin interrogé : question qui sera posée y compris aux médecins ne connaissant pas l'entretien, l'avis est recueilli après une brève présentation de l'entretien prénatal précoce figurant dans le questionnaire ;
- l'utilisation de l'outil avec évaluation de la proposition ou non à la patiente de l'entretien prénatal pour les médecins généralistes qui connaissent l'outil ;
- les obstacles éventuels à l'entretien prénatal précoce ;
- la motivation pour la formation et la pratique de l'entretien prénatal précoce.

Le questionnaire a été testé auprès de quatre médecins généralistes puis proposé aux médecins généralistes participant au congrès.

ANNEXE 6 : Questionnaire distribué aux médecins généralistes lors des congrès de Médecine Générale

6. Analyse des données

Les résultats des questionnaires sont saisis dans un logiciel permettant le traitement des données et la génération des résultats. La comparaison des variables qualitatives a été réalisée par le test du chi-2 ou le test exact de Fisher.

II. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce

1. Type d'étude et justification

Il s'agit d'une étude qualitative. La recherche qualitative ne cherche pas à mesurer, mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (38). Elle permet de répondre aux questions «pourquoi» ou «comment». Elle est adaptée à l'étude de phénomènes, au sens et à la valeur de ces phénomènes ainsi qu'à la compréhension du contexte. Cette méthode est imposée par la question de recherche qui concerne ici un état des lieux de pratiques professionnelles, plus précisément, une évaluation de points de vue, de difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, en particulier dans leur suivi des grossesses.

2. Type d'entretien et justification

La méthode qualitative choisie est l'entretien individuel semi-dirigé. Il permet le recueil de données verbales à partir d'une grille préétablie de questions ouvertes. En effet, l'utilisation de questions ouvertes paraît adaptée à l'objectif de l'étude. De plus, la seule présence de l'enquêteur et du médecin interrogé sur son lieu d'exercice paraît approprié à l'évocation d'expériences personnelles et à l'expression de points de vue.

3. Population d'étude et objectifs

Pour l'étude qualitative, j'ai choisi d'interroger les médecins généralistes membres de réseaux de périnatalité d'Ile-de-France ayant été formés à l'entretien prénatal précoce. Il s'agit d'un échantillonnage relativement homogène, dit raisonné ou ciblé (39). Ce critère de sélection a été retenu suite au constat suivant : l'entretien prénatal précoce paraît peu connu des médecins généralistes, il convient donc d'interroger les médecins sensibilisés au sujet pour en dégager des points de vue. Il s'agit aussi de mettre en évidence les difficultés rencontrées et les attentes de médecins qui ont fait l'expérience de l'entretien prénatal précoce. Le nombre de médecins ayant suivi la formation à l'entretien prénatal précoce étant réduit, je ne me suis pas limitée au Réseau Périnatal Parisien, j'ai élargi mes recherches aux autres réseaux d'Île-de-France. En recherche qualitative, l'important n'est pas tant la taille de l'échantillon mais le recueil d'opinions variées à

l'aide d'un questionnaire bien standardisé. Il y a ensuite la possibilité de s'arrêter à la saturation des données.

4. Contact des médecins généralistes

Les coordonnées des médecins à interroger ont été obtenues en contactant les coordinations des réseaux périnataux d'Île-de-France, par mail ou par appel téléphonique. Dans un second temps, j'ai contacté les médecins que je souhaitais interviewer, par mail et/ou par téléphone pour convenir d'un rendez-vous, proposé sur le lieu d'exercice du médecin, avec présentation de mon projet de recherche et des conditions d'entretien : durée approximative de 20 minutes, enregistrement audio, puis anonymisation de l'entretien.

L'entretien avec le médecin généraliste est précédé d'une présentation de l'enquête et du déroulement de l'entretien.

ANNEXE 7 : Présentation de l'enquêteur aux médecins généralistes formés à l'EPP avant l'interview

5. Le guide d'entretien

J'ai conçu un guide d'entretien semi-dirigé comme support de chaque entretien, en essayant d'être systématique dans les questions posées d'un entretien à l'autre, tout en restant souple sur l'ordre et la formulation des questions posées et avec la possibilité de s'adapter au récit du médecin interrogé. Le guide d'entretien semi-dirigé peut être modifié à l'issue des premiers entretiens.

ANNEXE 8 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les médecins généralistes formés à l'EPP

6. Analyse des données

Les entretiens enregistrés sont dans un premier temps retranscrits sous forme de traitement de texte sur un fichier *Word*.

L'analyse des entretiens est réalisée manuellement, par lecture commentée et comparative des entretiens. Cette analyse doit permettre de dégager pour chaque thème des idées clefs partagées ou non par les différents médecins interviewés.

PARTIE 3 – RESULTATS

I. Résultats de l'enquête descriptive par questionnaires

Les questionnaires ont été distribués lors du congrès « Preuves et Pratiques » le 14 et 15 mars 2015 et lors du congrès du Collège de Médecine Générale le 27 mars 2015.

Lors du 1^{er} congrès, 200 questionnaires ont été distribués. Parmi ces 200 questionnaires, 71 ont été remplis. 66 questionnaires sont interprétables et 5 questionnaires ont été exclus car mal remplis ou remplis par des médecins spécialistes.

Lors du 2^e congrès, 209 questionnaires ont été distribués. Parmi ces 209 questionnaires, 105 questionnaires ont été remplis. 87 questionnaires sont interprétables et 18 questionnaires ont été exclus car mal remplis, ou remplis par des médecins n'exerçant pas en France.

Au total, 153 questionnaires interprétables ont été inclus pour l'analyse.

1. Profil des médecins généralistes

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Caractéristiques des médecins généralistes	Nombre	Pourcentage
Nombre total de médecins interrogés inclus pour l'analyse	153	100 %
Nombre de médecins interrogés au congrès "Preuves et Pratiques"	66	43,1 %
Nombre de médecins interrogés au congrès de Médecine Générale	87	56,9 %
<u>Sexe</u>		
Femmes	103	67,3 %
Hommes	50	32,7 %
<u>Âge</u>		
< 30 ans	19	12,4 %
30ans ≤ âge < 40ans	45	29,4 %
40ans ≤ âge < 50ans	30	19,6 %
50ans ≤ âge < 60ans	42	27,5 %
60ans et plus	17	11,1 %

<u>Mode d'exercice</u>		
Médecin généraliste libéral installé	97	63,4 %
Médecin généraliste remplaçant	42	27,5 %
Médecin généraliste salarié	14	9,1 %
<u>Milieu d'exercice</u>		
Milieu urbain	97	63,4 %
Milieu semi-rural	42	27,5 %
Milieu rural	14	9,1 %
<u>Zone géographique</u>		
Paris	22	14,4 %
Ile-de-France (hors Paris)	65	42,5 %
Province	62	40,5 %
(nc = 4)		
<u>Suivi de grossesse</u>		
oui	105	68,6 %
non	48	31,4 %
<u>Nombre moyen de patientes suivies pour leur grossesse /mois</u>		
0	50	32,7 %
entre 0 et 5	79	51,6 %
entre 6 et 10	10	6,5 %
entre 11 et 20	4	2,6 %
plus de 20	2	1,3 %
non communiqué	8	5,2 %
<u>Réseau de périnatalité</u>		
Membres d'un réseau de périnatalité	12	7,8 %
Non membres d'un réseau de périnatalité	141	92,2 %

2. Connaissance de l'entretien prénatal précoce

73 médecins soit 47,7% connaissent l'entretien prénatal précoce.

80 médecins soit 52,3% ne connaissent pas l'entretien prénatal précoce.

Figure 3 : Connaissance de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes

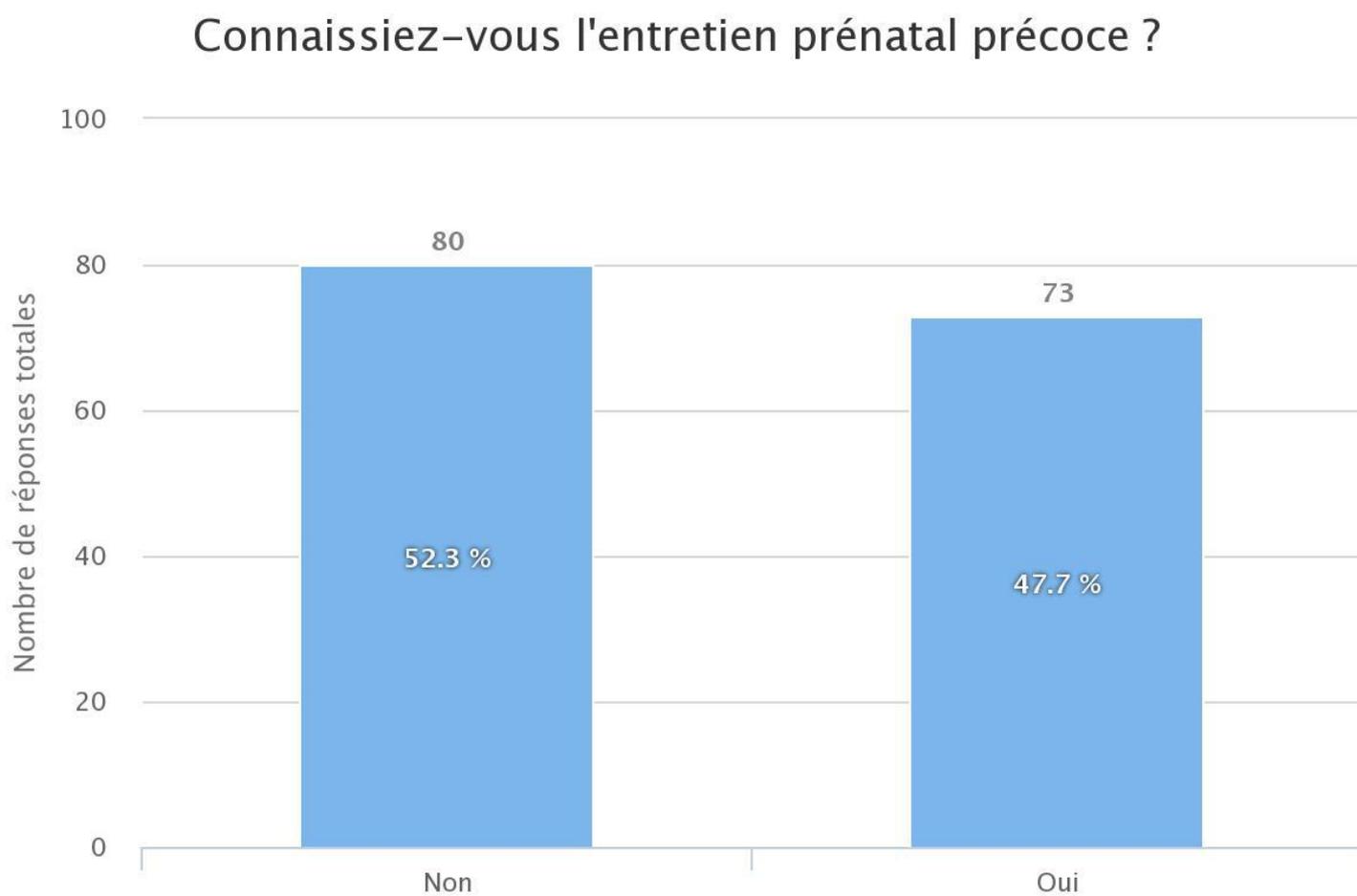


Tableau 2 : Connaissance de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes selon leur profil

Caractéristiques des médecins généralistes	Effectif	%	Connaissance de l'EPP parmi chaque classe	%
Parmi les 153 médecins interrogés	153	100 %	73	47,7 %
Parmi les 66 médecins interrogés au congrès "Preuves et Pratiques"	66	43,1 %	30	45,5 %
Parmi les 87 médecins interrogés au congrès de Médecine Générale	87	56,9 %	43	49,4 %
<u>Sexe</u>				
Femmes	103	67,3 %	49	47,6 %
Hommes	50	32,7 %	24	48 %
<u>Âge</u>				
< 30ans	19	12,4 %	7	36,8 %
30ans ≤ âge < 40ans	45	29,4 %	22	48,9 %
40ans ≤ âge < 50ans	30	19,6 %	14	46,7 %
50ans ≤ âge < 60ans	42	27,5 %	22	52,4 %
60ans et plus	17	11,1 %	8	47,1 %
<u>Mode d'exercice</u>				
Médecin généraliste libéral installé	97	63,4 %	50	51,5 %
Médecin généraliste remplaçant	42	27,5 %	17	40,5 %
Médecin généraliste salarié	14	9,1 %	6	42,9 %
<u>Milieu d'exercice</u>				
Milieu urbain	97	63,4 %	43	44,3 %
Milieu semi-rural	42	27,5 %	23	54,8 %
Milieu rural	14	9,1 %	7	50,0 %
<u>Zone géographique</u>				
Paris	22	14,4 %	6	27,3 %
Ile-de-France (hors Paris)	65	42,5 %	33	50,8 %
Province	62	40,5 %	31	50 %

<u>Suivi de grossesse</u>				
Oui	105	68,6 %	52	49,5 %
Non	48	31,4 %	21	43,8 %
<u>Nombre moyen de patientes suivies pour leur grossesse /mois</u>				
0	50	32,7 %	22	44 %
entre 1 et 5	79	51,6 %	36	45,6 %
entre 6 et 10	10	6,5 %	5	50 %
entre 11 et 20	4	2,6 %	4	100 %
plus de 20	2	1,3 %	1	50 %
non communiqué	8	5,2 %	5	62,5 %
<u>Réseau de périnatalité</u>				
Membres d'un réseau de périnatalité	12	7,8 %	10	83,3 %
Non membres d'un réseau de périnatalité	141	92,2 %	63	44,7%

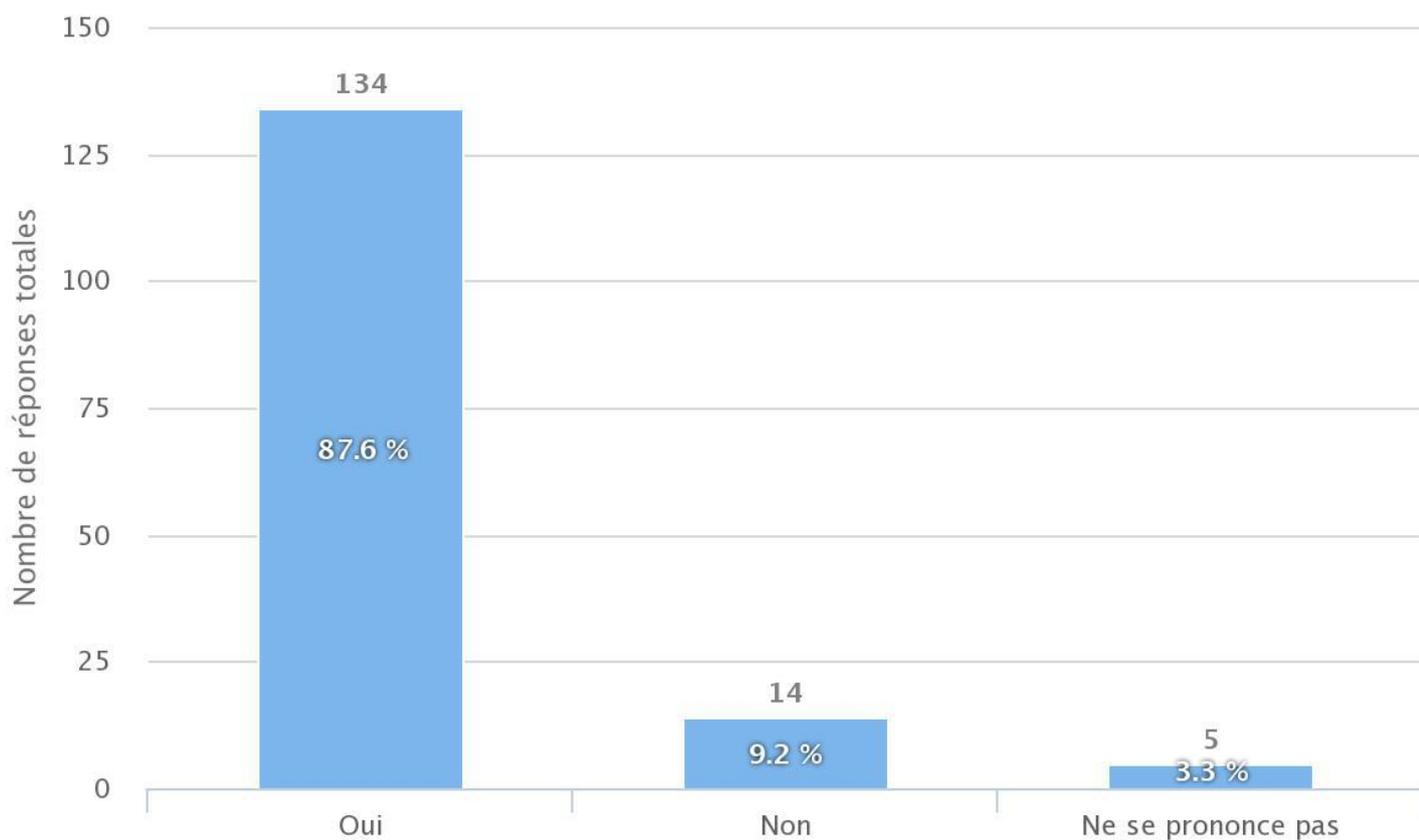
L'analyse des variables qualitatives par le test du chi-2 ou le test exact de Fisher montre :

- L'absence de différence significative de la connaissance de l'EPP selon le congrès ($p=0.746$), selon le sexe ($p=0.902$), selon l'âge, selon le mode d'exercice, selon le milieu d'exercice, selon l'activité ou non de suivi de grossesse ($p=0.625$).
- L'absence de différence statistiquement significative de la connaissance de l'EPP selon la zone géographique : l'exercice à Paris versus l'exercice sur le reste de l'Île-de-France ($p=0.055$), l'exercice à Paris versus l'exercice en province ($p=0.065$) et l'exercice en Île-de-France versus la province ($p=0.93$).
- Une différence statistiquement significative pour la connaissance de l'EPP entre les médecins suivant entre 11 et 20 grossesses par mois qui est plus élevée que ceux en suivant entre 1 et 5 ($p=0.049$) ou que ceux en suivant 0 par mois ($p=0.047$).
- Une différence statistiquement significative concernant la connaissance de l'EPP selon l'appartenance à un réseau de périnatalité. L'adhésion au réseau de périnatalité est associée à une connaissance plus fréquente de l'EPP ($p=0.014$).

3. Intérêt de l'entretien prénatal précoce

Figure 4 : Point de vue des médecins généralistes sur l'entretien prénatal précoce

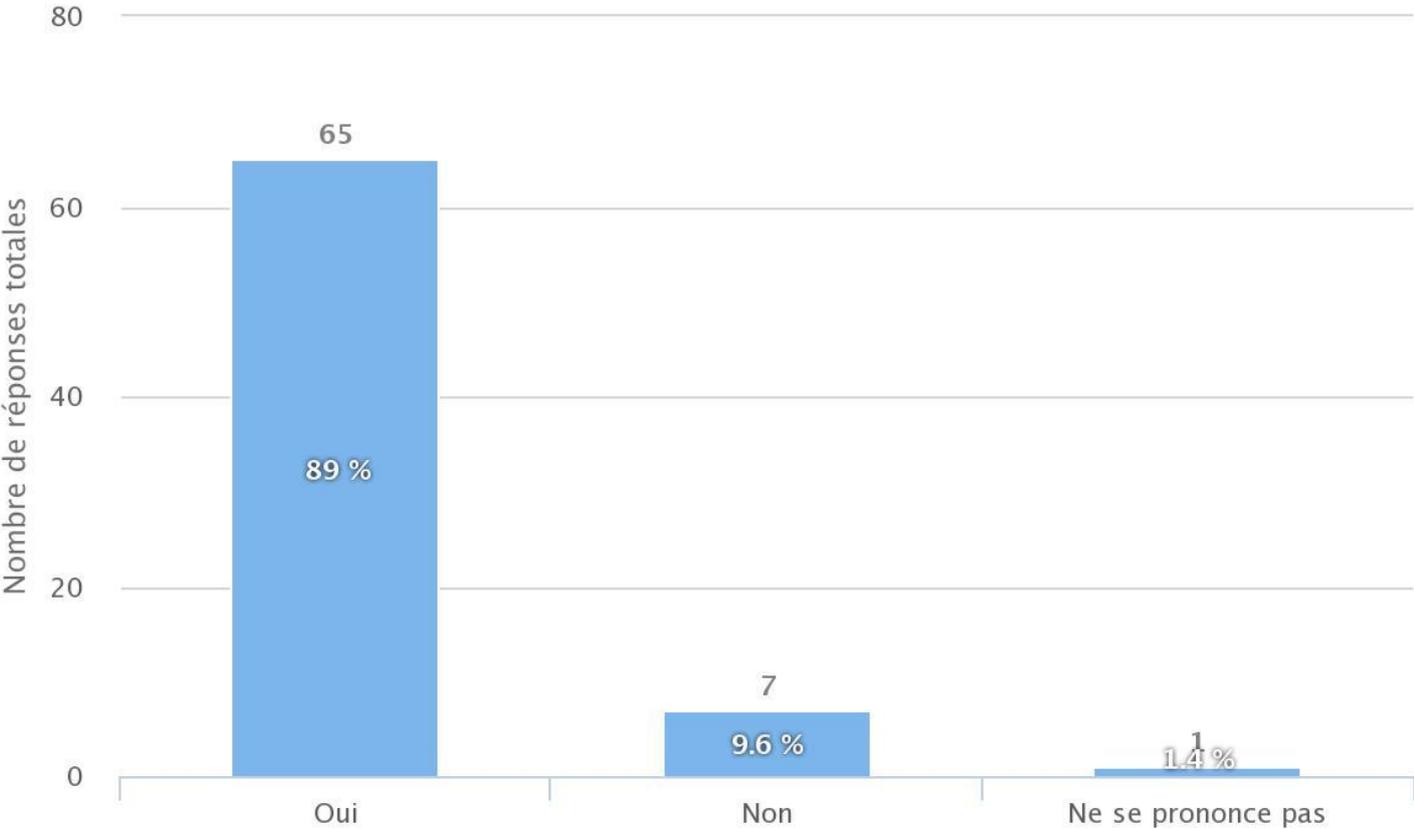
Pensez-vous que l'entretien prénatal précoce a un intérêt ?



Parmi les médecins qui connaissent l'EPP, 65 médecins soit 89% pensent que l'EPP a un intérêt.

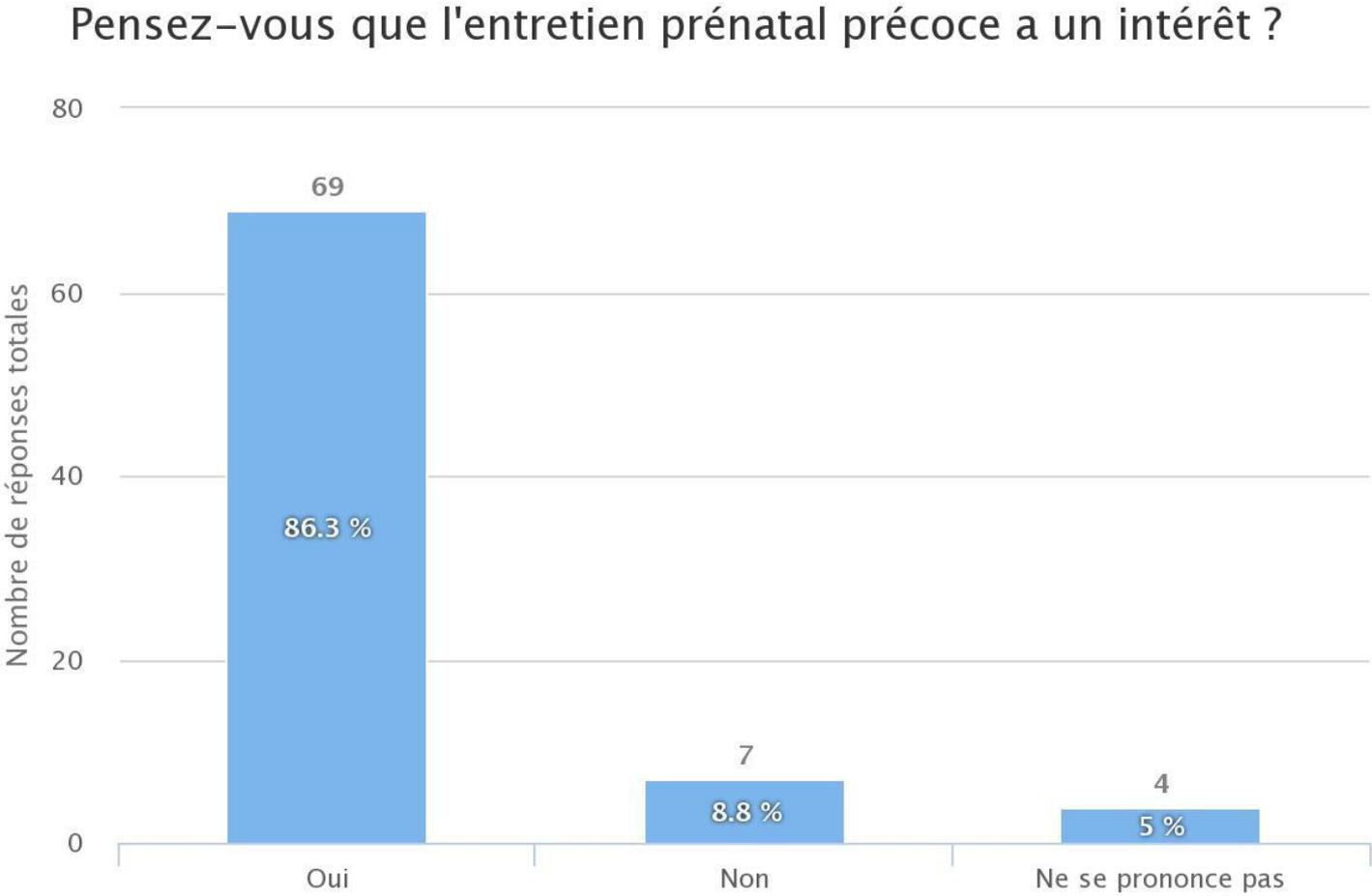
Figure 5 : Point de vue des médecins généralistes sur l'entretien parmi les médecins connaissant l'entretien prénatal précoce

Pensez-vous que l'entretien prénatal précoce a un intérêt ?



Parmi les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP au préalable, 69 médecins soit 86,3% pensent que l'EPP peut avoir un intérêt, contre 7 soit 8,8% qui pensent qu'il n'en a pas et 4 soit 5% qui ne se prononcent pas.

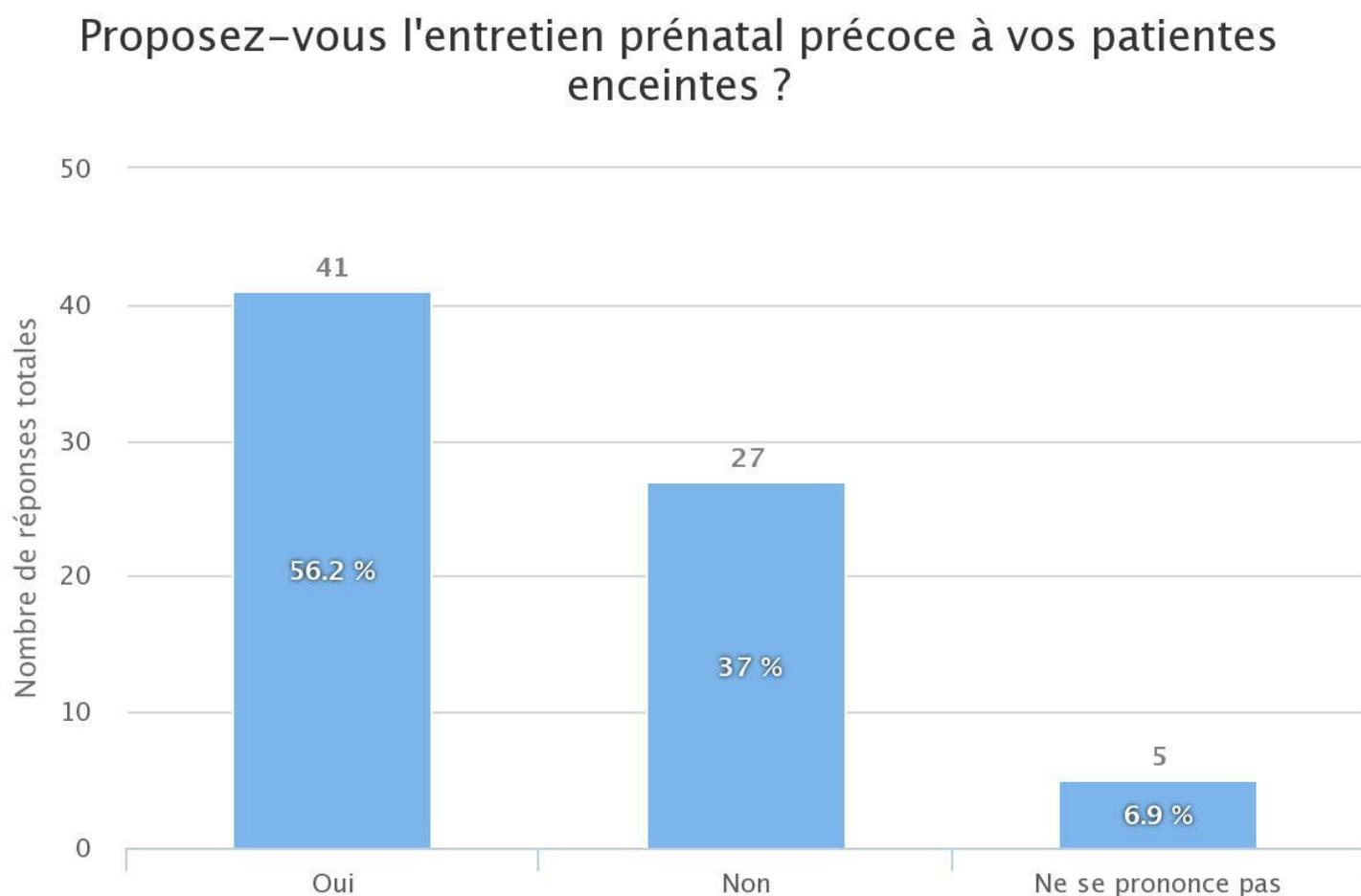
Figure 6 : Point de vue des médecins généralistes sur l'entretien prénatal précoce parmi ceux qui ne connaissaient pas l'entretien au préalable



Il n'y a pas de différence significative pour l'intérêt de l'EPP selon la connaissance préalable ou non de l'outil EPP ($p=0.861$).

4. Proposition de l'entretien prénatal précoce

Figure 7 : Proposition de l'entretien prénatal précoce aux patientes parmi les médecins généralistes qui connaissent l'entretien

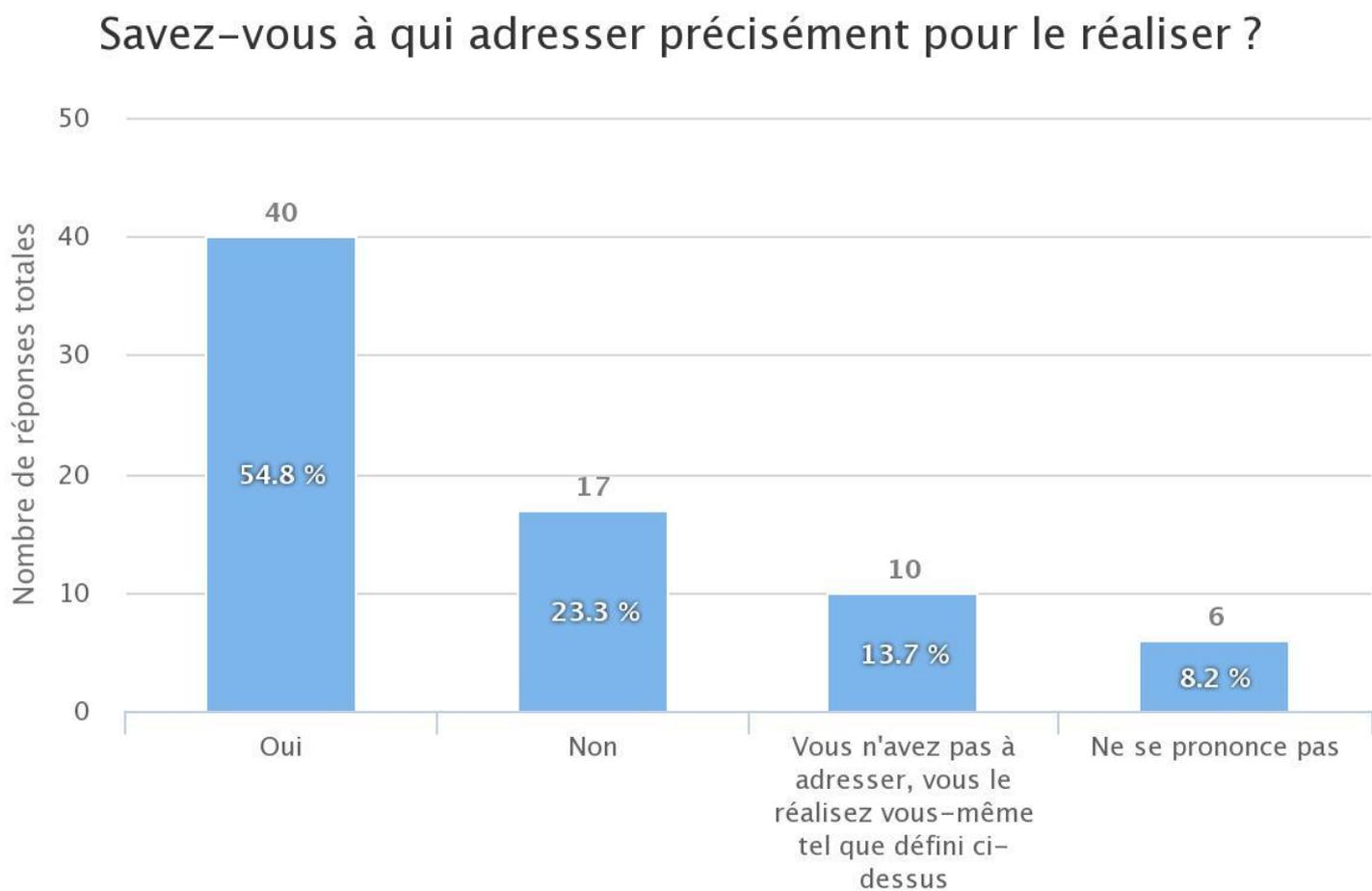


Parmi l'ensemble des 153 médecins interrogés, **41 soit 26,8% des médecins généralistes interrogés disent proposer l'EPP à leurs patientes.**

5. Orientation pour réalisation de l'entretien prénatal précoce

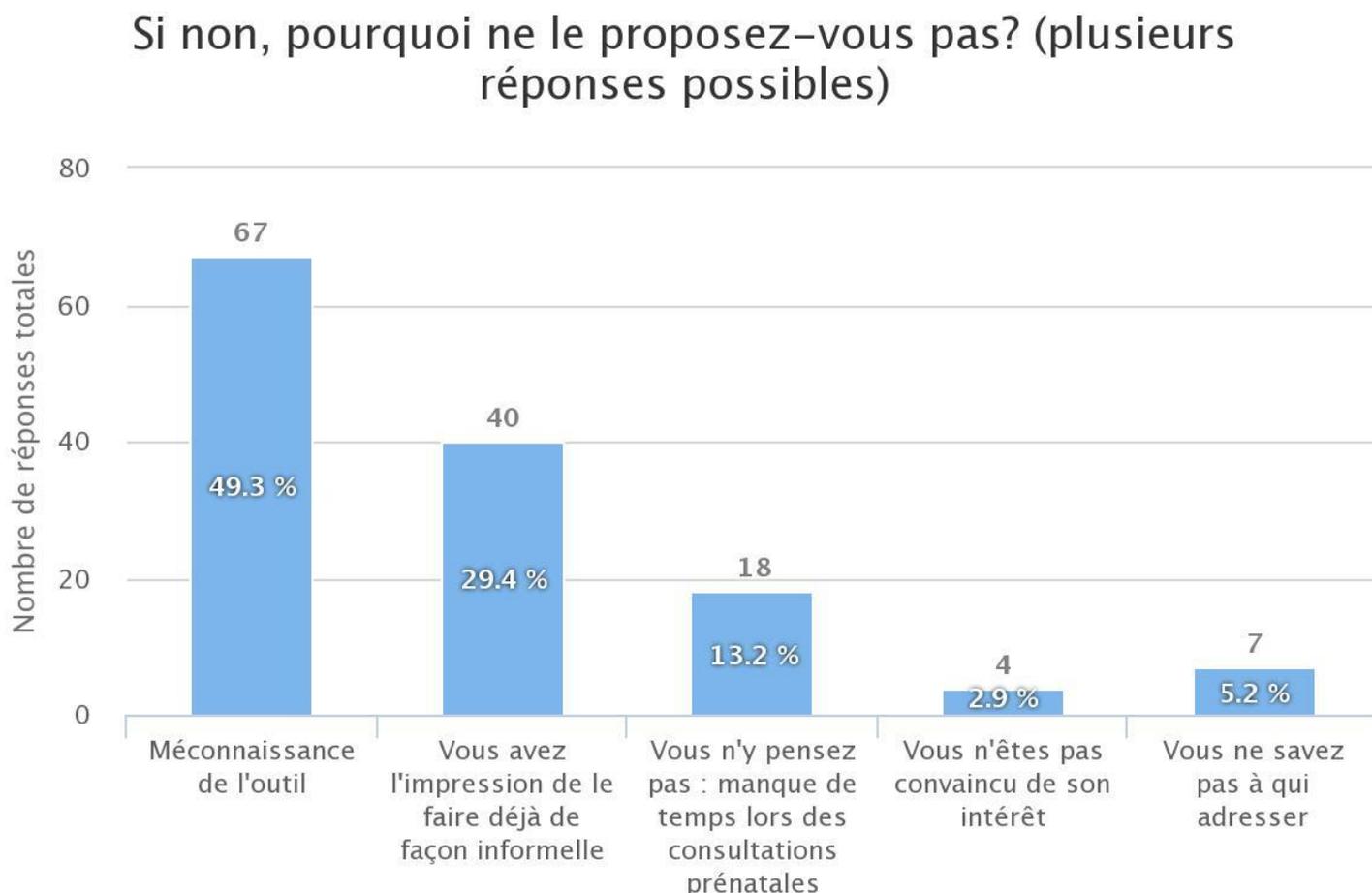
Parmi les médecins connaissant l'entretien prénatal précoce, se pose la question de savoir à quel professionnel adresser pour le réaliser.

Figure 8 : Connaissance d'un professionnel apte à réaliser l'entretien prénatal précoce parmi les médecins qui connaissent l'entretien



6. Causes de non-proposition de l'entretien prénatal précoce

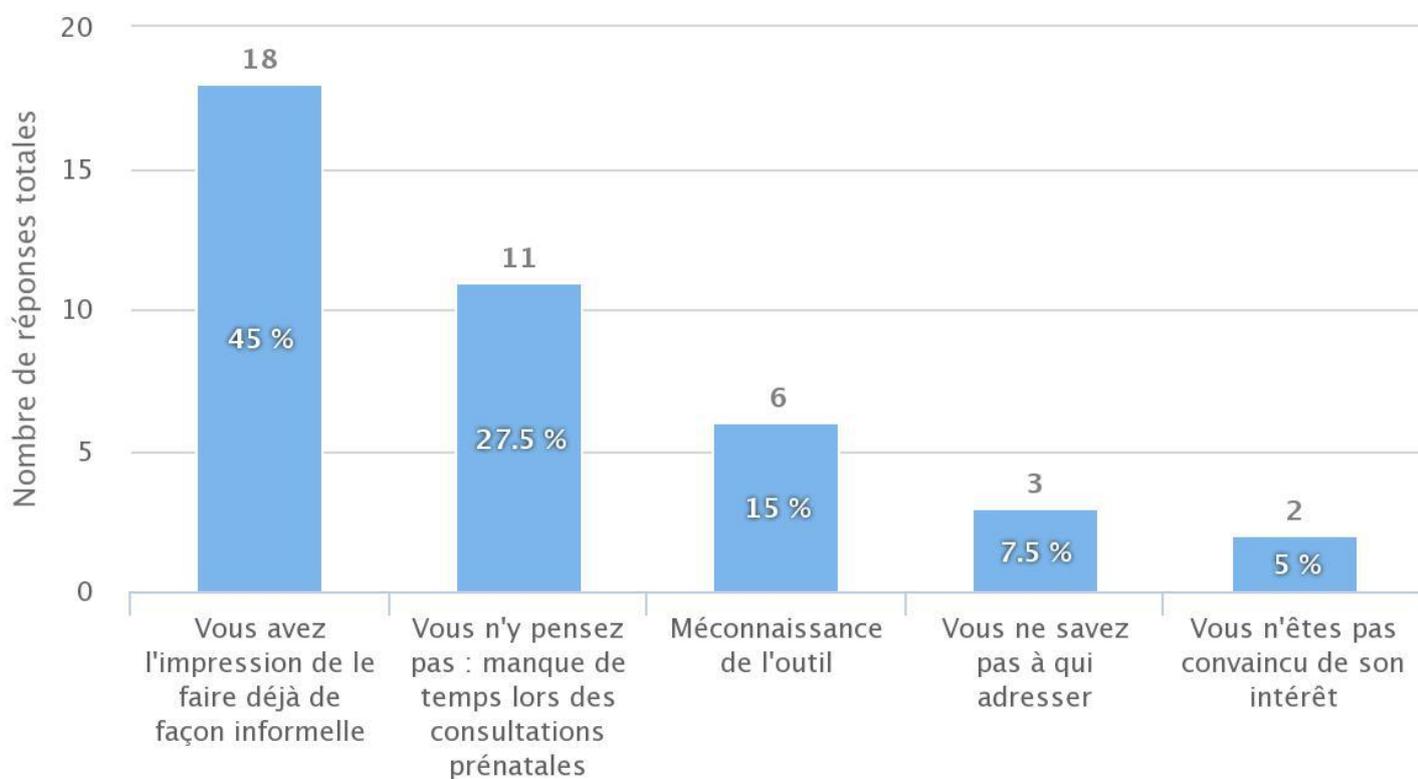
Figure 9 : Causes de non-proposition de l'entretien prénatal précoce : les différents freins



La question a été posée à l'ensemble des médecins, y compris ceux qui avaient répondu qu'ils proposaient l'EPP, car leur proposition peut être systématique ou ne pas l'être. Pour les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP, la question a été posée également, après lecture de la présentation de l'entretien prénatal précoce. Pour la majorité, la raison de non proposition de l'EPP était bien évidemment la méconnaissance de l'outil, mais ils ont pu cocher d'autres réponses en s'appuyant sur leur pratique et les informations délivrées sur l'entretien prénatal précoce dans le questionnaire.

Figure 10 : Freins à la proposition de l'entretien prénatal précoce parmi les médecins qui connaissent l'entretien prénatal précoce

Si non, pourquoi ne le proposez-vous pas? (plusieurs réponses possibles)



7. Motivation pour la formation à l'entretien prénatal précoce

Figure 11 : Motivation pour une formation à l'entretien prénatal précoce

Seriez-vous intéressé(e) par une formation à l'entretien prénatal précoce ?

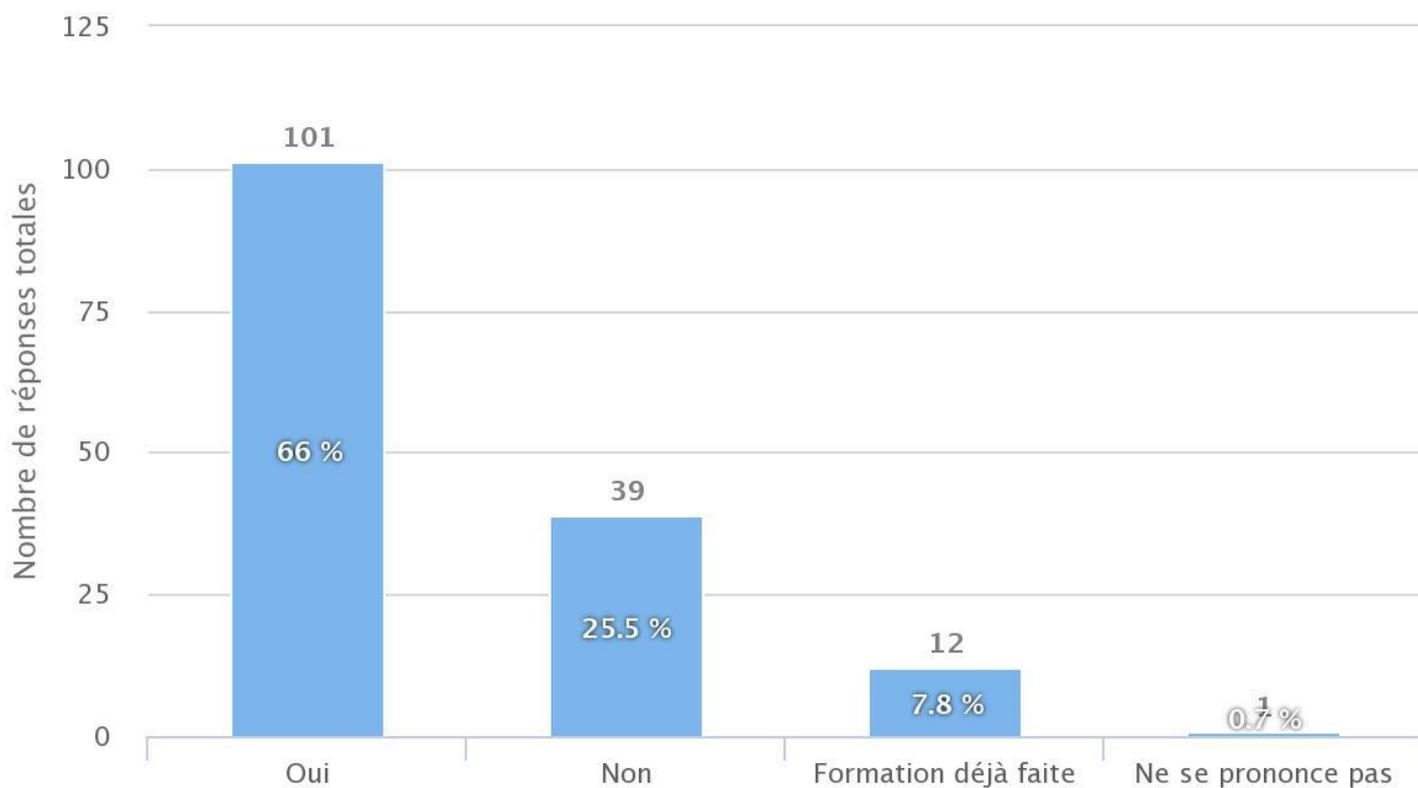


Figure 12 : Motivation pour une formation à l'entretien prénatal parmi les médecins qui connaissent l'EPP

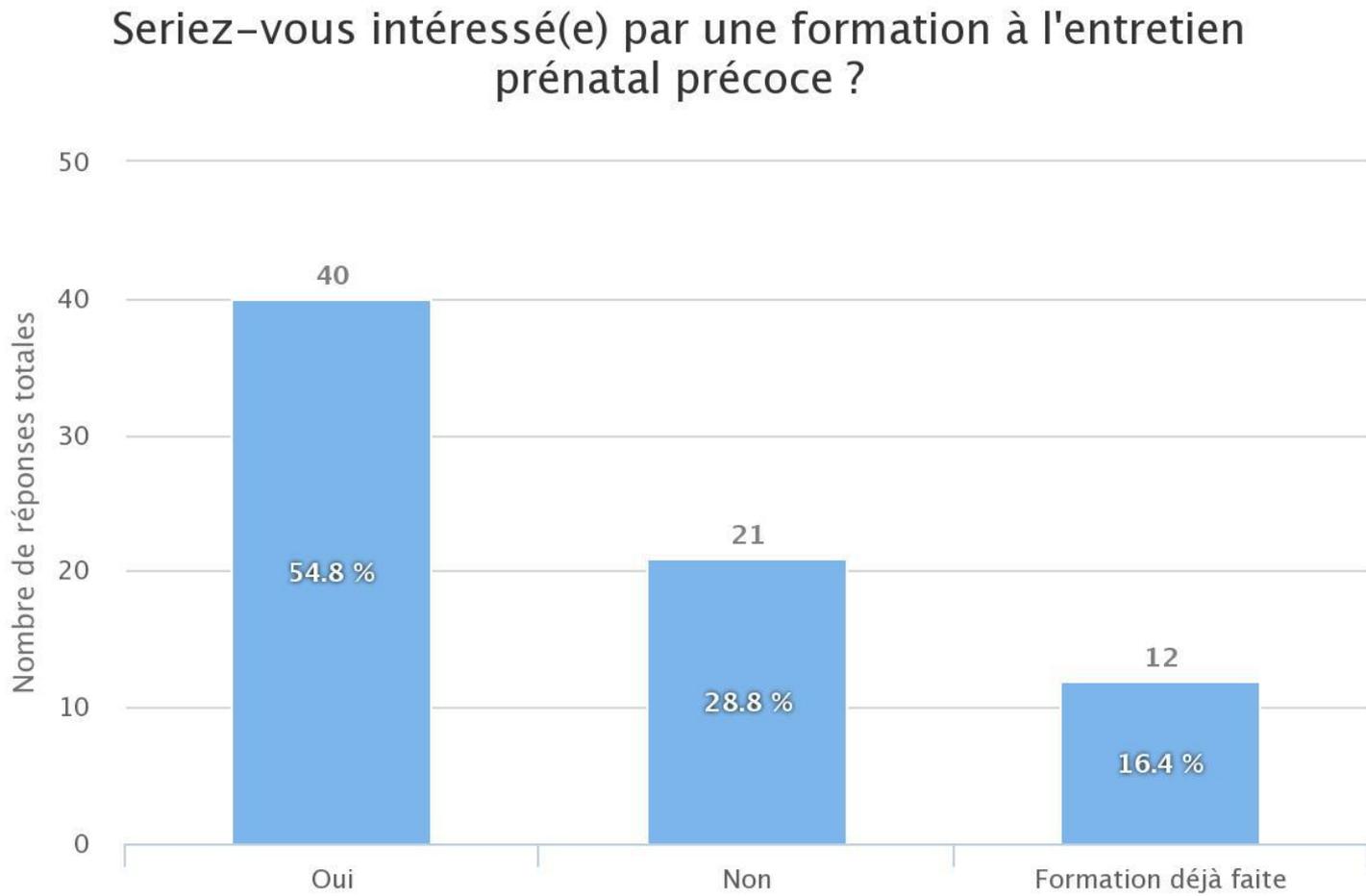
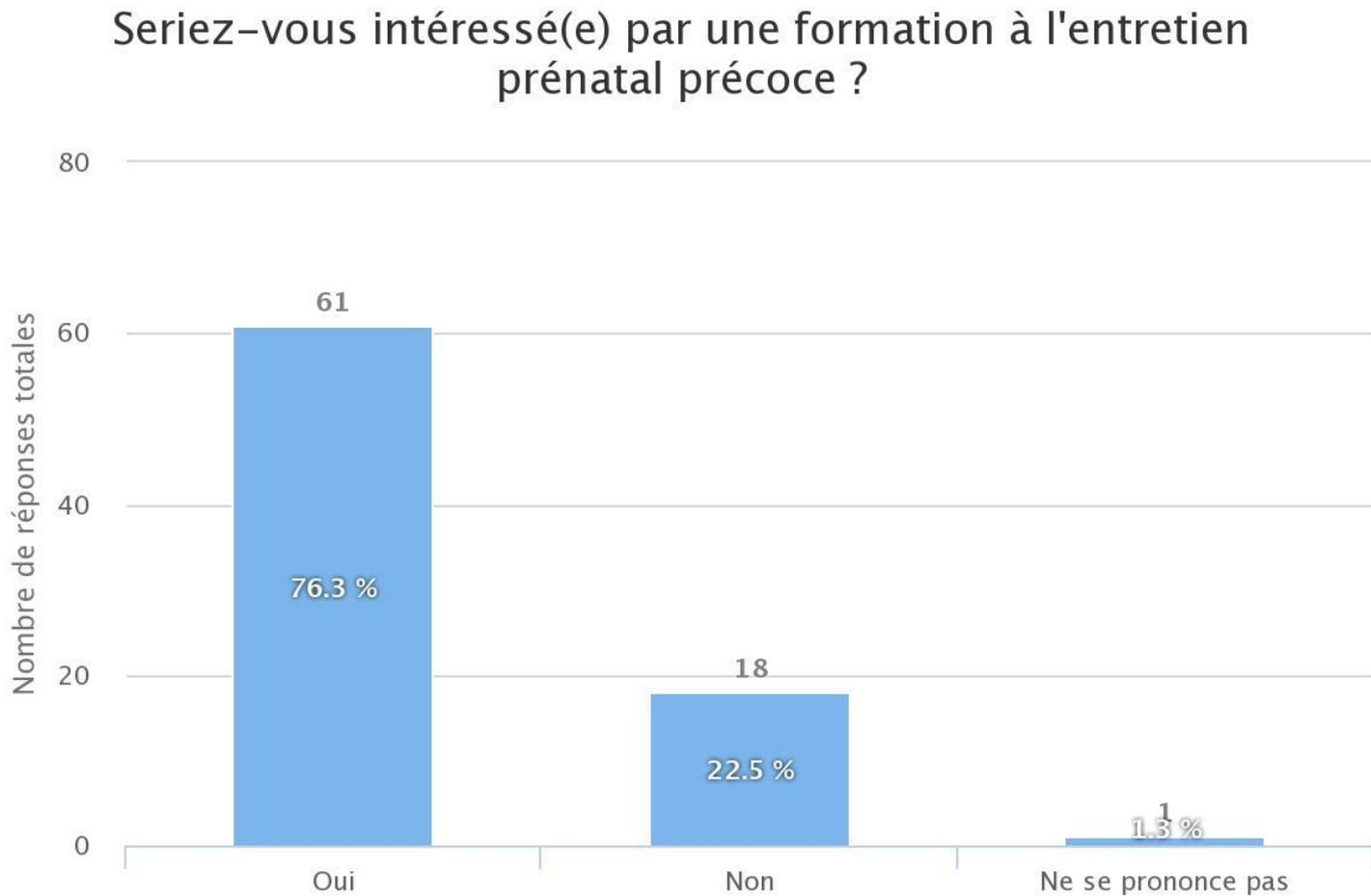


Figure 13 : Motivation pour une formation à l'entretien prénatal précoce parmi les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP



Il n'y a pas de différence significative quant à la motivation pour la formation à l'EPP selon la connaissance préalable ou non de l'outil EPP ($p=0.127$).

8. Motivation pour la réalisation de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même

Figure 14 : Motivation pour pratique de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même

Aimeriez-vous réaliser vous-même l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut ?

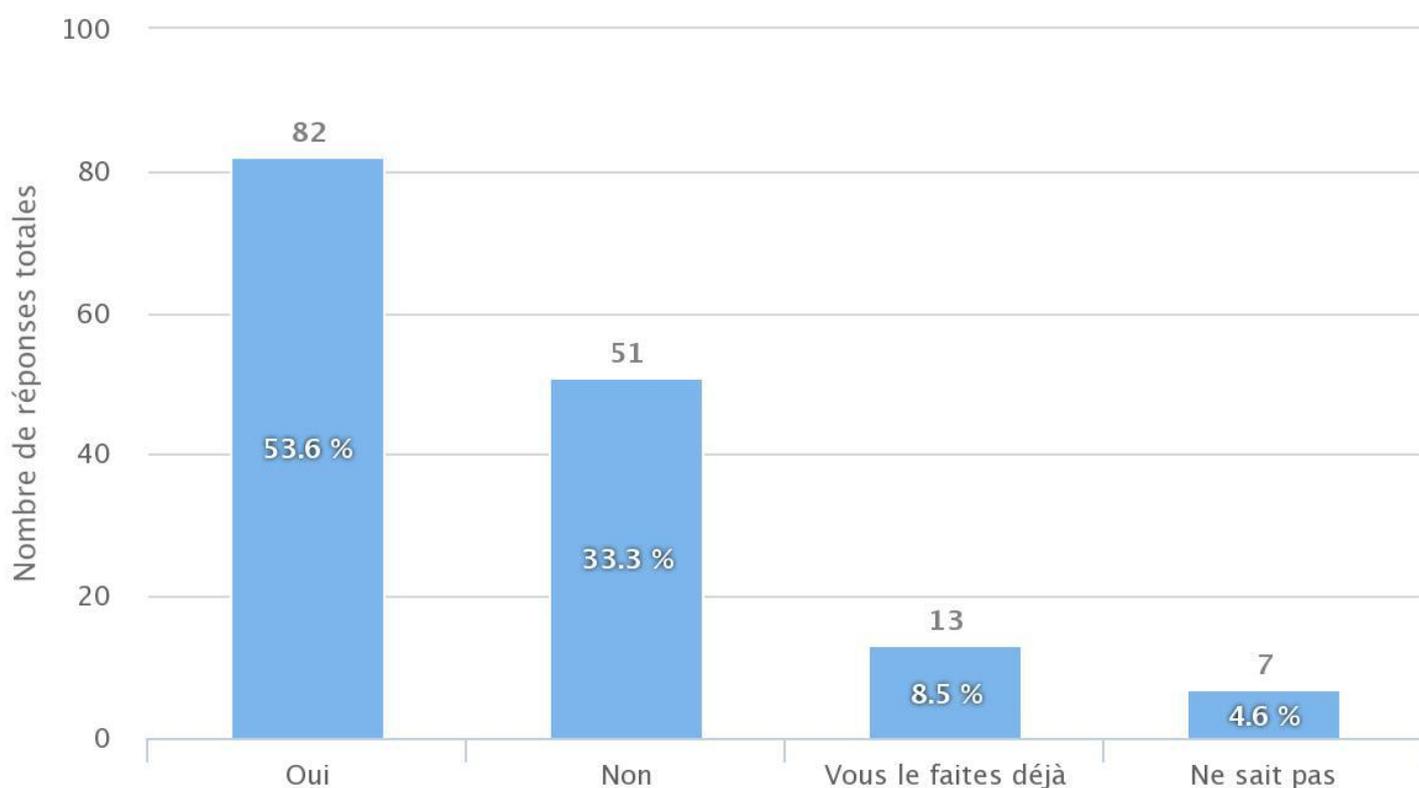


Figure 15 : Motivation pour la pratique de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même, parmi les médecins qui connaissent l'EPP

Aimeriez-vous réaliser vous-même l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut ?

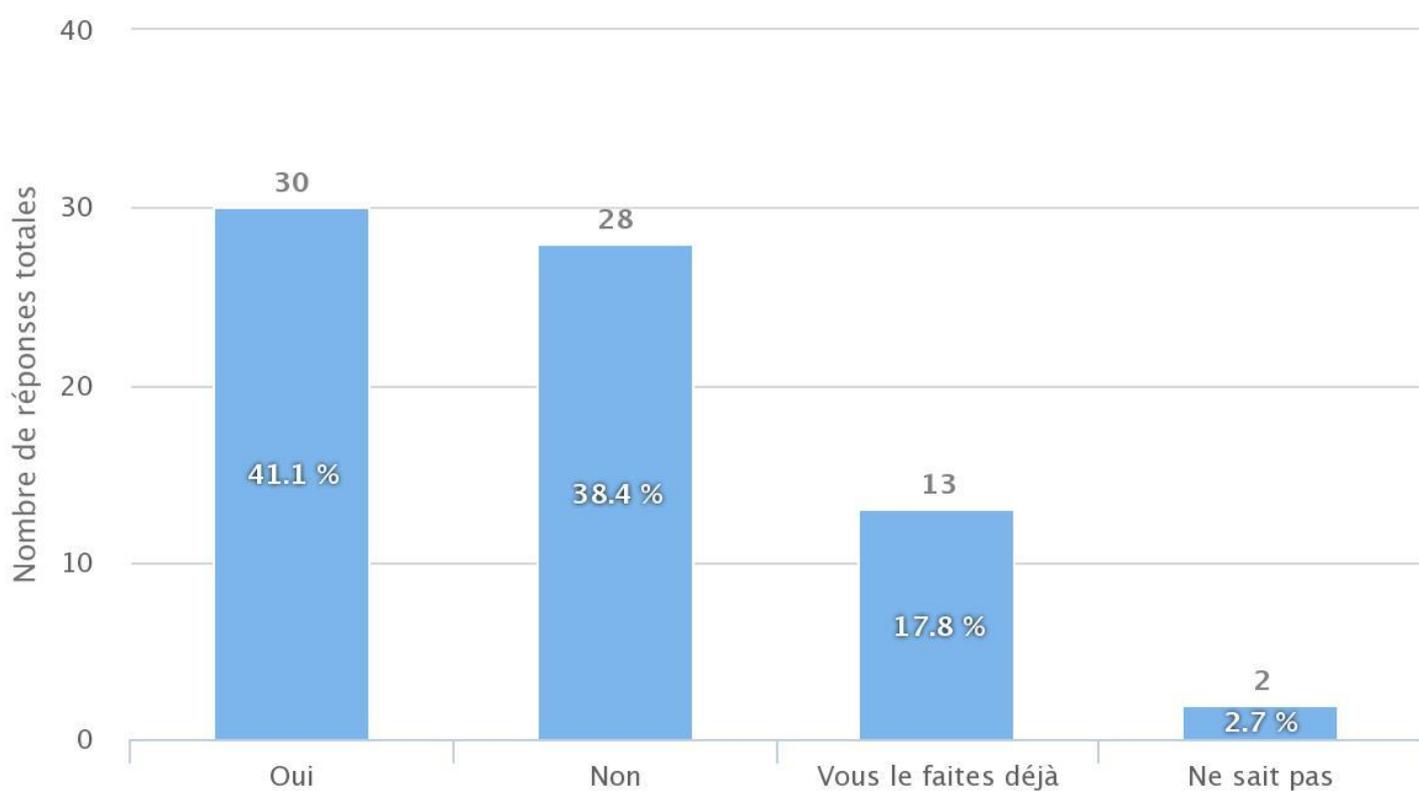
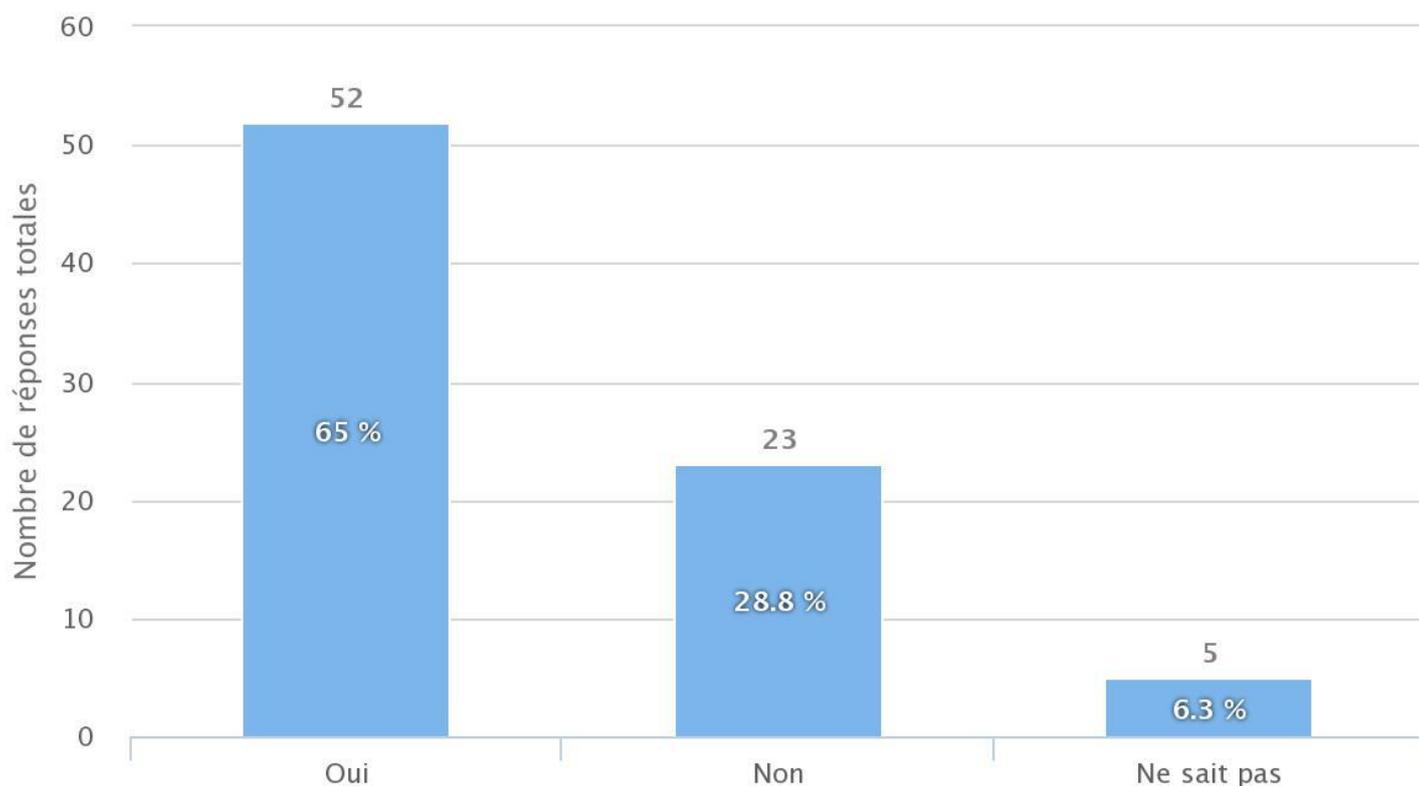


Figure 16 : Motivation à la pratique de l'entretien prénatal précoce par le médecin généraliste lui-même, parmi les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP

Aimeriez-vous réaliser vous-même l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut ?



Il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à la motivation à réaliser soi-même l'EPP selon la connaissance préalable ou non de l'outil EPP ($p > 0.05$).

9. Synthèse des résultats

Tableau 3 : Synthèse des résultats de l'enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes

Questions	Effectifs	Pourcentage
1. Connaissez-vous l'entretien prénatal précoce ?		
Oui	73	47,7 %
Non	80	52,3 %
2. Pensez-vous que l'entretien prénatal précoce a un intérêt ?		
Oui	134	87,6 %
Non	14	9,2 %
NSP	5	3,3 %
3. Pensez-vous que l'entretien prénatal précoce a un intérêt ? (aux médecins connaissant l'EPP)		
Oui	65	89 %
Non	7	9,6 %
NSP	1	1,4 %
4. Pensez-vous que l'entretien prénatal précoce a un intérêt (aux médecins qui ne connaissent pas l'EPP)		
Oui	69	86,3 %
Non	7	8,8 %
NSP	4	5 %
5. Proposez-vous l'entretien prénatal précoce à vos patientes enceintes ? (parmi les médecins connaissant l'EPP)		
Oui	41	56,2 %
Non	27	37 %
NSP	5	6,9 %
Médecins proposant l'EPP parmi l'ensemble des médecins interrogés :		26,8 %
6. Savez-vous à qui adresser précisément pour le réaliser ?		
Oui	40	54,8 %
Non	17	23,3 %
Vous n'avez pas à adresser, vous le faites vous-même	10	13,7 %
NSP	6	8,2 %
7. Sinon, pourquoi ne le réalisez-vous pas ?		
Méconnaissance de l'outil	67	49,3 %
Vous avez l'impression de le faire déjà de façon informelle	40	29,4 %
Vous n'y pensez pas : manque de temps lors des consultations prénatales	18	13,2 %
Vous n'êtes pas convaincu de son intérêt	4	2,9 %
Vous ne savez pas à qui adresser	7	5,2 %

8. Si non, pourquoi ne le proposez-vous pas ? (aux médecins connaissant l'EPP)		
Vous avez l'impression de le faire déjà de façon informelle	18	45 %
Vous n'y pensez pas : manque de temps lors des consultations prénatales	11	27,5 %
Méconnaissance de l'outil	6	15 %
Vous ne savez pas à qui adresser	3	7,5 %
Vous n'êtes pas convaincu de son intérêt	2	5 %
9. Seriez-vous intéressé(e) par une formation à l'entretien prénatal précoce ?		
Oui	101	66 %
Non	39	25,5 %
Formation déjà faite	12	7,8 %
NSP	1	0,7 %
10. Seriez-vous intéressé(e) par une formation à l'entretien prénatal précoce ? (aux médecins connaissant l'EPP)		
Oui	40	54,8 %
Non	21	28,8 %
Formation déjà faite	12	16,4 %
11. Seriez-vous intéressé(e) par une formation à l'entretien prénatal précoce ? (aux médecins ne connaissant pas l'EPP)		
Oui	61	76,3 %
Non	18	22,5 %
NSP	1	1,3 %
12. Aimerez-vous réaliser l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut ?		
Oui	82	53,6 %
Non	51	33,3 %
Vous le faites déjà	13	8,5 %
Ne sait pas	7	4,6 %
13. Aimerez-vous réaliser l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut ? (aux médecins connaissant l'EPP)		
Oui	30	41,1 %
Non	28	38,4 %
Vous le faites déjà	13	17,8 %
Ne sait pas	2	2,7 %
14. Aimerez-vous réaliser l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut ? (aux médecins ne connaissant pas l'EPP)		
Oui	52	65 %
Non	23	28,8 %
Ne sait pas	5	6,3 %

II. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce

1. Présentation de l'enquête

1.1. Réalisation des entretiens

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été conduits entre le 4 Novembre 2014 et le 12 Février 2015. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur mini-disque portable *Sharp*.

La durée moyenne des entretiens est de 20 minutes.

Dix entretiens individuels ont été réalisés. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice du médecin : six dans le cabinet même du généraliste, deux dans le cabinet d'ophtalmologie du centre médical, un dans la salle de détente du cabinet de groupe et un dans la salle de détente d'un autre site d'exercice du médecin généraliste (CIVG). Les entretiens ont eu lieu en fin de matinée ou en début d'après-midi. Un entretien a eu lieu en fin de journée et un autre pendant la pause déjeuner.

1.2. Contact des réseaux et recrutement des médecins généralistes

Les réseaux de périnatalité d'Île-de-France ont été contactés par mail ou par téléphone.

Le réseau périnatal Sud IDF m'a transmis les coordonnées d'une médecin généraliste, la seule formée au sein de leur réseau, qui compte 43 médecins généralistes adhérents. Suite à mon appel, la coordinatrice du réseau a envoyé un mail à tous les médecins du réseau pour les relancer sur l'entretien prénatal précoce. J'ai pu rencontrer rapidement cette première médecin généraliste.

Le réseau périnatal Paris Nord m'a communiqué avec leur accord les coordonnées des cinq médecins généralistes adhérents et formés à l'entretien prénatal. Parmi eux, seules deux ont pu être interviewées. L'une étant ma directrice de thèse, je ne l'ai pas interrogée. Une autre n'a pas pu être contactée directement, enfin la dernière a répondu à mon appel téléphonique mais n'a pu me recevoir, par manque de temps.

Le réseau périnatal 92 Nord a pu m'informer que dix médecins généralistes de leur réseau ont suivi la formation à l'entretien prénatal précoce. J'ai pu rencontrer sept de ces dix médecins. Parmi elles, deux exercent dans le même centre médical et les entretiens ont été réalisés le même jour. Deux autres médecins généralistes exercent dans le même cabinet libéral de groupe. Je n'ai pas réussi à contacter les trois autres médecins.

Au sein du réseau périnatal Val de Marne, quinze médecins généralistes sont adhérents au réseau mais aucun n'est formé à l'entretien prénatal précoce. De même, au sein du réseau périnatal MYPA (Yvelines), aucun médecin généraliste n'est formé à l'entretien prénatal précoce.

Au sein du réseau périnatal du Val d'Oise, une médecin généraliste est formée à l'entretien prénatal mais a changé de lieu d'exercice, je n'ai pas réussi à la contacter.

Au total, j'ai rencontré 10 médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce sur les dix-sept médecins généralistes formés que j'ai pu recenser en Ile-de-France.

1.3. Profil des médecins rencontrés

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins généralistes rencontrés

Médecin Généraliste	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Année d'installation / début d'exercice	Mode d'exercice
1	F	32	92370	2010	Remplacement en cabinet libéral
2	F	64	75010	1985	Cabinet libéral de groupe
3	F	31	92230	2012	Salariée CMS : médecine générale+PMI
4	F	30	92230	2012	Salariée CMS
5	F	61	92390	1987	Cabinet libéral de groupe
6	F	55	92390	1995	Cabinet libéral de groupe + CIVG
7	F	62	75018	1978	Cabinet libéral avec activité de psychothérapie
8	F	42	92700	2008	Cabinet libéral de groupe et enseignante universitaire
9	F	48	92700	1993	Cabinet libéral groupe
10	F	37	92800	2010	Cabinet libéral de groupe Ancienne sage-femme

Médecin Généraliste	Estimation du nombre de suivis de grossesses par an	Année de formation à l'EPP	Nombre d'EPP réalisés	Lieu de l'entretien
1	5 à 10	2014	0	cabinet
2	15 à 20	Non renseigné – récent	10	cabinet
3	Uniquement 1 ^{er} trimestre	2013	0	cabinet ophtalmo
4	100	2013	0	cabinet ophtalmo
5	10	2012	5	salle de détente
6	10 à 15	2012	3	salle de détente du CIVG
7	10	Non renseigné	2	cabinet
8	10	2013	8	cabinet
9	>10	2013	>3	cabinet
10	50	2013	10	cabinet

2. Les thèmes explorés par les entretiens semi-dirigés

- 1- Mode de découverte de l'EPP
- 2- Motivations pour la formation
 - 3- Accès à la formation
 - 4- Avis sur la formation
- 5- La formation est-elle adaptée au médecin généraliste ?
- 6- Proposition de l'EPP : quel est le public visé ?
- 7- A quel terme de la grossesse l'EPP est-il proposé ? A quel terme est-il réalisé ?
- 8- Mode de présentation de l'EPP
- 9- Quel professionnel pour réaliser l'EPP ?
- 10- Retour des EPP réalisés
- 11- Thèmes abordés lors de l'EPP
- 12- Les thèmes sont-ils abordés à l'initiative du couple ou du médecin généraliste ?
- 13- Présence du père et intérêt de sa présence
- 14- Situations de vulnérabilités
- 15- Proposition de prise en charge au décours de l'EPP
- 16- Les difficultés rencontrées face à l'EPP
- 17- Freins à la réalisation de l'EPP
- 18- Point de vue général sur l'EPP
- 19- Les attentes vis-à-vis de l'EPP en Médecine Générale et vis-à-vis du réseau
- 20- Légitimité de la catégorie professionnelle pour la pratique de l'EPP

3. Analyse des entretiens semi-dirigés thème par thème

3.1. Le mode de découverte de l'EPP

Au total, 9 des 10 médecins interrogées ont découvert l'EPP par le réseau périnatal auquel elles sont adhérentes. Elles ne le connaissaient pas avant que le réseau ne leur propose de suivre une formation spécifique. Une seule des dix médecins interrogées était sensibilisée à l'EPP par lecture de la littérature, avant que la formation à l'EPP ne lui soit proposée via le réseau périnatal.

3.2. Les motivations pour la formation

Les motivations à la participation à la formation à l'entretien prénatal précoce qui se dégagent sont :

- le fait d'avoir **une activité à orientation gynécologique et notamment de suivi de grossesse**, ce qui est mis en avant par huit des médecins interrogées ;
- le **besoin de se former**, avancé par quatre médecins ;
- l'envie **d'acquérir / de parfaire la technique de l'entretien en général**, qui est évoquée par deux médecins, et une autre médecin évoque l'application à sa pratique des techniques d'entretien apprises pendant la formation ; cette motivation est évoquée en particulier par les médecins en début d'activité (<5ans) ;
- l'envie de **partager ses expériences** (MG7) ;
- l'occasion d'une **rencontre interprofessionnelle, avec les autres membres du réseau**, mis en avant par deux médecins (MG2 et MG9).

3.3. Accès à la formation

Aucun des médecins interviewées n'a signalé une difficulté d'organisation pour participer à la formation. Les deux médecins ayant une activité salariée ont droit à des journées de formations. Trois médecins libéraux soulignent le fait que la formation était rémunérée, ce qui facilite son accès.

3.4. Avis sur la formation

Les dix médecins interviewées ont un **avis favorable voire très enthousiaste sur la formation à l'entretien prénatal précoce.**

- Les points positifs qui se dégagent sont les suivants :
 - la **formation à l'entretien en général** avec utilisation des techniques d'entretien pour la conduite de l'interrogatoire de façon générale (MG1, MG3, MG4, MG8) ;
 - **l'application de compétences acquises pendant la formation pour le suivi de grossesse** (sans réalisation de l'EPP à proprement parler) (MG1, MG3, MG4), utilisation d'éléments d'EPP au fil des consultations de suivi de grossesse (MG1, MG 4, MG8) ;
 - **la rencontre pluri-disciplinaire** : l'essentiel selon les MG2, MG3, MG5, MG9, pour :
 - apprendre à travailler ensemble, renforcer les liens ;
 - **créer un réseau de professionnels**, identifier ses interlocuteurs potentiels (MG9) ;
 - prendre conscience du rôle de chacun et de sa richesse ;
 - le **partage d'expériences** ;
 - le plus utile, dit la MG2, c'est « **la rencontre avec les partenaires du réseau** ». « Identifier la possibilité du travail avec les sages-femmes, de ré-identifier le travail avec la PMI, [...] avec les assistantes sociales, de ré-identifier le travail aussi avec les maternités. On parlait de l'entretien prénatal, mais en fait les échanges les plus intéressantes, c'était sur comment travailler ensemble. Et quelle est surtout la représentation des uns des autres, et pourquoi nos professions sont étrangères les unes aux autres, et comment on peut re-travailler ensemble. »
 - une réelle **motivation pour réaliser l'EPP** à l'issue de la formation : MG2, MG9.
- Les points « négatifs » sont les suivants :
 - **l'absence des gynécologues à la formation** (MG 4, MG8)
 - les **professionnels rencontrés ne sont pas sur la même zone d'exercice, et donc pas d'amélioration pour l'orientation des patientes** (MG4)
 - une critique de l'EPP qui n'apporterait rien de nouveau après la formation « *ça n'a pas révolutionné les choses* », montrant un certain côté désabusé (MG7).

3.5. Une formation adaptée au médecin généraliste ?

Pour tous les médecins interviewés, la formation à l'EPP était tout à fait adaptée au médecin généraliste.

3.6. Proposition de l'entretien prénatal précoce : quel est le public visé ?

Six des dix médecins interrogés déclarent **proposer l'EPP à toutes les femmes vues pour leur grossesse**. L'une souligne d'ailleurs qu'elle s'est donnée pour règle « *de le proposer à TOUT le monde* », « *de ne surtout pas le réserver à des cas qu'on trouvait un peu complexes* » (MG5).

Une autre médecin a cessé de le proposer (MG10).

Une médecin ne le propose pas car elle estime être déjà dans une attitude d'écoute et « d'esprit EPP » dans sa pratique (MG7).

Enfin, deux des dix médecins interrogées le proposent de façon non systématique.

Les causes de non proposition de l'EPP qui émergent sont :

- la **connaissance de sa patientèle** (MG8, MG10) ;
- le **manque de temps** (MG9, MG10) ;
- l'**impression de le faire de façon informelle au fil du suivi** de grossesse (MG7, MG8, MG10) ;
- la **réticence de la patiente** : par manque de temps ou patiente non convaincue (MG9).

La proposition de l'EPP est alors réservée aux situations particulières :

- en cas de **non connaissance de la patiente** avant le suivi de grossesse (nouvelle patiente), (MG10) ou de non connaissance du conjoint (MG8) ;
- la détection d'une problématique telle une **situation de vulnérabilité** (MG8, MG9).

3.7. A quel terme de la grossesse l'EPP est-il proposé ? A quel terme est-il réalisé ?

Pour deux médecins, l'EPP est présenté **au mieux dès la première consultation de grossesse** à l'occasion de la présentation du déroulement d'un suivi de grossesse (MG1, MG4). Pour deux autres, il est **proposé à la remise des résultats du 1^{er} bilan** (MG3, MG10).

Deux médecins le proposent **en fin de 1^{er} trimestre**. D'autres se montrent plus flous mais déclarent le proposer « *assez tôt* » (MG8).

Sa réalisation se fait en général eu **2^e trimestre (ou fin du 1^{er} trimestre)**. Il est également souligné qu'il est proposé à tout moment dès lors du repérage d'une vulnérabilité ou problématique particulière (MG 8).

Plusieurs médecins soulignent la lourdeur du 1^{er} trimestre en examens médicaux, démarches administratives et la part d'incertitude de l'issue de la grossesse liée au risque de fausse couche, l'attente des résultats de l'échographie du 1^{er} trimestre, du dépistage de la trisomie 21 avant de pouvoir amener cet EPP (MG4, MG5).

3.8. Mode de présentation de l'EPP

Voici les différents modes de présentation de l'EPP par les médecins généralistes interviewés :

MG3 : « *je leur présente rapidement l'entretien prénatal précoce, [...] comme un entretien non obligatoire, accessible à la femme et au couple. Je leur présente comme un moment dédié à une discussion autour de la grossesse où aucun élément médical n'intervient.* »

MG4 : elle utilise la formation pour présenter l'EPP et met en avant de l'occasion d'intégrer le père.

MG5 : elle le présente comme faisant partie intégrante du suivi, comme un moment d'échange et insiste sur la présence du père.

MG6 : elle propose une présentation sous forme écrite : une affiche sur l'EPP en salle d'attente, puis sous forme orale, en conviant le mari, en présentant l'EPP comme un moment pour parler de la grossesse et poser toutes les questions qu'ils souhaitent, « *mais il faut prendre deux consultations, parce que c'est long* ». Elle trouve la présentation de l'EPP difficile.

MG8 : elle le présente comme une consultation à faire avec la femme et le conjoint, « *ça va nous permettre d'aborder des sujets* » « *c'est un entretien qui dure une heure, et ça sera bien qu'on puisse se poser ensemble* ». Elle propose de fixer un temps spécifique : « *je le présente, on va discuter, vous pourrez aborder tous les sujets que vous voulez, toutes les interrogations, toutes les inquiétudes que vous avez, et pour autant je les sens un peu comme si j'allais les juger, alors que j'essaie vraiment pas de le faire passer comme ça.* »

MG9 : « *ça s'appelle l'EPP, c'est une heure consacrée à vous deux, à votre parentalité, à la venue du bébé à préparer.* »

Les idées clefs qui se dégagent dans ces différentes présentations sont donc le fait d'accorder un temps conséquent, un **temps pour les questions**, un temps pour le couple : la femme et le conjoint. La **place du père** est soulignée, c'est une invitation à lui donner sa place. Est également mise en avant la **distance vis-à-vis du médical « pur »**. L'EPP est présenté comme un **temps d'échanges assez libre, autour de la parentalité et de la grossesse**.

3.9. Proposition de l'EPP : quel professionnel pour le réaliser ?

Trois médecins orientent la patiente enceinte vers **un autre professionnel pour réaliser l'EPP** : la MG1 souhaite un point de vue extérieur, un regard neuf et distinct de celui qui suit la grossesse. « *Il faudrait justement l'élargir à quelqu'un d'autre, d'extérieur, pour repartir sur des nouvelles bases, objectives, et du coup cela peut être beaucoup plus intéressant pour la personne, parce que, moi comme je les suis, j'ai déjà émis plein d'éléments là-dedans. J'ai l'impression d'avoir déjà fait le tour des choses importantes pour la patiente, que j'ai essayé de mettre en lumière des points qu'elle avait besoin au cours de toutes les consultations. Donc on n'a pas besoin d'une autre consultation en plus, pour faire ça. Surtout que je leur dis toujours de revenir à l'occasion quand elles veulent* ».

Les deux autres médecins qui orientent d'emblée sont des médecins exerçant en centre de santé, dont la structure n'est pas organisée pour permettre la réalisation de l'EPP (MG3, MG4).

Une autre médecin, juste après la formation, proposait de faire l'entretien avec elle-même puis a modifié sa pratique en orientant vers les sages-femmes de la maternité ou les sages-femmes de ville : « *l'EPP peut être plus adapté à une pratique hospitalière où les femmes qui arrivent sont inconnues de l'équipe, c'est « l'occasion de faire connaissance »*.

L'EPP est ainsi un **outil qui permet de faire le relai vers la suite de la prise en charge avec le nouvel intervenant** (MG2, MG4, MG10).

Trois médecins des dix médecins interrogées **réalisent elles-mêmes l'entretien pour les femmes dont elles suivent la grossesse** (MG5, MG6, MG9). Parmi elles, une s'interroge sur l'intérêt d'adresser dans les situations compliquées.

La MG9 le réalise en général elle-même, ou oriente en cas de manque de temps.

Enfin, la MG10 laisse le choix à la patiente de réaliser l'EPP ou d'orienter vers une sage-femme qui pourra éventuellement enchaîner avec la préparation à l'accouchement, ou le suivi de grossesse.

3.10. Retours des EPP réalisés

Parmi les dix médecins interrogées, **aucune n'a eu de retour écrit d'EPP réalisé lorsqu'elle avait adressé pour**. Seules deux médecins ont eu un retour oral de la part de leurs patientes. Elles étaient très enthousiastes.

La plupart regrette cette absence de retour, notamment car la fiche de synthèse pourrait être une aide pour la suite du suivi de grossesse : *« si on me signalisait en particulier sur cette fiche de retour, une petite chose à prendre en compte sur le plan psychologique ou autre, ça me permettrait plus facilement de rebondir plus ou moins discrètement à la consultation suivante sur ça alors que sinon, il faut que j'attende d'avoir l'opportunité que la patiente me présente d'elle-même ses besoins. »* (MG1)

La MG2 propose de réfléchir à un mode de retour différent, *« plus simple »*.

3.11. Thèmes abordés lors de l'EPP

Cinq médecins m'ont détaillé les thèmes abordés lors des EPP qu'ils ont pu pratiquer.

Les questions autour de l'accouchement reviennent systématiquement, **les questions sociales sont évoquées mais souvent ont été abordées plus précocément**. *« Voir s'il y a ce qu'il faut »* dit la MG6, témoignant bien de **la préoccupation des conditions sociales de ses patientes**.

La MG 8 détaille bien les thèmes abordés : *« antécédents des parents, vécu de l'enfance, désir de parentalité, grossesses précédentes, déroulement ; vécu des grossesses précédentes, se renseigne sur les enfants précédents, le lien de parentalité avec les enfants précédents, le suivi par quel médecin traitant, évaluation de la situation professionnelle, les projets de congés de vie commune, le projet de parentalité par rapport à cet enfant, le projet d'allaitement, la prise en charge du bébé, le mode de garde. Je pars de l'histoire du couple et vais vers l'histoire du bébé, je vais plus loin que l'accouchement, j'anticipe sur « après la naissance »*.

3.12. Les thèmes sont-ils abordés à l'initiative du médecin ou du couple ?

Lorsque l'EPP est réalisé, les thèmes sont **en général abordés à l'initiative du médecin généraliste** (MG2, MG5, MG8). Les questions du couple suivent dans un second temps, sauf lors de questions déjà exprimées par le couple (MG9, MG10) mais cela semble plus rare (MG2, MG5), alors le médecin y répond puis rebondit en élargissant à d'autres thèmes.

3.13. Présence du père et intérêt de sa présence

La **présence du père lors des consultations de grossesse est rare** (MG1, MG3, MG4, MG5).

Pour d'autres, le père se fait **de plus en plus présent lors des consultations de grossesse** : (MG2, MG7 et MG10).

Toutes sont convaincues de l'intérêt de la présence du père lors du suivi ainsi que lors de l'EPP.

L'EPP est vu comme **une occasion privilégiée de donner une place au père** : MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG8, MG9.

Deux médecins évoquent une **difficulté dans l'EPP dans l'approche du père**, bien qu'elles soient tout à fait convaincues de l'intérêt de sa présence : les MG2 et MG8 qui remettent en cause leur façon de faire.

La MG8 craint qu'ils se sentent jugés, surtout le père qui se sent parfois « convoqué », le fait qu'il doit aménager son temps pour venir peut être perçu pour lui comme une contrainte.

3.14. Situation de vulnérabilité

L'EPP permet-il l'émergence de vulnérabilités méconnues ? Est-il l'occasion d'en parler dans de meilleures conditions ?

Parmi les sept médecins ayant expérimenté l'EPP, cinq médecins déclarent que **l'EPP n'a pas fait émergé des vulnérabilités méconnues** (MG2, MG5, MG6, MG8, MG10). Quatre des cinq médecins le justifient par le fait que **les situations de vulnérabilité ont été dépistées de façon préalable** : « *les vulnérabilités étaient déjà connues, les questions de logement, violence, du social, ont été posées quoiqu'il arrive, sur n'importe quel suivi* » (MG5).

Pour deux médecins ayant réalisé des EPP, il y a eu **émergence de vulnérabilité** : à la nuance près que pour l'une, les patientes n'étaient pas connues au préalable du médecin, elles lui ont été adressées pour réalisation de l'EPP, ce qui constitue un biais de sélection (MG7). Pour la seconde, il y a eu évocation d'une histoire familiale douloureuse, notamment d'un décès d'un frère dans l'enfance, jamais évoqué auparavant, ainsi qu'un désir d'arrêt de grossesse au 5^e mois (MG9). Elle amène ainsi l'idée suivante : « *quand on le fait de façon systématique, on voit ressortir des problématiques qui n'étaient pas apparues* ».

MG 8 : « *moi ça me révèle des choses et ça m'apprend plein de choses sur les gens* », Alors l'EPP est-il l'occasion d'en parler dans de meilleures conditions? Pour la MG8, « *oui, par exemple dans le cas d'un vécu douloureux en post-partum, lors de la grossesse suivante, on est d'autant plus vigilant et l'EPP avait toute sa place.* »

La MG10 est plus nuancée : « *c'est plus qu'on a repointé les choses qui étaient douloureuses.* » L'EPP comme occasion d'évoquer les problématiques connues ? Son avis est plus partagé : oui mais « *je l'aurais fait spontanément* ».

La MG7 est d'accord sur le fait que la structure est adaptée : « *oui toujours bien de donner l'occasion d'exprimer les choses* ».

L'EPP comme meilleure occasion d'évoquer des problématiques : la plupart sont d'accord avec cette idée (MG1, MG5, MG7, MG8, MG10) mais émettent **quelques limites** :

- pour les situations où le rendez-vous pour l'EPP n'a pas été honoré (MG5);
- avec l'idée que le médecin généraliste aurait donné spontanément un temps pour évoquer les choses qui posent problème (MG10) ;
- le témoignage de la MG8 est intéressant : « *ça m'a fait ouvrir les yeux sur certains trucs, mais sans que ça ait transformé mon suivi de grossesse et mon suivi de cette femme : je la connais un peu mieux.* »

3.15. Y-a-t-il eu une proposition de prise en charge au décours de l'EPP ?

Trois médecins déclarent avoir **orienté vers un autre professionnel au cours de la grossesse, mais pas spécifiquement suite à un EPP** (MG2, MG7, MG10).

Une médecin détaille ses orientations au cours du suivi de grossesse ou suite à un EPP (MG5) : sage-femme de PMI, assistante sociale, espace santé jeunes, conseillère conjugale, et elle déplore l'absence d'interlocuteurs pour les problématiques de logement (MG5).

La MG8 détaille ses orientations vers un professionnel, mais qui ne sont pas forcément en réaction à un EPP réalisé : transmission d'informations à la maternité, consulter l'avis d'un psychiatre, orientation vers une assistante sociale, une TISF.

Une médecin qui a dépisté une vulnérabilité lors d'un EPP a orienté vers une prise en charge psychologique ou psychiatrique (MG9). Pour l'orientation psychiatrique, elle a remis la plaquette de psychiatres spécifiques pour la grossesse, qui a été diffusée à la formation, et a contacté le psychiatre pour signaler l'orientation de sa patiente.

La plupart utilise **son carnet d'adresse personnel** pour les orientations vers un autre professionnel (MG5, MG7, MG8, MG10).

La MG2 utilise **le réseau périnatal pour adresser ses patientes auprès de sages-femmes qu'elle a connues grâce au réseau.**

3.16. Les difficultés rencontrées face à l'EPP

Parmi les dix médecins interrogés, trois **n'ont jamais réalisé d'EPP** (MG1, MG3, MG4).

Pour les MG3 et MG4, la réalisation de l'EPP n'est pas possible en raison de **contraintes liées à la structure d'exercice.**

Dans sa pratique actuelle de suivi de grossesse, la MG1 a l'impression de faire l'entretien prénatal précoce de façon informelle et préfère ainsi que l'EPP soit fait par un intervenant extérieur, « *pour partir sur de nouvelles bases, objectives* ». Elle a conscience de mettre un peu d'EPP dans chaque consultation, mais le propose tout de même avec quelqu'un d'autre.

En effet, pour les médecins généralistes interrogées suivant des patientes pour leur grossesse, **toutes s'efforcent d'être à l'écoute, à la recherche de problématiques autres que médicales.** En ce sens, **elles font de l'EPP de façon informelle, au fur et à mesure des consultations de suivi,** ce qui est cité par les MG1, MG2, MG6, MG7, MG8, MG10. Avant l'arrivée de l'EPP, elles étaient

déjà dans une **attitude d'écoute** (MG8), déjà « *dans l'esprit EPP* » dans leur pratique habituelle (MG10).

Ainsi **l'intégration de l'EPP dans la pratique de médecine générale est difficile** : « *Le recadrer dans notre exercice n'est pas forcément simple* » (MG2). « *C'est tellement présent déjà dès le début, dans ma pratique à moi, que la proposition d'un temps comme ça, n'est pas toujours évidente à mettre en œuvre* ». En cas de contrainte de temps, « *je vais peut-être laisser ce temps-là à la sage-femme, cela permettra de faire connaissance et qu'il y ait un transfert qui se fasse, des problématiques. Je laisse cet espace-là à l'équipe qui va l'accoucher, qui a besoin aussi, de faire connaissance de cette femme.* » D'ailleurs, son avis est partagé sur les entretiens réalisés :

« *J'ai souvent senti que ça tombait « flop » à plat. Il y a quelque chose qui perturbait la relation que j'avais avec les patients* ». Ceci traduit le caractère un peu « artificiel » de l'entretien pour le généraliste, par son cadre. Son contenu se retrouve déjà dans les consultations des médecins généralistes et de façon plus spontanée, où le médecin se sent plus à l'aise.

Quatre des médecins interrogés ressentent des **difficultés dans la présentation de l'EPP** (MG3, MG4, MG6, MG8). Elles remettent en cause la façon dont elles ont présenté l'EPP, par exemple suite à des rendez-vous d'EPP non honorés (MG5). Pour le médecin généraliste, il est difficile de faire l'entretien prénatal dans une consultation dédiée et de le faire AVEC le père (MG6).

Avec le temps écoulé depuis la formation, les MG3 et MG5 constatent prêter moins attention à l'EPP, à avoir moins de rigueur dans sa présentation (MG3). Pour la conduite de l'entretien, il y a le risque de « *perdre l'habitude si on ne le fait pas* » (MG5).

Une autre difficulté commune qui est citée à plusieurs reprises par les médecins interrogés, c'est **le positionnement du médecin généraliste dans l'EPP, qui est différent de sa pratique habituelle**. Il peut être difficile à accepter par le patient, mais aussi pour le médecin, certaines ne se disent pas à l'aise (MG2, MG4). Il y a la peur que les patients se sentent jugés, les pères « convoqués », plus que simplement « conviés » (MG 8). Le risque d'être trop intrusive est cité une fois (MG2) pour l'EPP d'un couple qu'elle n'a pas revu par la suite. La MG1 souligne que ce qui motive la consultation du médecin généraliste, ce sont souvent des motifs d'ordre médical, du moins au premier abord. « *Elles viennent toujours pour de la consultation formelle des suivis des grossesses, soit pour de petits points intercurrents* ». Les motifs de consultation chez le généraliste sont spontanés et plutôt d'orientation somatique. Elle fait la remarque que les patientes ne viennent pas voir leur généraliste spécialement, juste pour parler, il y a toujours un petit problème à régler : « *malheureusement ce n'est pas dans les mentalités, mais ça serait bien*

qu'à l'avenir cette idée vienne un peu plus, et que les patientes viennent juste pour voir, pour discuter, et qu'à ce moment-là, elles soient ouvertes à cet entretien vrai, mais pour l'instant elles viennent pour un problème, donc on règle le problème, elles sont focalisées là-dessus et accessoirement on ouvre vers autre chose. Mais ça serait bien qu'il y ait un temps vraiment pour ça. Du coup, je me dis si c'est pas avec moi parce que je m'occupe d'un problème, ça sera avec la personne vers qui je l'ai adressé, la sage-femme parce que c'est elles que je connais à côté, mais ça pourrait être d'autres médecins généralistes mais j'en connais pas ou des psychologues. Donc voilà j'envoie à qui de droit, mais c'est dommage que je puisse pas avoir les moyens, le temps etc... »

« Est-ce que c'est parce que j'ai repris des éléments de l'entretien sans le faire exprès ? Mais comme je pense qu'une consultation, ma petite particularité d'être médecin généraliste avant d'être celui qui suit la grossesse, c'est qu'en plus de la grossesse, je connais un peu le contexte familial. Mes consultations, elles dérivent toujours vers de la médecine générale. On parle de la grossesse mais en fait de tout, et en effet de toutes les vulnérabilités sociales, financières, familiales, et médicale, ça ressort. »

Elle admet qu'il y a un manque de temps lors d'une simple consultation mais n'hésite pas à re-proposer une consultation *« un peu plus axée sur leur problème »*.

Et pourtant, cette problématique de positionnement peut paraître paradoxale puisque **le médecin généraliste a une relation privilégiée avec ses patients, qui se sentent en confiance pour se confier.** *« Dans la pratique de médecine générale, les patients sont tout de même beaucoup plus dans la proximité et beaucoup plus libres de leur parole. Des fois on entend, « vous êtes mon docteur, je vais vous dire ça ». Les gens savent qu'il y a beaucoup de choses qu'ils peuvent dire à leur médecin, qu'ils ne diraient pas ailleurs, au médecin spécialiste. Il y a une relation intime avec le médecin généraliste. Les gens se confient. Et c'est singulièrement le médecin généraliste. » (MG2)*

Les **difficultés logistiques** sont également citées : lourdeur dans la **cotation**, dysfonctionnement dans cette cotation (MG7, MG9), malaise pour coter spécifiquement cette consultation alors que les consultations de grossesse sont également habituellement longues (MG10). Est citée également **la difficulté à rédiger la fiche de synthèse** (MG6).

3.17. Les freins à la réalisation de l'EPP

- Du côté du médecin généraliste :

- le **manque de temps**, frein essentiel à la réalisation de l'EPP par les médecins généralistes (MG 3, MG4, MG9, MG10) :

- « *cela diminuerait l'accès aux soins pour les autres patients* » (MG3) ;

- « *objectif d'accès aux soins pour le plus grand nombre* » (MG4) ;

- le principal frein « *c'est le temps, le nerf de la guerre* », « *en l'état actuel de notre médecine, c'est vraiment impossible, on est pressé de toute part, tout le temps* » (MG9) ;

- « *45 minutes d'affilée, c'est trop long* » (MG10).

- **l'impression de le faire de façon informelle** au fil des consultations (tous) :

- « *c'est déjà fait globalement dans d'autres consultations* », « *je fais plus de consultations de grossesses que prévu, et donc autant d'occasions de revoir les dames et d'aborder les éléments psychiques, d'orienter vers un psychologue* ». « *il y a déjà, vraiment des temps où on laisse s'exprimer les choses* » (MG2).

- **la volonté de ne pas multiplier les intervenants** (MG 7) ;

- la volonté d'**un intervenant extérieur** pour faire émerger des choses nouvelles (MG1) ;

- la bonne **connaissance des patientes** (MG1, MG8, MG10), préalable au suivi de grossesse :

- « *je me suis aperçue, comme ma patientèle, elle est complètement installée, fixe, que les patients, moi je les connais déjà bien* » (MG10) ;

- le **positionnement différent du médecin généraliste** (consultation non médicale) par rapport au patient (MG 1, MG2) ;

- la méconnaissance par les autres professionnels que tel médecin généraliste peut faire des EPP : ils pourraient lui adresser des patientes (MG1).

- Du côté des patients :

- la **perception particulière du médecin généraliste par le patient** : le médecin généraliste ne serait pas identifié par la patiente comme un professionnel qu'elle peut consulter pour des motifs

moins médicaux et pourtant le médecin généraliste, au cours de consultations pour motif somatique va lui-même aborder tout le côté non médical (MG1) ;

- la **réticence des patientes** (MG9) : en effet, à l'inverse, du fait de sa relation particulière avec son médecin généraliste, la patiente se confie au fil de ses consultations et ne perçoit pas la nécessité d'une consultation dédiée si elle a déjà établi une relation rapprochée avec son médecin traitant ;

- le **manque de temps des patientes** (MG6, MG9) ;

- la **multiplication des intervenants** (MG9).

- Du côté des structures :

- l'absence de mise en place au sein des CMS : les contraintes de la structure d'exercice sont un frein pour les MG3 et MG4. La mise en place de l'EPP est à promouvoir au niveau de la direction du CMS. Il y a un frein budgétaire et un frein lié au manque de médecins formés sur la structure, notamment ceux ayant une activité gynécologique ;

- l'exemple d'une maternité qui a refusé la proposition d'un médecin généraliste motivée à la réalisation d'EPP dans la structure (MG1).

3.18. Le point de vue général sur l'EPP

Tous les médecins interrogés s'accordent à dire que l'EPP a un réel intérêt.

L'EPP est **l'occasion d'intégrer le père au suivi de grossesse, de lui donner une place**. Cette idée est défendue par la majorité des médecins interrogés : MG3, MG4 « *réel intérêt de l'EPP, intégrer le père au suivi de grossesse* », MG5, MG6, MG8 « *le but c'est qu'il y ait le papa* », MG9. Pour la MG7 et la MG10, les pères viennent déjà de plus en plus aux consultations prénatales.

3.19. Les attentes

- Les attentes vis-à-vis du réseau sont nombreuses :

Elles sont axées sur la **communication**, les médecins généralistes attendent des réseaux « *plus de communication* », mais aussi de :

- **aider davantage à mettre en contact les professionnels ; leur indiquer mieux les professionnels acteurs de l'EPP pour les orientations ;**
- **favoriser davantage les rencontres entre professionnels** (MG1, MG4, MG5, MG8), « *aider à mieux se connaître entre professionnels* » (MG5) ;
- **valoriser le travail au sein du réseau** : une **reconnaissance par une indemnisation** « *il est important de valoriser le temps passé en terme d'indemnisation* » (MG2) ; **rémunérer les formations** (MG9) ;
- **promouvoir les réunions inter professionnelles** (sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, maternité, etc) et ainsi les rencontres entre professionnels via le **réseau** (MG2, 9) ;
- une autre attente vis-à-vis du réseau : **refaire une formation** pour l'EPP « *pour re-stimuler les généralistes*», « *un rappel* », « *une formation de reprise en main* » (MG5), une « *seconde touche de temps en temps* », « *pour rappeler un peu l'entretien* », « *une synthèse* » (MG8) ;
- **diffuser la formation à l'EPP au plus grand nombre** (MG2, MG3, MG5, MG8) : car « *c'est un temps de rencontre et de réflexion sur l'interprofessionnalité* » (MG2), présenter l'EPP dans la Formation Médicale Continue (MG8) « *pour faire connaître l'EPP* » ;
- **avoir plus de retours des EPP réalisés** (MG4), indispensables et encore plus pour les situations compliquées (MG1, MG6) ;
- disposer d'**un outil pratique pour présenter l'EPP** : « *exemple d'un flyer pour présenter l'EPP, pour le faire rentrer dans le discours, le dire aux femmes pour activer le bouche-à-oreilles au sein de la communauté des femmes* » (MG4) ;
- attente d'un **document sur l'EPP adapté au territoire d'exercice** (MG4) ;
- favoriser la **possibilité d'avoir des femmes enceintes adressées spécifiquement pour l'EPP par le réseau**, même si le suivi est assuré par un autre médecin, ce qui pose la question d'un point de vue extérieur qui ne connaît pas la patiente (MG5, MG1).

- Les autres attentes sont de :

- **faciliter la cotation, la télétransmission** (MG7, MG9) ;

- **favoriser l'écoute chez tout professionnel de santé (MG7) ;**
- réaliser des EPP pour des patientes que d'autres professionnels comme par exemple de confrères médecins généralistes le leur adresseraient (MG1) ;
- pratiquer l'EPP au sein de structure hospitalière par le médecin généraliste mais réticence actuelle « *pas de place pour moi pour l'instant* » (MG1) ;
- revaloriser la consultation de grossesse (consultation longue de souvent 45 minutes) (MG2) ;
- que les médecins généralistes parlent de l'EPP à leurs patientes (MG4) ;
- une attente spécifique des MG3 et MG4 : la présentation de l'EPP par des acteurs de l'EPP à la direction médicale pour sa mise en place au sein de la structure de soin ;
- **officialiser l'EPP (MG8, MG9) :**
 - MG8 : « *L'EPP devrait être dans le programme de suivi de grossesse présenté par la sécu, au même titre que les consultations, les échographies* » promu au même rang que les autres étapes obligatoires : **officialiser l'EPP dans le courrier adressé par la sécurité sociale aux femmes qui viennent de déclarer leur grossesse ;**
 - MG9 : **intégrer l'EPP au calendrier obligatoire de la grossesse**, ne pas le présenter comme facultatif, au bon vouloir du médecin qui suit la grossesse, « *le mettre au même plan que les examens obligatoires du suivi de la grossesse* ».

Au total, selon ces deux médecins généralistes, **l'EPP devrait être obligatoirement et systématiquement proposé, or il y a un risque d'oubli par le médecin généraliste, d'où l'intérêt de l'intégrer de façon systématique dans le suivi de grossesse.**

- propositions pour une meilleure faisabilité : « *organiser des petits groupes pour l'EPP, ça pourrait tout à fait être collectif* », « *après ça pourrait faire surgir des problématiques qui après seraient reprises individuellement pour des gens qui en ressentiraient le besoin* » (MG9) ;
- la MG 10 mise ses attentes sur **l'entretien post natal**, elle voudrait officialiser « *une visite en post natal, à différencier de la consultation du post-partum orienté gynéco contraception et pas du tout psy* ». Elle souligne le manque de suivi de la femme après la naissance, or c'est une période de fragilité. « *Les femmes ont plus de vigilance des femmes sur leur santé pendant la grossesse qu'après* ».

3.20. Légitimité de la catégorie professionnelle pour la pratique de l'EPP

Deux des médecins interrogées (MG2 et MG4) **privilégient la place de la sage-femme pour la réalisation de l'EPP** : « *je pense que la sage-femme dans la préparation à l'accouchement est perçue plus légitimement, pour ce temps d'écoute.* » (MG2) ; les sages-femmes sont « *identifiées comme étant les professionnelles d'un moment* », la sage-femme, « *elle y prend toute son ampleur* » (MG4).

Le médecin généraliste est également légitime pour les médecins interrogés : « *médecins généralistes et sages-femmes ont l'avantage d'avoir une teinte moins médicale* » (MG4).

Pour la MG3, le gynécologue n'est pas identifié comme l'acteur « *à qui on a envie de livrer des choses* ». Le médecin généraliste a « *une position particulière puisqu'il connaît la femme avant sa grossesse et quelques-unes de ses problématiques* », mais elle trouve intéressant d'avoir un temps dédié.

Pour le suivi en médecine générale, même si l'EPP n'est pas fait, il est fait de « *façon segmentée* ». « *Pour les généralistes, c'est peut-être une particularité qui fait que ce qu'on apporte par l'EPP, on l'apporte de manière un peu fragmentée. Finalement, les femmes, elles ont quand même ce moment de parole et de liberté d'aborder des sujets un peu moins médicaux.* » (MG3)

La relation particulière que le médecin généraliste a avec son patient est considéré ici comme positive pour l'EPP et légitime le médecin généraliste.

Les réticences pour les gynécologues qui sont avancées sont les suivantes : « *très très médicaux* », plus centrés sur la grossesse, mais « *cela peut être un outil pour justement brouiller un peu les frontières* » (MG4).

La légitimité pour les médecins généralistes est soulignée : pour le médecin généraliste, « *les motifs de consultations ne sont pas que médicaux, et même pas que psychologiques, parfois ils sont émotionnels, familiaux, sociaux* », « *ce sont des partenaires à frontière plus floue* » (MG4). « *Les généralistes ont une légitimité supplémentaire pour avoir les pères, qui sont plus à l'aise* » (MG4). La MG8 dit également que le médecin généraliste a toute sa place : il a la particularité « *d'être près de cette patiente au niveau médical, psychologique et social* ».

La nuance est l'absence de formation sur l'EPP des médecins généralistes et des internes dans leur formation initiale sur l'EPP, qui est soulignée par la MG4.

Enfin, nombre des médecins interrogées (MG4, MG5, MG6, MG8, MG9) affirment que **tous sont aussi légitimes, sans distinction, pour réaliser l'EPP, que ce soit médecin généraliste, sage-femme, gynécologue**. La MG5 dit qu'on est « *tous à même de traiter un sujet médico-psychosocial* », « *chacun a sa place, comme pour le suivi de grossesse* ». La condition est « *la motivation des professionnels pour l'écoute* » (MG7, MG9) et de **suivre la formation**. La MG8 ajoute que la formation s'adresse à tous, y compris aux gynécologues-obstétriciens.

4. Synthèse des résultats

Tableau 5 : Synthèse des résultats de l'enquête qualitative

Thèmes/Questions	Idées-clefs	Verbatim & médecins généralistes ayant émis l'idée-clef
Découverte de l'EPP	Par proposition de formation par réseau périnatalité Ou lecture de la littérature	MG1, MG2, MG3, MG4, MG6, MG7, MG8, MG9, MG10 MG5
Motivations formation	Activité de gynécologie obstétrique Découverte de l'outil « EPP » Intérêt pour les formations Apprentissage des techniques de l'entretien Partage d'expériences Occasion d'une rencontre inter-professionnelle	MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG8, MG9, MG10 MG1, MG3, MG4 MG2
Accès formation	Simple Formation rémunérée	Toutes
Avis formation	Très favorable	Toutes
Formation adaptée aux généralistes ?	Adaptée Rencontre pluridisciplinaire	Toutes
Public visé par EPP	Toutes les femmes enceintes Patiente non connue du médecin généraliste Conjoint non connu du médecin généraliste Découverte d'une vulnérabilité	MG5 « le proposer à tout le monde », « ne surtout pas le réserver aux cas qu'on trouvait un peu complexes » MG8, MG10 MG8 MG8, MG9
Causes de non proposition	Connaissance de la patientèle Manque de temps Impression de le faire de façon informelle	
Proposition et réalisation EPP : quel terme ?	Proposition : 1 ^{ère} consultation ou à la remise des résultats du 1 ^{er} bilan, fin 1 ^{er} trimestre Réalisation fin 1 ^{er} trimestre début 2 ^e trimestre puis sans limite de date	

Mode de présentation EPP	Variable : orale ou écrite : affiche Donner un temps pour les questions Temps d'échange autour de la parentalité et de la grossesse Insistance sur la venue du père	MG3 « je leur présente comme un entretien non obligatoire, accessible à la femme et au couple, (...) comme un moment dédié à une discussion autour de la grossesse où aucun élément médical n'intervient. » MG9 « ça s'appelle l'EPP, c'est une heure consacrée à vous deux, à votre parentalité, à la venue du bébé à préparer. »
Professionnel réalisant EPP	Médecin généraliste lui-même Aucun si suivi par médecin traitant Sage-femme libérale ou sage-femme de la maternité Autre professionnel : point de vue extérieur souhaité	MG5, MG6, MG9 MG2 « l'EPP peut être plus adapté à une pratique hospitalière où les femmes qui arrivent sont inconnues de l'équipe, c'est « l'occasion de faire connaissance », « un relai se fait » MG1 « il faudrait justement l'élargir à quelqu'un d'autre, d'extérieur, pour repartir sur des nouvelles bases, objectives »
Retour des EPP	Aucun	Toutes
Thèmes abordés	Variables et dépendant du couple Histoire familiale/antécédents obstétricaux/suivi de grossesse/accouchement/organisation post-natale/ projet de naissance Partie libre, questions du couple	MG8 « antécédents des parents, vécu de l'enfance, désir de parentalité, grossesses précédentes, déroulement ; vécu des grossesses précédentes, les enfants précédents, le lien de parentalité avec les enfants précédents, le suivi par quel médecin traitant, évaluation de la situation professionnelle, les projets de congés, de vie commune, le projet de parentalité par rapport à cet enfant, le projet d'allaitement, la prise en charge du bébé, le mode de garde. Je pars de l'histoire du couple et va vers l'histoire du bébé, va plus loin que l'accouchement, anticipe sur « après la naissance ».
Thèmes à l'initiative couple ou médecin ?	Plutôt initiative médecin Initiative patiente/couple ensuite	MG8, MG10
Présence père	Vivement encouragée Ressentie comme insuffisante Intéressante, EPP comme occasion de donner une place au père	Toutes

<p>Situations de vulnérabilité</p>	<p>Connues au préalable</p> <p>Possibilité de découverte de vulnérabilité jamais exprimée auparavant</p> <p>Donne un temps pour les exprimer EPP comme occasion de pouvoir donner un soutien, organiser une prise en charge, une orientation</p>	<p>MG5 « les vulnérabilités étaient déjà connues, les questions de logement, violence, du social, ont été posées quoiqu'il arrive, sur n'importe quel suivi »</p> <p>MG9 « quand on le fait de façon systématique, on voit ressortir des problématiques qui n'étaient pas apparues »</p> <p>MG8 « ça m'a fait ouvrir les yeux sur certains trucs »</p> <p>MG10 « on a repointé les choses qui étaient douloureuses »</p> <p>MG7 « toujours bien de donner l'occasion d'exprimer les choses »</p>
<p>Proposition de prise en charge</p>	<p>Occasionnelle</p> <p>Contact avec professionnel de la naissance : exemple psychologue / psychiatre</p> <p>Orientation vers professionnel mais pas spécifiquement après l'EPP : déjà faites au cours du suivi de grossesse, avant l'EPP</p> <p>Utilisation du réseau personnel et plus rarement du réseau de périnatalité pour orienter</p>	<p>MG9</p> <p>Toutes</p>

<p>Difficultés face à l'EPP</p>	<p>Intégration difficile dans son exercice</p> <p>Changement de positionnement du MG</p> <p>Difficultés dans sa présentation : impression de « convoquer » les couples, les pères Difficulté de le faire dans le cadre</p> <p>Difficulté de le faire, de le faire avec le père Difficulté dans la cotation : aspect logistique et éthique Difficultés à rédiger la fiche de synthèse</p>	<p>MG2 « le recadrer dans notre exercice n'est pas forcément simple », « c'est tellement présent déjà dès le début, dans ma pratique à moi, que la proposition d'un temps comme ça, n'est pas toujours évidente à mettre en œuvre ».</p> <p>MG2 « j'ai souvent senti que ça tombait « flop » à plat, il y a quelque chose qui perturbait la relation que j'avais avec les patients. »</p> <p>MG8 « peur que les pères se sentent convoqués »</p> <p>MG1 «elles viennent toujours pour de la consultation formelle des suivis des grossesses, soit pour de petits points intercurrents » MG6 « ils prennent rendez-vous et ils ne viennent pas » MG7, MG9, MG 10</p>
<p>Freins à la réalisation de l'EPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Du côté des médecins :</u> <p>Manque de temps</p> <p>Impression de le faire de façon informelle au fil du suivi</p> <p>Volonté de ne pas multiplier les intervenants Volonté d'un point de vue extérieur</p>	<p>MG9 « le principal frein c'est le temps, le nerf de la guerre », « en l'état actuel de notre médecine, c'est vraiment impossible, on est pressé de toute part, tout le temps » MG3 « cela diminuerait l'accès aux soins pour les autres patients » MG10 « 45 minutes d'affilée, c'est trop long »</p> <p>MG2 « c'est déjà fait globalement dans d'autres consultations », « je fais plus de consultations de grossesses que prévu, et donc autant d'occasions de revoir les dames et d'aborder les éléments psychiques, d'orienter vers un psychologue ». « Il y a déjà, vraiment des temps où on laisse s'exprimer les choses »</p> <p>MG7 MG1</p>

<p>Freins à la réalisation de l'EPP (suite)</p>	<p>Bonne connaissance des patientes par le médecin traitant, avant le suivi de grossesse</p> <p>Positionnement différent du médecin généraliste Méconnaissance par les autres professionnels qu'il existe des généralistes motivés et formés à l'EPP</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Du côté des patientes :</u> Perception du médecin généraliste par le patient : médecin non identifié pour motifs moins médicaux Réticence des patientes Manque de temps des patientes, multiplication des intervenants • <u>Du côté des structures :</u> Pas d'organisation prévue dans structures municipales de soins ambulatoires Refus d'une structure hospitalière qu'un médecin généraliste y fasse des EPP 	<p>MG10 « je me suis aperçue, comme ma patientèle, elle est complètement installée, fixe, que les patients, moi je les connais déjà bien »</p> <p>MG1 MG2 MG1</p> <p>MG1</p> <p>MG6, MG9 MG6, MG9</p> <p>MG3, MG 4</p> <p>MG1</p>
<p>Point de vue général sur l'EPP</p>	<p>Réel intérêt de l'EPP</p> <p>Bonne occasion d'intégrer le père</p>	<p>Toutes</p> <p>MG4 « le réel intérêt de l'EPP, intégrer le père au suivi de grossesse » MG8 « le but c'est qu'il y ait le papa » MG3, MG5, MG6, MG9</p>
<p>Attentes</p>	<p><u>Vis-à-vis du réseau :</u> Meilleure communication du réseau aux MG Mettre davantage en contact les professionnels Mieux indiquer les professionnels acteurs de l'EPP pour les orientations Rémunérer les formations Reconnaissance du travail au sein du réseau par une indemnisation Avoir des retours des EPP</p>	<p>MG9 « plus de communication » MG5 « aider à mieux se connaître entre professionnels » MG4</p> <p>MG2, MG8 MG2 « important de valoriser le temps passé en terme d'indemnisation » MG6 « retours indispensables pour les situations compliquées »</p>

<p>Attentes (suite)</p>	<p>Promouvoir les rencontres inter-professionnelles</p> <p>Reproposer une formation à l'EPP</p> <p>Diffuser la formation à l'EPP pour que les généralistes le proposent aux patientes</p> <p>Disposer d'un outil pratique pour présenter l'EPP</p> <p><u>Autres :</u> Favoriser l'écoute chez les professionnels</p> <p>Simplifier la cotation</p> <p>Revaloriser la consultation de grossesse</p> <p>Rendre l'EPP « plus visible » aux femmes, l'officialiser davantage</p> <p>Pouvoir faire l'EPP à des patientes adressées par d'autres professionnels</p> <p>Pratiquer l'EPP par le généraliste au sein de structures hospitalières</p>	<p>MG2 « temps de réflexion et de rencontre sur l'inter-professionnalité »</p> <p>MG9</p> <p>MG5 « re-stimuler les généralistes », « formation de reprise en main »</p> <p>MG8 « une seconde touche de temps en temps », « pour rappeler un peu l'entretien », « une synthèse »</p> <p>MG8 « présenter l'EPP dans la FMC pour faire connaître l'EPP »</p> <p>MG4 « exemple d'un flyer pour présenter l'EPP, pour le faire rentrer dans le discours, le dire aux femmes pour activer le bouche-à-oreilles au sein de la communauté des femmes »</p> <p>MG7, MG9</p> <p>MG7</p> <p>MG2 « la consultation de grossesse, une consultation longue de souvent 45 minutes »</p> <p>MG8 « l'EPP devrait être dans le programme de suivi de grossesse présenté par la sécu, au même titre que les consultations, les échographies »</p> <p>MG9 « ne pas le présenter comme facultatif, au bon vouloir du médecin qui suit la grossesse, le mettre au même plan que les examens obligatoires du suivi de la grossesse »</p> <p>MG 1 « on pourrait imaginer que d'autres généralistes m'adressent des patientes pour l'EPP »</p> <p>MG1</p>
--------------------------------	---	--

	<p>Intégrer la présence de l'EPP dans les CMS : attente envers la direction</p> <p>Développer conjointement l'entretien post-natal</p>	<p>MG3, MG 4</p> <p>MG10 « une visite en postnatal, à différencier de la consultation du post-partum orienté gynéco contraception et pas du tout psy », « plus de vigilance des femmes sur leur santé pendant la grossesse qu'après »</p>
<p>Légitimité de la catégorie professionnelle pour l'EPP</p>	<p>Sage-femme la plus légitime</p> <p>Médecin généraliste tout à fait légitime grâce à sa relation privilégiée avec les patients</p> <p>Gynécologue obstétricien serait moins légitime car centré sur le médical</p> <p>Tous sont légitimes, la condition n'est pas la catégorie professionnelle, mais la motivation pour l'écoute.</p>	<p>MG2 « la sage-femme est perçue plus légitimement pour ce temps d'écoute »</p> <p>MG4 « les sages-femmes, identifiées comme étant les professionnelles d'un moment » « elle y prend toute son ampleur »</p> <p>MG8 « particularité d'être près de cette patiente au niveau médical, psychologique et social »</p> <p>MG 4 « les motifs de consultations ne sont pas que médicaux, et même pas que psychologiques, parfois ils sont émotionnels, familiaux, sociaux », « ce sont des partenaires à frontière plus floue »</p> <p>MG4 « très très médicaux » « mais cela peut être un outil pour justement brouiller un peu les frontières »</p> <p>MG5 « chacun a sa place comme pour le suivi de grossesse » « on est tous à même de traiter un sujet médico-psycho-social »</p> <p>MG7 « la condition est la motivation des professionnels pour l'écoute ».</p>

PARTIE 4 - DISCUSSION

I. Autour des deux études

1. Forces et faiblesses de l'enquête par questionnaires auprès des médecins généralistes

1.1. Forces de l'étude

a. Liées à l'originalité du sujet

Des enquêtes visant à évaluer l'EPP ont déjà été réalisées. Pour la plupart, la population d'étude était représentée par les patientes. A l'échelle nationale, l'enquête de 2012 dans les réseaux de périnatalité a étudié la prévalence de l'EPP en s'adressant aux femmes enceintes (33). A une échelle plus locale, le Réseau de Périnatalité Parisien a évalué la pratique de l'EPP et les professionnels y participant en s'appuyant sur une évaluation dans les maternités auprès des femmes enceintes et ainsi que sur les fiches de synthèses retournées au réseau (35). Le risque de fiches de synthèses non retournées par les médecins a pu introduire un biais lié aux « perdus de vue ». De même, une étude intéressante explore le suivi de grossesse et la réalisation de l'EPP auprès des femmes venant d'accoucher dans les maternités de Nantes, en comparant les professionnels impliqués, en particulier les médecins généralistes (40). L'interrogatoire des patientes a pu introduire un biais de mémorisation pour la question du professionnel réalisant l'EPP. La particularité de mon étude est le fait que le questionnaire s'adresse directement aux médecins généralistes.

b. Liées à la méthode par questionnaire

Le recueil lors d'un congrès a permis l'obtention de données nombreuses sur un temps réduit. Le principe d'une étude descriptive est bien de photographier les pratiques à un instant donné. Le nombre de médecins inclus est cohérent avec l'objectif d'obtenir une population d'au moins 100 médecins.

Le questionnaire était facile et rapide à remplir. Il a permis de balayer plusieurs thèmes en plus de répondre à la question principale : évaluation de la connaissance de l'EPP par le médecin généraliste. Il a permis de tester aussi l'intérêt porté et la motivation pour l'EPP.

c. Liées au recrutement : des médecins généralistes de profil varié

Il a permis d'obtenir un panel varié de médecins généralistes. Ils sont originaires de la France entière, à la fois de province et d'Île-de-France. Ils sont d'âges différents. Ils ont un mode d'exercice varié. Cela a permis d'avoir une population de médecins généralistes plus représentative.

Le taux de participation aux questionnaires a été satisfaisant : sur 409 questionnaires distribués, 153 ont été remplis et interprétables soit un taux de participation de 37%. J'ai pu effectuer une petite comparaison des réponses en fonction des profils des médecins généralistes.

d. Retombées éventuelles du questionnaire

J'ai constaté une bonne réceptivité aux questionnaires distribués.

La distribution des questionnaires a pu être l'occasion de discussions, de partage d'expériences avec certains médecins qui m'ont remis les questionnaires.

Pour ceux qui ne connaissaient pas l'EPP, mon questionnaire leur a permis de le découvrir.

Il a permis de se poser la question de s'y former, de s'interroger sur sa pratique, voire d'actionner une dynamique de changement ?

1.2. Faiblesses de l'étude

a. Biais de sélection

Les médecins généralistes inclus sont ceux participant à un congrès, donc il s'agit d'une sélection de médecins actifs dans un processus de formation continue, de rencontres professionnelles. Cela est probablement non représentatif de l'ensemble des médecins généralistes.

Ceci a pu surestimer le taux de médecins connaissant l'EPP, et surestimer les motivations pour la formation et la pratique de l'entretien prénatal précoce.

De plus, les médecins ayant bien voulu prendre le temps de répondre au questionnaire peuvent être plus ouverts au sujet de suivi de grossesse et plus sensibles à la question de l'EPP.

Les femmes sont également deux fois plus représentées que les hommes (103 femmes pour 50 hommes). Le taux de médecins remplaçants est également assez important 27.5%. Parmi les médecins interrogés, 68.6% assurent des consultations de suivi de grossesse, ce qui peut être un biais de sélection. En effet, l'entretien prénatal précoce est à proposer tôt dans le suivi, par exemple au moment de la déclaration de grossesse, ce qui implique la collaboration de tous les médecins généralistes, même ceux qui ne suivent pas de grossesses pour garantir la diffusion et la réalisation de l'EPP chez les couples futurs parents.

On regrettera aussi l'absence de calcul préalable du nombre de sujets nécessaires. Si l'on considère l'enquête comme une étude de prévalence (prévalence de la connaissance de l'entretien prénatal précoce), le nombre de sujets nécessaires était de 384 soit un peu plus du double de la population incluse pour l'analyse (39). La taille de la population étudiée limite ainsi l'interprétation des résultats.

b. Biais d'interprétation

La question sur la connaissance de l'entretien prénatal précoce est à réponse binaire oui/non. Elle ne permet donc pas d'affiner le niveau de sensibilisation à l'entretien. Par exemple, le fait de connaître l'existence de cet entretien prénatal n'a pas été distinguée du fait de savoir plus précisément en quoi il consiste et quel est son cadre. Avant cette question, il a été présenté brièvement afin que ceux qui ne le connaissaient pas puissent d'une part s'y sensibiliser, et d'autre part se faire une première opinion sur l'intérêt de l'entretien et donc de répondre à la question suivante.

La question des freins se limite à un choix parmi plusieurs propositions, une question ouverte aurait été plus pertinente car moins suggestive. Il m'a semblé plus judicieux de réserver les questions ouvertes aux médecins plus sensibilisés à l'entretien, c'est-à-dire ceux formés à l'entretien prénatal, au cours d'interviews. La méthode qualitative est plus adaptée à l'analyse plus poussée des pratiques.

De même, la proposition « je le fais déjà » pour désigner la réalisation de l'EPP a pu être interprétée de différentes façons pour le médecin questionné. Les médecins peuvent considérer faire l'EPP même s'ils le font de façon tout à fait informelle au fil du suivi, et non dans le cadre officiel d'une consultation dédiée. Or cela reste deux pratiques bien distinctes. Je doute que ma question ait permis de faire la part entre les deux. Il y a donc un risque de surestimation de la réalisation de l'EPP par les médecins généralistes.

c. Biais de réalisation

Au congrès du Collège de Médecine Générale, une conférence avait pour thème l'entretien prénatal précoce, mais le questionnaire a été rempli pour la majorité des médecins avant cette conférence, et n'a pas été proposé à l'entrée ou à la sortie de cette conférence pour limiter les biais.

2. Forces et faiblesses de l'enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce

2.1. Forces de l'étude

a. Liées au type d'enquête : la méthode qualitative

La méthode qualitative permet le recueil d'expériences et de points de vue. Elle correspond donc tout à fait aux objectifs de l'étude. Elle est en effet adaptée à l'évocation des pratiques professionnelles de chacun et à l'expression des subjectivités. Elle a permis d'évoquer de nombreux thèmes pour chacun des médecins. L'entretien individuel permet d'explorer le point de vue propre du médecin, indépendamment des autres points de vue.

b. Liées à l'originalité du critère d'inclusion : des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce

De précédentes études qualitatives par entretiens individuels autour de l'EPP ont été menées chez des médecins généralistes, (41) (42), mais pas spécifiquement auprès de médecins généralistes formés.

Le fait d'être formé à l'entretien prénatal précoce suppose une possible mise en pratique de l'outil. Il m'a semblé intéressant de recueillir l'avis de médecins qui ont fait l'expérience de l'EPP dans le cadre de la pratique de la médecine générale. Ces médecins ont en quelque sorte testé la faisabilité de l'EPP en médecine générale.

D'autre part, la rencontre avec chaque médecin généraliste fut enrichissante. Chacune a une expérience différente de la médecine générale, de par les différences d'âge et de modes d'exercice.

c. Liées à la retranscription et la méthode d'analyse thème par thème

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure, mot pour mot, sans modification de la syntaxe. Pour limiter les biais d'interprétation, j'ai procédé à plusieurs lectures de chaque entretien. La première étape était la lecture commentée de chaque entretien. Les thèmes ont été dégagés à partir du guide d'entretien préalablement élaboré. La deuxième étape était l'analyse thème par thème avec pour chaque thème identification d'idées et recherche de recoupements entre les discours de chaque médecin. Les idées communes étaient regroupées, les idées divergentes confrontées. Pour chaque nouvelle idée-clef, je recherchais dans les autres entretiens si elle était également présente.

2.2. Faiblesses de l'étude

a. Liées au biais de sélection : une population d'Île-de-France et exclusivement féminine

Les médecins inclus, pour des raisons de faisabilité sont tous issus d'Île-de-France. La population incluse est exclusivement féminine. Parmi les médecins recensés comme étant formés à l'EPP au sein des réseaux, toutes étaient des femmes. Le fait d'être un médecin généraliste formé à l'EPP crée inévitablement un biais : leur point de vue sur l'outil était attendu comme plutôt favorable puisqu'elles ont accepté de s'y former. Certains des médecins interrogés exerçaient dans le même cabinet ou la même structure ce qui introduit également un biais de recrutement avec un risque de convergence des propos. Le critère de sélection a également limité la taille de l'échantillon. La saturation des données était atteinte pour les thèmes principaux de l'enquête. Les résultats auraient pu être plus complets pour chacun des thèmes si l'enquête avait été menée sur une population plus étendue sur le territoire.

b. Liées aux conditions d'entretien

Certains entretiens ont été brièvement interrompus par des conservations téléphoniques professionnelles, mais cela a peu impacté sur la durée et le contenu des entretiens. Les médecins interrogées se sont montrées tout à fait disponibles pour me recevoir malgré leurs emplois du temps chargés, elles semblaient tout à fait enthousiastes à l'évocation de leur pratique et intéressées par le sujet.

La présence de mon enregistreur a pu de façon plus ou moins consciente conditionner le discours des médecins interrogées.

c. Liées à l'enquêteur

Je n'avais aucune expérience concrète d'entretiens semi-dirigés. Pour m'y préparer, la lecture de la méthodologie a été essentielle (38) (39). J'ai conçu un guide d'entretien qui m'a servi de support et que j'ai légèrement adapté à l'issue du premier entretien. J'ai pu introduire un biais lors de mes entretiens : mes questions ont pu influencer le médecin interviewé avec un risque de suggérer des idées. J'ai pu inconsciemment amener des idées qui ont été ensuite reprises par les médecins interrogés. Certains des médecins s'exprimaient volontiers sur leur expérience, leur parcours. Ils donnaient ainsi les réponses aux questions que je n'avais pas encore posées. Il n'était pas aisé de recadrer le discours. Je profitais d'une pause pour revenir sur un point que je

développais à l'aide des questions du guide d'entretien. Au fur et à mesure des interviews, j'ai réussi à mieux cadrer les entretiens. Je m'assurais toujours d'avoir évoqué tous les thèmes. Mes questions étaient ouvertes. Si la réponse était brève ou insuffisante, j'utilisais mes « sous-questions » du guide ou des questions de relance. Le recours à ces questions est resté modéré. Lors de la retranscription des données audio en données verbales, malgré la transcription mot à mot, il y a une perte inévitable du « non-dit » : intonations, expressions, gestes.

II. Réflexions autour des résultats

1. Réflexions autour des résultats de l'enquête par questionnaires auprès des médecins généralistes

1.1. Près de la moitié des médecins généralistes interrogés connaissaient l'entretien prénatal précoce

La principale question était de savoir si les médecins généralistes connaissaient l'EPP. Cette question a été suscitée dès le début de mes recherches. Je n'en avais moi-même pas entendu parler (ou alors très vaguement) avant que ma maître de stage et future directrice de thèse ne me présente l'outil et le réalise en ma présence pour un couple. L'EPP ne fait pas partie de la formation initiale. D'ailleurs, dans un des commentaires, une jeune médecin remplaçante souligne « *l'intérêt d'une formation à la fac en enseignement mutualisé* ». Certes l'outil est récent, donc les internes ignorent souvent son existence. Mais qu'en est-il des médecins en exercice ? La sage-femme coordinatrice du Réseau de Périnatalité Parisien, Nathalie Baunot m'avait fait part du peu de retours des médecins généralistes et leur faible participation aux formations à l'entretien prénatal. La méconnaissance de l'EPP par les médecins généralistes comme cause de sa faible intégration en médecine générale, telle était mon hypothèse. Finalement, 47,7% des médecins interrogés connaissent l'EPP, soit près d'un médecin sur deux parmi les médecins interrogés.

1.2. Un outil inégalement connu selon le profil des médecins généralistes

On observe des disparités selon les caractéristiques des médecins généralistes.

Les médecins généralistes installés semblaient connaître sensiblement plus souvent l'entretien prénatal que les médecins salariés et remplaçants (51,5% versus 42,9% et 40,5 %) mais ces chiffres ne sont pas interprétables car les effectifs inégaux. Il n'y a d'ailleurs pas de différence statistiquement significative retrouvée selon le mode d'exercice ($p > 0.05$ pour toutes les comparaisons du mode d'exercice une à une). On ne retrouve pas non plus de différence significative selon l'âge ($p > 0.05$ pour toutes les comparaisons âge par âge).

Les médecins suivant des grossesses connaissent l'EPP dans 49,5% des cas versus 43,9% pour ceux qui ne suivent pas de grossesses. Les quatre médecins suivant entre 11 et 20 grossesses par mois connaissent tous l'EPP. Un médecin qui en suit plus de 20 ne connaissait pas l'EPP. On retrouve une différence statistiquement significative en faveur des médecins suivant entre 11 et 20 grossesses par mois, en comparaison à ceux en suivant moins de 5 ($p = 0.0497$). Néanmoins, les effectifs étant faibles, l'interprétation de ces résultats reste limitée.

Parmi les 12 membres de réseau de périnatalité, 10 médecins, soit 83.3% connaissent l'EPP. Être membre d'un réseau de périnatalité est associé à une connaissance de l'EPP statistiquement et significativement plus fréquente ($p = 0.014$). Cette interprétation est à nuancer au vu de la faiblesse des effectifs.

Les résultats laissent penser que le fait d'être membre d'un réseau de périnatalité et le fait de suivre un nombre conséquent de grossesses par mois sont associés à une connaissance de l'EPP plus fréquente. Les données restent peu interprétables en raison des faibles effectifs.

1.3. Des médecins généralistes peu intégrés à l'activité de réseau

On constate que seuls 12 médecins sur 153, soit 7.8% des médecins interrogés sont membres d'un réseau de périnatalité, ce qui montre un faible développement du travail en réseau parmi les médecins interrogés. Pourtant, les réseaux de périnatalité sont nombreux et couvrent tout le territoire. La 2^e enquête révèle que c'est le réseau qui a fait découvrir l'EPP aux médecins généralistes interviewées. C'est aussi le réseau qui a proposé et organisé la formation. Les autres organismes de formation médicale continue ne semblent pas proposer de formation dédiée à l'EPP. Ainsi le développement de l'activité en réseau de périnatalité et l'intégration de l'EPP à la formation médicale conditionneront la diffusion de l'EPP à la Médecine Générale.

1.4. Des médecins généralistes enthousiastes vis-à-vis de l'entretien prénatal précoce

Les médecins généralistes sont globalement convaincus de l'intérêt de l'EPP puisqu'ils sont 87,6 % à répondre « oui » pour la question de l'intérêt de l'EPP, qu'ils le connaissaient, ou qu'ils ne le connaissaient pas avant la définition qui en est faite sur le questionnaire.

Il existe un réel décalage avec la pratique puisque les médecins généralistes sont très faiblement représentés pour la proposition de l'EPP, comme le montre l'enquête de 2012 de prévalence de l'EPP au sein des réseaux de périnatalité (33).

1.5. L'entretien prénatal précoce reste peu proposé par les médecins généralistes

Seuls 56,2% des médecins connaissant l'EPP déclarent le proposer à leurs patientes, soit à peine plus d'un médecin sur deux. Ainsi, seuls 26% des médecins interrogés le proposent ou disent le proposer. On peut donc s'interroger sur les raisons de cette non-proposition : ils connaissent l'EPP, ils sont convaincus de son intérêt et pourtant ils ne le proposent pas à leurs patientes. Dans l'enquête de la prévalence de l'EPP de 2012 (33), c'est la sage-femme qui propose l'EPP pour la majorité des femmes, seules 16.9% en avaient été informées par leur médecin.

1.6. Les freins des médecins généralistes : entre méconnaissance de l'outil et manque de temps

Les freins principaux sont le fait de faire cet EPP de façon informelle, qui vient en première position (45% des médecins), mais aussi le fait de ne pas y penser, par manque de temps (27,5% des médecins), la méconnaissance de l'outil, y compris pour ceux qui disaient le connaître (15% des médecins), le fait de ne pas savoir à qui adresser (7.5% des médecins) et 5% qui ne sont finalement pas convaincus de son intérêt. Parmi les médecins qui ne connaissaient pas l'EPP, le premier frein est évidemment la méconnaissance de l'outil, mais s'ils se projettent, les freins imaginés sont aussi l'impression de le faire de façon informelle puis le manque de temps.

1.7. Des médecins généralistes motivés pour se former voire pour réaliser l'EPP

L'évaluation de la motivation pour l'EPP est favorable puisque 66% se disent intéressés par une formation à l'EPP et 53,6% seraient motivés pour réaliser eux-mêmes l'EPP.

Ceux qui connaissent l'EPP sont 54,8% à être intéressés par une formation contre 76,3% pour ceux qui ne le connaissent pas. De même ceux qui ne connaissent pas l'EPP semblent plus motivés à réaliser eux-mêmes l'EPP que ceux qui le connaissent : 65% versus 41,1%.

Il n'y a cependant pas de différence statistiquement significative ($p > 0.05$).

De plus, on remarque que 17,8% des médecins qui connaissent l'EPP déclarent réaliser eux-mêmes l'EPP. On peut s'interroger sur la forme de réalisation de cet EPP. Réalisent-ils l'EPP dans le cadre d'une consultation dédiée comme définie officiellement ? Ou estiment-ils faire l'EPP s'ils font l'équivalent d'un EPP au fil des consultations ? Cette question fermée a pu introduire un biais. En effet, à l'échelle des statistiques nationales quant à la pratique de l'EPP, le médecin généraliste est très peu représenté. Ici 13 des 153 médecins interrogés déclarent faire l'EPP. On pourrait se questionner sur une sous-estimation possible des EPP réalisés par les médecins généralistes, (33) notamment si la fiche de synthèse n'a pas été retournée, puisque cette fiche est utilisée pour le recensement des EPP réalisés. En effet, les médecins interviewés qui réalisent l'EPP déclarent plutôt ne pas remplir la fiche. A l'inverse, mon questionnaire a pu surestimer la réalisation de l'EPP par les médecins généralistes.

65% des médecins qui ne connaissent pas l'EPP au préalable seraient motivés pour réaliser l'EPP eux-mêmes, ils sembleraient donc séduits par l'outil présenté dans mon questionnaire.

On notera que répondre « oui » pour la motivation à suivre une formation reste moins engageant que s'inscrire et faire réellement la formation. L'interprétation de ces résultats positifs doit donc rester prudente.

1.8. Les nombreux commentaires libres en fin de questionnaire

La place laissée aux commentaires libres en fin de questionnaire a donné l'occasion d'une expression plus libre et assez riche à propos de l'EPP : « *Effectué de manière informelle. Un moment de partage et d'échanges sans doute fondamental. Emprunt d'une grande réceptivité à cette période.* »

« *Un nouveau terme pour signifier une pratique que l'on réalise déjà, du moins que je considère faire, sans y avoir mis une étiquette.* »

« En ruralité, très peu de formation pour l'entretien prénatal. Les réseaux sont inexistantes au vue des difficultés d'avoir des acteurs. »

« La maternité a souvent la main lors des examens de dépistage ».

Les commentaires sur le manque de temps et sur la réalisation de l'EPP de façon informelle sont multiples. Ces réflexions viennent renchérir les points de vue des médecins interviewés. Un autre médecin signale qu'il le fait mais a *« quelques inconnaisances sur la cotation »*.

2. Réflexions autour des résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce

2.1. L'appartenance au réseau de périnatalité : un rôle décisif pour la découverte de l'entretien prénatal précoce

Le fait d'être membre d'un réseau de périnatalité est décisif pour la découverte de l'EPP puisque neuf des dix médecins l'ont découvert grâce au réseau. Un frein attendu était la difficulté de se libérer de son activité de consultation pour aller en formation, difficulté qui n'a en fait pas été soulevée au cours des entretiens. Un autre frein potentiel était le fait que l'EPP soit présenté en première intention pour les sages-femmes et que la proposition de formation soit plus axée « sage-femme ». D'ailleurs au sein des formations, les médecins généralistes sont très minoritaires. Cela n'a pas du tout été un frein pour les médecins interviewées qui ont été ravies de la formation et de l'occasion de rencontrer d'autres professionnels.

Le taux d'adhérents au réseau de périnatalité dans la première enquête est très faible. Il rend compte de l'exercice assez isolé des médecins généralistes. La faible activité en réseau peut expliquer la méconnaissance de l'outil parmi les médecins généralistes.

2.2. La particularité du suivi de grossesse du médecin généraliste : un suivi global prenant en compte la dimension psycho-sociale

Tous ces entretiens traduisent les mêmes préoccupations envers les patientes, qui sont d'ordre social, avec les questions de logement et de travail. Ces préoccupations sont aussi d'ordre familial et psychologique. La prise en charge globale des patients est au cœur même de la médecine générale. La grossesse est une période très particulière, « *un remue-ménage dans la vie* », disait l'une des médecins interrogées (MG5). Toutes les questions sociales et psychologiques y prennent davantage d'importance. C'est une période de changement qui peut être source de vulnérabilité en dehors même des complications médicales liées à la grossesse. Le médecin généraliste redouble alors de vigilance dans son attention aux questions socio-psychologiques. Il accorde plus de temps aux consultations prénatales que les consultations habituelles. Il adapte son temps aux patientes en fonction des problématiques. Ceci se fait spontanément.

L'esprit de l'entretien prénatal présente ces même valeurs, c'est pourquoi le médecin généraliste paraît, au prime-abord tout à fait légitime pour l'EPP. Il était déjà dans cet esprit d'écoute et de

bienveillance pour tout le champ psycho-social. C'est pour cela que l'une des médecins dit que l'EPP, « *ce n'est pas une révolution pour la médecine générale* » (MG8) mais que ça peut l'être pour le suivi des grossesses en général.

2.3. Des médecins généralistes conquises par l'EPP : la réalisation de l'EPP est à promouvoir

Les médecins interrogées admettent dans l'ensemble que même si elles sont déjà dans une « dynamique EPP », l'idéal est de pouvoir faire en plus cette consultation dédiée. Elles sont tout à fait d'accord qu'un temps supplémentaire d'écoute et d'échange est le bienvenu.

Dans tous les cas, pour les médecins interrogées, il faut promouvoir l'EPP. Elles encouragent sa diffusion au sein de la profession, pour généraliser sa proposition par les médecins généralistes. Pour cela, elles insistent sur l'intégration de l'EPP à la formation continue et à la formation initiale.

Pour favoriser sa proposition, une officialisation est aussi nécessaire pour les médecins interrogés : l'EPP doit être intégré dans le programme officiel du suivi de grossesse au même titre que les autres étapes du suivi. En fait, dans le carnet de maternité, le programme du suivi de grossesse est présenté et l'entretien prénatal précoce y figure bien. Les patientes sont censées recevoir le carnet de maternité après la 1ère consultation pré-natale ou dès la déclaration de grossesse faite. Le carnet est adressé par la caisse d'assurance maladie, ou par la PMI ou éventuellement par la mutuelle. Si l'entretien prénatal précoce est bien intégré dans le programme du suivi de grossesse, il l'est moins pour les médecins généralistes qui sont pour la majorité peu sensibilisés, et donc moins enclins à sensibiliser leurs patientes.

2.4. Le public visé par l'EPP

a. Le point de vue des médecins interrogées

Dans sa conception, l'EPP est destiné à toutes les femmes enceintes. Pour les médecins interrogées, dans l'idéal, l'EPP doit s'adresser à toutes. Certaines ont adapté leur pratique en le réservant à des cas particuliers. On peut y associer à nouveau le probable manque de temps pour une réalisation systématique.

b. L'entretien prénatal précoce est justifié pour toutes les femmes enceintes

La vulnérabilité psychologique induite par la grossesse justifie l'entretien prénatal pour toutes. En effet, même dans les situations ne paraissant pas « complexes », la grossesse est une période très particulière (43). La Pédiopsychiatre Françoise Molénat le souligne dans son ouvrage « Accompagnement et alliance en cours de grossesse » (44). Le fait de mettre au monde un enfant est un moment chargé d'anxiété. Devenir parents ne va pas de soi, il modifie l'image de soi, du couple, du partenaire. Dans l'ouvrage « Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance », Luc Rogiers, Pédiopsychiatre en périnatalité exerçant à Bruxelles, et Reine Vander Linder, Psychologue périnatale (45), reviennent sur cette période particulièrement féconde. Ils reprennent l'idée que la périnatalité est une phase de profond changement, identitaire et relationnel. Pour la femme, l'image du corps est bouleversée. La grossesse est dite « physiologiquement fragile ». Cela renvoie à l'éventuelle difficulté d'obtention d'une grossesse, au risque de fausse-couche, aux maux de la grossesse. Sur le plan psychique, la femme enceinte va revisiter sa propre enfance. Elle s'ouvre davantage, on parle même parfois de « transparence psychique ». Pour le couple, l'arrivée d'un enfant force aussi à renégocier les liens avec les générations précédentes ainsi que leur propre relation de couple. La périnatalité peut induire une vulnérabilité psychologique par les bouleversements qu'elle opère dans la « continuité d'être » éprouvée à travers le temps (45).

Ainsi, on voit que les nombreux thèmes abordés dans l'EPP par les médecins interrogés sont pertinents. Le fait de reprendre l'histoire familiale a du sens. Ce sont des sujets qui peuvent être d'actualité durant la grossesse. Si des fragilités émergent, c'est l'occasion d'évaluer leur retentissement potentiel, et d'apporter du soutien. Le temps spécifique de l'EPP permet de faire s'exprimer ces angoisses.

En effet, la médicalisation de la grossesse ouvre de nouveaux espaces aux parents (45): les multiples examens biologiques, échographiques suscitent des questions et sont donc source d'angoisse. Pouvoir répondre à ces besoins d'explications va rassurer le couple, établir un climat de confiance.

2.5. Les difficultés et freins rencontrés

a. *Le manque de temps, frein principal émanant des deux études*

Le manque de temps a été mentionné spontanément par chacun des dix médecins rencontrés. De même, dans les commentaires libres des questionnaires de la 1^{ère} étude, les réflexions spontanées sur le manque de temps sont multiples : « *chronophage* », « *trop long* », « *manque de temps manifeste* » « *manque de temps et de compétences pour faire cet entretien.* », « *Trop long à réaliser si on doit prendre effectivement 45 minutes.* » « *Le manque de temps fait qu'un entretien prénatal précoce me semble difficile à mettre en place en consultation de ville de médecine générale. Et pourtant cela me semble très intéressant et important.* » A travers ce manque de temps, on ressent aussi le poids des contraintes liées à la démographie médicale.

b. *L'impression de faire un EPP informel au fil du suivi : un suivi de grossesse déjà tourné vers la dimension émotionnelle*

Les médecins interrogés dans les deux études convergent vers cette pratique. Les médecins généralistes sont naturellement dans une attitude d'écoute, de bienveillance au cours de leurs consultations. Dans les commentaires des questionnaires, on note : « *Si nous considérons que le médecin traitant suit son patient dans le temps, ces différents points sont abordés en fonction des besoins du patient au fil des consultations du projet de grossesse et en post-natal* » ; « *Intérêt limité si effort de prévention systématique à chaque consultation de suivi. Education de la patiente ajustée au fur et à mesure des consultations de suivi.* »

Mais n'est-ce pas plutôt le manque de temps qui fait que les médecins y renoncent et se contentent de l'informel ?

Il est très difficile d'accorder autant d'attention au somatique qu'au psychologique dans le temps d'une consultation prénatale. Françoise Molénat dit « les soignants du monde somatique doivent préserver le recul suffisant pour assurer la sécurité médicale » (44). Mais le rôle du médecin généraliste n'est pas seulement d'ordre somatique. Elle ajoute également : « Cette parole n'émerge pas spontanément, mais nécessite un climat particulier de disponibilité avec un professionnel soignant, médecin ou sage-femme. D'où un malentendu : « mais nous écoutons les femmes enceintes ». Certes, mais osent-elles parler ? Bien plus, le malaise peut-il émerger et se dire dans un contexte médical cadré pour veiller à la sécurité somatique ? »

Elle met ainsi en évidence la difficulté d'accorder de l'écoute et de donner l'occasion à la femme de s'exprimer lorsque l'on est préoccupé du somatique.

Ceci renforce l'intérêt du temps de l'EPP. Dans son texte « Le poids des émotions en médecine périnatale » (46), Françoise Molénat le souligne à nouveau : « il est bien connu désormais que les conseils éducatifs tombent à plat si les parents n'ont pu dire leurs questions et leurs inquiétudes. »

c. Un changement de positionnement déstabilisant pour le médecin généraliste

Pour celles qui ont testé l'EPP, il fut tantôt une réussite, tantôt une déception. Dans ce dernier cas, c'est le positionnement différent du médecin par rapport au patient qui est mis en cause. Ce positionnement semble artificiel. En revanche, les techniques d'entretien apprises en formation ont été mises en œuvre dans la conduite des consultations de suivi. Elles permettent de faciliter les échanges avec les patientes. Elles tentent de donner l'occasion de faire s'exprimer les besoins. Françoise Molénat, dans son texte (44), avait anticipé le bouleversement lié à l'EPP pour le professionnel : « il exige une inversion dans la surveillance classique de la grossesse : donner la parole aux futurs parents, leur permettre de poser leurs questions, se laisser guider par leurs attentes, tout en maintenant le cadre de la sécurité médicale. » « L'intérêt majeur reste la prise de parole des parents eux-mêmes, au risque de déstabiliser le soignant ».

Ce nouveau dispositif dans le suivi de grossesse montre la difficulté des praticiens à modifier leurs pratiques. La difficulté paraît plus importante encore quand les habitudes des professionnels sont anciennes.

d. La question de l'intervenant pour l'EPP n'est pas réglée : entre le choix d'un point de vue extérieur et la volonté de ne pas multiplier les intervenants

La question de l'intervenant pour l'EPP n'est pas réglée. Les avis sont partagés. Pour certaines, il ne faut pas ajouter un intervenant supplémentaire. Pour d'autres, c'est justement plus intéressant que ce soit une nouvelle rencontre, et éventuellement l'occasion de faire le relai avec la maternité. On retrouve les mêmes divergences dans les commentaires aux questionnaires de la 1^{ère} enquête : « *Idiot de le faire faire par quelqu'un d'autre, on ne découpe pas la grossesse en morceau.* » ou à l'inverse : « *Pas forcément si je suis le médecin traitant, un autre entretien avec un autre professionnel de santé permet d'offrir un nouvel espace de parole. Nécessité d'outil de suivi transfert de l'info.* »

e. Des difficultés communes aux autres professionnels

Si les difficultés vues précédemment sont assez spécifiques des médecins généralistes, d'autres sont aussi rencontrées par les sages-femmes ou les gynécologues.

Les difficultés rencontrées face à la fiche de synthèse sont également rencontrées par les sages-femmes, comme le rapporte l'étude sur les sages-femmes d'Auvergne (32).

Les difficultés liées à la proposition de l'EPP sont aussi signalées par les gynécologues : hésitation entre la proposition systématique ou orientée, réflexion sur la façon d'amener l'EPP (47).

f. A propos des attentes formulées par les médecins interrogés

Les médecins généralistes interviewés comptent sur les réseaux pour intégrer l'EPP dans de bonnes conditions, via une meilleure mise en lien des professionnels, des actions de communications actives vers eux et la promotion de l'EPP. En pratique, sur les sites internet de chacun des réseaux d'Île-de-France, figurent la présentation de l'EPP et la plaquette de promotion de l'EPP pour les patientes enceintes. Sur le site du Réseau Périnatal Parisien, la liste des professionnels pour l'EPP est accessible. Le réseau diffuse les plaquettes d'EPP auprès des professionnels.

Pour ce qui est « d'officialiser l'EPP », l'EPP est en réalité déjà intégré au programme officiel de suivi de grossesse. Il figure par exemple sur le carnet de maternité. Par contre, il n'est pas intégré au suivi de grossesse de la plupart des généralistes.

Des attentes plus générales sur l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine générale sont émises. Ceci pourrait jouer sur le frein « manque de temps ». Ces revendications sont la revalorisation du prix de la consultation, notamment des consultations de grossesse, ainsi que l'indemnisation de l'activité en réseau.

Enfin, les derniers entretiens ont fait émerger la pertinence d'un entretien complémentaire, l'entretien post-natal, dont l'évaluation pourrait être intéressante.

III. Les situations de vulnérabilité renforcent le rôle de l'EPP, un outil parmi d'autres

Pour le médecin traitant, les facteurs de vulnérabilité de la patiente peuvent être déjà connus. Par exemple, des antécédents obstétricaux mal vécus, un antécédent de deuil néo-natal, ou de malformation, handicap, ou des antécédents de syndromes dépressifs peuvent être connus préalablement. Ainsi, le généraliste sera vigilant dès le début de la grossesse (comme le raconte la MG8) et pourra adapter l'EPP autour de cette problématique, voire déclencher plus tôt un soutien s'il est nécessaire.

1. Impact connu du stress sur le risque obstétrical : intérêt d'une prise en compte de la dimension psychique

Il est admis que l'état émotionnel de la mère intervient dans le déroulement obstétrico-pédiatrique. L'importance de l'environnement dès la vie intra-utérine est confirmée (44). Les vulnérabilités, telles la précarité financière ou le stress s'accompagnent une augmentation des accouchements prématurés et des retards de croissance intra-utérins. Les antécédents traumatiques sont des facteurs de vulnérabilité psychologique pour les femmes enceintes.

2. Différents outils de soutien proposés face aux vulnérabilités psychologiques

2.1. Le modèle psychothérapeutique de Nicole Mamelle

Le modèle psychologique de l'Epidémiologiste Nicole Mamelle propose de cibler la psychothérapie sur des facteurs de risque individuels. Il est démontré que les facteurs de vulnérabilité psychologique augmentent le risque de prématurité. Dans son étude, il s'agit de confirmer l'hypothèse selon laquelle on peut prévenir la prématurité par une intervention psychologique. Ses résultats montrent qu'il y a significativement moins de prématurité parmi les patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré chez celles ayant bénéficié d'un protocole de soins associé à une proposition d'accompagnement psychologique.(48) (49)

2.2. La reprise des antécédents obstétricaux par la Sage-Femme

La Sage-Femme Jocelyne Seguin-Clutier, propose la reprise des antécédents par la sage-femme (50): « les événements traumatiques ne sont pas toujours verbalisés de façon très explicite et la durée de la consultation ne va pas permettre d'explorer les non-dits. Il faut une

volonté délibérée pour accéder à ces informations, dans le suivi classique d'une grossesse, les antécédents sont souvent succincts. » Elle propose donc de reprendre tous les antécédents obstétricaux en détail et de façon chronologique, à réaliser par un somaticien de l'obstétrique, de préférence une sage-femme.

2.3. Le Pédiatre avant la naissance

Le Pédiatre Néonatalogiste Jacky Israël propose l'intervention du Pédiatre avant la naissance dans certaines circonstances (51). Il est présent par exemple après une annonce de diagnostic prénatal où son éclairage est pertinent. L'auteur légitime sa participation lors de la préparation à l'accouchement où il peut répondre aux nombreux questionnements des couples à propos de l'allaitement, du sommeil, des pleurs etc.

Il peut aussi animer des groupes de pères en anténatal, ceci rejoint la volonté de donner une place au père, comme l'EPP. Les pères peuvent ainsi s'exprimer entre eux. Le but est également de les préparer à soutenir leur compagne dans les moments difficiles.

2.4. Le rôle bienveillant du médecin de famille

La mise en valeur du rôle bienfaisant du médecin de famille est faite dans le texte « Le médecin de famille, oublié ? » (52). Le Dr Elisabeth Maurel-Arrighi est Médecin Généraliste installée à Paris, elle exerce une activité de psychothérapie et est directrice de la publication de la revue médicale « Pratiques, les cahiers de la médecine utopique ». Dans son texte, elle raconte l'histoire d'un suivi d'une femme enceinte : « elle reflète bien le tissage qui peut se faire pour le suivi de la grossesse. La confiance mutuelle en ricochet qui a pu la reconforter sur ses capacités d'être une bonne mère ». Ce n'est pas une rencontre ponctuelle type EPP, mais un accompagnement bienveillant et rassurant tout au long du suivi dans un climat de confiance mutuelle. Cela a permis à la patiente de surmonter ses craintes. Il n'y a pas eu de multiples intervenants, mais une relation de confiance privilégiée avec son médecin de famille.

3. La précarité, une vulnérabilité sociale majeure à prendre en compte

La précarité est une vulnérabilité sociale majeure. Le Professeur Dominique Mahieu-Caputo, Gynécologue-Obstétricienne et ancienne chef de service de la maternité de l'Hôpital Bichat, a joué un rôle fondamental dans la naissance des réseaux : elle est la fondatrice du Réseau Périnatal Parisien. Elle insiste sur l'attention particulière à accorder aux femmes précaires : « le

Le poids de la précarité est si fort, notamment sur la prévalence de la prématurité et le retard de croissance, que toute tentative d'amélioration des indicateurs périnataux à l'échelle d'un territoire impose d'optimiser la prise en charge des femmes et des nouveaux-nés. » (53). L'enquête périnatale de 2010 (21) et l'étude sur la grossesse et la santé périnatale chez les femmes en situation précaire en France (54) confirment qu'il existe un gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal. Chez les patientes en situation de précarité, on note un retard dans la déclaration de grossesse, un recours tardif au soin avec un suivi prénatal moins régulier, moins de préparation à la naissance. De plus, les femmes qui déclarent s'être senties mal psychologiquement pendant la grossesse sont plus nombreuses parmi les femmes en situation précaire.

Ainsi, l'EPP a encore plus de sens chez ces femmes vulnérables. Le recours aux soins étant plus difficile, il risque d'échapper à ces femmes si elles n'y sont pas orientées. On voit l'importance du réseau de périnatalité. Ce dernier peut les aider à être orientées vers un professionnel pour faire l'EPP. Par exemple, la MG2 et MG7 évoquent des EPP faites chez des patientes en situation de vulnérabilité, qui leur ont été adressées par le réseau.

Dans son texte « Les femmes en situations de vulnérabilité sociale » (53), le Pr Mahieu Caputo insiste sur l'action des réseaux de périnatalité, sur la collaboration à établir entre acteurs médicaux et sociaux et fonde en ce sens le réseau SOLIPAM en 2006. Elle cite aussi la nécessité de faciliter l'entrée précoce dans le système de soins, de permettre un accueil adapté au sein des maternités avec la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Elle mentionne également de faciliter le recours à la médecine de ville afin d'intégrer la famille dans le système de soins, puis à long terme de développer une médecine préventive. L'obstacle en est l'absence de couverture sociale, limitant le recours aux soins ambulatoires à défaut de dispositifs d'aide financière.

4. Autres dispositifs innovants de support aux femmes en situation de vulnérabilité sociale

- Le modèle de David Olds

Le Pr David Olds, professeur en Pédiatrie et Psychiatrie aux Etats-Unis a mené l'expérience suivante (55) (56). L'action à domicile d'infirmières auprès de femmes vulnérables a montré une efficacité à long terme avec une amélioration du développement des enfants, une meilleure socialisation des mères et des issues un peu plus favorables des grossesses. Ce qui semble

opérant dans le modèle social du Pr Olds, c'est le lien continu avec une même infirmière. Cela rejoint l'idée de certains des médecins interrogés qui voulaient éviter de multiplier les intervenants au cours du suivi.

- Le programme « Naître égaux et grandir en santé »

« Naître égaux et grandir en santé » est un programme québécois né d'une étude des effets d'un soutien personnalisé sur la santé des mères et des nouveaux-nés (57). Le but de ce programme est de réduire les inégalités sociales de santé. L'étude est menée entre 1994 et 1998 et concerne les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, identifiées comme les femmes ayant eu moins de 11 ans de scolarité et un revenu familial inférieur au seuil de pauvreté. Le suivi individuel comporte l'action d'une intervenante privilégiée soutenue par une équipe pluridisciplinaire, avec des services systématiques : suivi de santé, soutien alimentaire, socio-économique et juridique, soutien en informations, soutien psycho-social. Selon les besoins, un soutien supplémentaire pouvait être apporté : soutien face au tabagisme, soutien comportemental, soutien matériel, soutien communautaire, soutien dans les tâches ménagères. Le suivi personnalisé a eu des effets positifs et significatifs sur plusieurs points : moins de symptômes dépressifs post-natal des nouvelles mères, moins d'anémie post-natale, de meilleures habitudes alimentaires, plus d'allaitement maternel, plus de soutien social ayant permis une aide matérielle et plus de possibilité de se confier. Ainsi les résultats de ce programme interpellent le réseau de la santé et des services sociaux pour faire de la réduction des inégalités un enjeu de santé publique.

- Groupe de travail sur les inégalités sociales de santé

Un groupe de travail s'est constitué à l'Université Pierre et Marie Curie autour du thème des inégalités sociales de santé et de son impact sur le suivi de grossesse. Des recommandations sont à venir suite à ce travail de recherche sur les inégalités de santé et le suivi des femmes enceintes.

5. Le point de vue d'un gynécologue sur l'entretien prénatal précoce : « un changement de culture médicale et d'habitude »

Comme les médecins généralistes, le Dr Lionel Reyftmann, Gynécologue-Obstétricien au CHU de Montpellier, s'est confronté à l'EPP et exprime son point de vue (47). Il y voit l'occasion d'intégrer la dimension affective au suivi de grossesse, le rendant plus humain. C'est aussi pour lui l'occasion de dépister des facteurs de risque chez des sujets potentiellement à risque. Comme les médecins généralistes interrogés, il s'interroge sur la manière et le moment de proposer l'EPP. Il rencontre les mêmes difficultés : 1^{ère} consultation de grossesse très chargée, tâtonnements sur la proposition, hésitation entre proposition systématique ou orientée. Dans la maternité, l'EPP était initialement proposé systématiquement par les secrétaires lors de l'inscription des patientes. Finalement, il propose de faire l'EPP lorsqu'un événement inattendu se produit en consultation, ou que les patientes rapportent des antécédents traumatiques lourds. Cela constitue « d'excellentes occasions d'introduire l'intérêt d'un EPP ». « Pour les couples que je sens les plus fragiles, (...), je le présente alors « comme un moyen de remettre un peu d'humain au cœur d'un parcours jusqu'ici très médical », ou « de donner une place au futur papa ». Pour ce qui est des femmes présentant une addiction, il trouve que « l'EPP est une bonne occasion d'orienter les patientes dépendantes sur le suivi le plus adapté ». Il souligne l'intérêt des échanges au sein des équipes. Pour lui, l'EPP « se heurte à des contraintes évidentes de formation et d'organisation des équipes, mais il représente surtout une modification significative de nos mentalités. » « C'est un changement de culture médicale et d'habitudes. » « Y adhérer, c'est accepter de faire superposer deux systèmes différents : l'objectivité nécessaire de la médecine organique et la subjectivité, porte d'entrée au registre émotionnel ». « C'est aussi admettre que l'on a besoin de s'appuyer sur d'autres professionnels et savoir s'intégrer dans un réseau. » On retrouve la valorisation du travail en commun d'une équipe interprofessionnelle. Elle était aussi soulignée par les médecins généralistes interrogés, enthousiastes de toute occasion de rencontre interprofessionnelle.

CONCLUSION

Dans mon étude, près de la moitié des médecins généralistes connaissent l'Entretien Prénatal Précoce, et seuls un quart le proposent à leur patientes. Plus de 80 % pensent qu'il a un intérêt, et les deux tiers seraient motivés pour s'y former. Ces résultats permettent d'espérer un développement de l'EPP en Médecine Générale. Du côté des médecins formés, les freins supposés à la réalisation de l'EPP se confirment : le manque de temps, la réalisation de façon informelle et plus spontanée au fil des consultations. D'autres difficultés apparaissent en pratique, en particulier, le positionnement du médecin généraliste par rapport au patient est modifié, pouvant parfois créer un malaise, comme si le cadre de l'EPP était trop artificiel pour la pratique du médecin généraliste qui s'enquiert spontanément des questions médico-sociales et psychologiques au fil du suivi. Néanmoins, les médecins qui ont fait l'expérience de l'EPP s'accordent à dire que ce temps d'échange est intéressant et pertinent.

C'est un outil particulièrement utile au dépistage des femmes en situation de vulnérabilité. Il permet d'orienter vers une prise en charge personnalisée, notamment de mettre en place un soutien dans les situations de vulnérabilité et de précarité.

L'EPP est en effet l'occasion d'un moment privilégié pour les questions dépassant le cadre du somatique, le professionnel étant disponible pour l'écoute et le couple dans des conditions optimales pour laisser s'exprimer les besoins.

L'activité en réseau de périnatalité est à promouvoir parmi les médecins généralistes. Elle favorise les échanges entre professionnels. Elle permet de diffuser des outils à la disposition des professionnels, comme l'EPP, qui aspire à donner une dimension psycho-sociale et émotionnelle particulière au suivi des femmes enceintes.

Intégrer l'EPP à la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes permettrait qu'ils se l'approprient davantage et le développent dans leur pratique de la Médecine Générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morel M-F. Histoire de la naissance en France. Actual Doss En Santé Publique. 2008;(61/62):22–8.
2. Jacques B. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? La Santé de l'Homme. 2007 Oct;(391):20–2.
3. Akrich M. Accoucher à domicile ? Comparaison France / Pays-Bas. La Santé de l'Homme. 2007 Oct;(391):45–7.
4. Houzelle N, Cecchi C, Ricard E. Parents - professionnels de la naissance : une nouvelle relation ? La Santé de l'Homme. 2007 Oct;(391):16–9.
5. Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, 2007-2009. INSERM; 2013 Oct. Disponible sur : <http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>
6. INSERM. Rapport européen sur la santé périnatale [Internet]. 2013 Mai. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>
7. INSEE. Evolution des décès, du taux de mortalité et du taux de mortalité infantile en France [Internet]. 2014. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02230
8. OCDE. Taux de mortalité infantile [Internet]. OECD Publishing; 2014 Oct [cited 2015 Jun 13]. Disponible sur : http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/infant-mortality-rates/indicator/french_99e249f9-fr
9. Dugnat M, Capgras-Baberon D, Molénat F, Jacques B. Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? La Santé de l'Homme [Internet]. 2007 Oct;(391). Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/391.asp>
10. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonctions des situations à risque identifiées [Internet]. Recommandations professionnelles; 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
11. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles; 2005.
12. Bréart G, Puech F, Roze JC. Le plan de périnatalité 2005–2007, humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004 p. 42.
13. DHOS, Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Circulaire N°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 Mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité [Internet]. Disponible sur : <http://www.ffrsp.fr/data/mediashare/pm/x6ntsonpb83vwdt301zz236mtvp5xm-org.pdf>
14. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité [Internet]. [cited 2015 Jul 29]. Disponible sur : <http://www.ffrsp.fr/index.html>
15. Réseaux Ile-de-France [Internet]. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité. [cited 2015 Jul 29]. Disponible sur : <http://www.ffrsp.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-32.html>

16. Réseau de Santé Périnatal Parisien [Internet]. Disponible sur: <http://www.rspp.fr/index.php/accueil-professionnel>
17. Cartographie des réseaux [Internet]. PERINAT-ARS-IDF. 2014 [cited 2015 Jul 29]. Disponible sur: <http://www.perinat-ars-idf.org/cartographie.php#chap2>
18. SOLIPAM [Internet]. [cited 2015 Jul 29]. Disponible sur : <http://www.solipam.fr/>
19. DAPSA - Dispositif d'appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires [Internet]. dapsa. [cited 2015 Jul 29]. Disponible sur : <http://dapsa.asso.fr/>
20. Flori M, Le Goaziou M-F. Suivez-vous les grossesses ? La Revue du Praticien Médecine Générale. 2006 Sep;Tome 20(740-741):873–8.
21. Béatrice Blondel, KERMARREC M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants - INSERM - U.953 Enquête réalisée avec la participation des services de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux; 2011 Mai.
22. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. Rapport Complet. [Internet]. 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
23. DREES. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
24. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité [Internet]. Jan, 1994. Disponible sur : http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat1994.pdf
25. G. Bréart, Puech F., Rozé JC. Rapport "Mission périnatalité".
26. Molénat F. Rapport du Dr Molénat - Périnatalité et prévention en santé mentale Collaboration médico-psychologique en périnatalité. 2004 Jan.
27. Dugnat M, Douzon M, Capgras-Baberon D. La Nièvre, département pionnier de l'entretien de grossesse. La Santé de l'Homme. 2007 Oct;(391):27.
28. Société Française de Médecine Périnatale, Molénat F. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre. 2007;
29. Pichot-Charron E. Entretien prénatal précoce : proposé à toute femme enceinte. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2011 Mar;Tome 26(858).
30. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 [Internet]. 2010 Mai p. 140. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf
31. Dugnat M. J'ai pu parler de ma grossesse devant quelqu'un qui m'écoutait. La Santé de l'Homme. 2007 Oct;25–6.
32. Janvier E. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. Université d'Auvergne -Clermont 1; 2013.

33. Branger B. Réseaux de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2015(6-7):123–31.
34. Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Projet de rapport d'activité pour les réseaux d'Ile-de-France 2014. 2014.
35. Baunot N. Evaluation de l'EPP au sein du réseau. 2015 Juin.
36. Département de Médecine Générale Faculté de Médecine Paris 6. Liste des compétences - DES Médecine Générale [Internet]. Disponible sur : http://www.fmpmc.upmc.fr/modules/resources/download/fmpmc/Formation/MedecineGenerale/LISTE_COMPETENCES.pdf
37. WONCA. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille [Internet]. Wonca - World family doctors. Caring for people. Europe. Disponible sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
38. Aubin-Augin I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart P, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142–5.
39. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.
40. You M-B. L'outil "Entretien Prénatal Précoce" est-il utilisé par les médecins généralistes ? Thèse de Médecine Générale. Faculté de Médecine de Nantes; 2010.
41. Dabouy A-L. Un guide peut-il faciliter la réalisation de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes ? Thèse de Médecine Générale. Faculté de Médecine de Tours; 2013.
42. Charvet F. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant le réseau Aurore et l'Entretien Prénatal Précoce. Thèse de Médecine Générale. Faculté de Médecine de Lyon Est; 2011.
43. Apter G. Psychiatrie et grossesse. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2012 Jan;Tome 26(873).
44. Molénat F. Accompagnement et Alliance en cours de grossesse. yapaka.be; 2012. 54 p.
45. Vander Linden R, Roegiers L. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. yapaka.be; 64 p.
46. Molénat F, Visier J-P. Le poids des émotions en médecine périnatale...: Quels fondements pour une démarche scientifique ? Rev Médecine Périnatale. 2010 Sep;2(3):113–4.
47. Reyftmann L. L'entretien prénatal précoce est-il une ressource ? Témoignage : "Comment j'ai découvert les vertus de l'entretien prénatal précoce et ne peux plus m'en passer..." In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 243–8.
48. Mamelle N, Segueilla M, Munoz F, Berland M. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor--the benefits of psychologic support. Am J Obstet Gynecol. 1997 Oct;177(4):947–52.
49. Ségueilla M. La psychothérapie : validable ? La contribution de Nicole Mamelle. In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 197–204.

50. Clutier-Seguin J. Reprise des antécédents : outil face au traumatisme ? In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 231–4.
51. Israël J. Le pédiatre avant la naissance ? In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 249–58.
52. Maurel-Arrighi E. Le médecin de famille, oublié ? Un tissage patient. In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 263–6.
53. Mahieu-Caputo D. Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale, quelle prise en charge ? In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 183–8.
54. Blondel B, Lelong N, Saurel-Cubizolles M-J. Les femmes en situation précaire en France : déroulement de la grossesse et santé périnatale B. BLONDEL, N. LELONG, M.-J. SAUREL-CUBIZOLLES*. Angers: Société Française de Médecine Périnatale; 2009 p. 3–17.
55. Roegiers L. Nurse-Family Partnership de Olds, paradigme de la prévention ? In: Stress et grossesse - Quelle prévention pour quel risque ? Erès. p. 191–6.
56. Olds D, Kitzman H, Cole R. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010 Mai;164(5):419–24.
57. Brodeur J-M. Le programme québécois « Naître égaux – Grandir en santé » Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. Santé Société Solidar. 2004;3(1):119–27.

ANNEXE 1 : Suivi de grossesse selon la HAS

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
		Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cyto bactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour		
	Informé sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3° Cs	4° Cs	5° Cs	6° Cs	7° Cs
Mois de gestation	4° mois	5° mois	6° mois	7° mois	8° mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	x	x	x	x	x
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	x
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	x
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• Glycosurie et protéinurie	x	x	x	x	x
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	x
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	x	-	x
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	x	x	x	x	x
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	x	-	-
• Hémogramme	-	-	x	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	-	x	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	x	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	x
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	x	x	x	x	x
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	x	x	x	x	x

Consultation du 9° mois	
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytbactériologique des urines.

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

ANNEXE 2 : Guide d'entretien proposé par le Réseau Périnatal Parisien

Guide d'entretien

Ce document est une proposition de support pour l'entretien prénatal.

Toutes les questions ne sont pas à aborder systématiquement.

Choisissez l'ordre ou laissez choisir la femme ou le couple.

Vous pouvez commencer par : « Qui vous a proposé cet entretien ? »

Explorez les 3 dimensions pendant l'entretien : ① somatique ② sociale ③ affective

Santé globale

- **Hygiène de vie**
Régime alimentaire
Prise de poids
Automédication
Conduites addictives :
Alcool, tabac, drogues, médicaments
(Psychotropes)
- **Activité corporelle**
Sport
A l'écoute de son corps
- **Sexualité**

Informations à transmettre :

- Sur l'offre de soins
- Sur le suivi médical

Exemple : nom du professionnel qui va la suivre, fréquence des consultations, CS de tabacologie ...

Dimension affective

- **Etat psychologique :**
Sa perception
Se sentir en sécurité
Stress ou anxiété identifiés ?
Episodes dépressifs
- **Qualité du sommeil**
- **Autour de la naissance :**
Vécu ou ATCD personnels
Existe-t-il des peurs ou des craintes par rapport à :
La grossesse
L'accouchement : douleur
L'arrivée de l'enfant
Croyances familiales par rapport à l'accouchement et à l'allaitement
- **Décès, rupture**

Place du père

Relations de couple
Situation familiale
Aide à la maison
Accompagnement de la grossesse
Violence conjugale

Projet de naissance

Connaissance du réseau
*Qui travaille au sein du réseau ?
Qui fait quoi ?
Place de la PMI*

Choix de la maternité (type I, type II, type III)
Information sur les Transferts In Utero
Préparation à la naissance
Mode d'accouchement
Allaitement
Retour précoce à domicile en post-partum

Projet de parentalité

(Compétence parentale)

- Comment la femme se projette-t-elle comme mère ?
- Comment le conjoint se projette-t-il comme père ?
- Expérience auprès de nourrisson ?
- Comment cet enfant est-il attendu par la famille ? (grands parents, fratrie)

Environnement social

- **Vie quotidienne : Comment vivez vous ?**

Ressources / précarité / alimentation
Logement / problèmes de logement
(vit à l'hôtel, vit en foyer, hébergée chez des tiers)
Nombre de personnes au foyer
Situation régulière ou sans papier

- **Déplacements**

Eloignement travail - domicile
Eloignement domicile – maternité

- **Degré d'isolement et d'autonomie :**

Réseau familial/amical/caritatif
(Présent/ soutenant/hostile)
Capacité à s'orienter dans le système de soins (Handicap, population migrante)
Déménagement récent

Informations :

Droits de la femme enceinte

PMI
Assistante sociale
CAF

S'assurer que ses droits sont activés

Déclaration de grossesse

ANNEXE 3 : Plaquette EPP pour les professionnels

EN PRATIQUE

L'EPP est facultatif mais doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes dès le premier trimestre de la grossesse

Il doit être réalisé en dehors d'une consultation médicale

C'est un temps d'écoute, d'échange et d'information individualisée

Il ne s'agit pas d'un entretien psychologique

Il peut être réalisé en individuel ou en couple

Une fiche de synthèse sera rédigée avec la patiente qui pourra la transmettre aux professionnels de son choix

Confidentialité : seules les informations jugées importantes par la patiente seront transmises

L'entretien peut être réalisé auprès d'une sage femme ou d'un médecin (gynécologue ou généraliste)

Durée moyenne : 45-60 minutes

Si besoin un second entretien peut être proposé

Cotation : 25 C pour les médecins
SF 15 pour les sages Femmes

OÙ PEUT ON EFFECTUER UN EPP DANS LE RÉSEAU ?

Auprès de professionnels de santé libéraux (sages Femmes et médecins généralistes)

Dans certaines maternités

Auprès des sages-femmes PMI (Département 75)

Dans certains centres de PMI (Départements 92, 93)

L'annuaire de ces professionnels est disponible à la coordination ou sur le site Internet du réseau



Réseau Périnatal Paris Nord & Est

N'hésitez pas à nous contacter !

3-5, rue de Metz 75010 Paris

Tél : 01 48 01 90 28

Fax : 01 48 01 98 30

www.rppn.fr

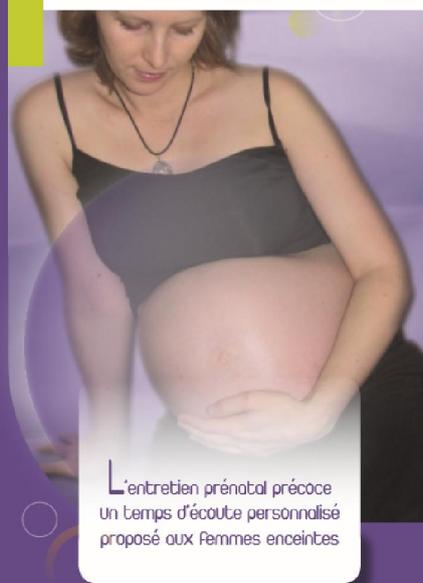
contact@rppn.fr



Réseau Périnatal Paris Nord & Est

Des professionnels ensemble au service des mères et des enfants

L'Entretien Périnatal Précoce



L'entretien périnatal précoce
Un temps d'écoute personnalisé
proposé aux Femmes enceintes

CONTEXTE



Le rapport DHOS de janvier 2004, propose la mise en place d'un entretien systématique vers le 4^{ème} mois de grossesse afin de :

- Permettre l'expression des attentes, questions et craintes des parents et susciter leur confiance
- Repérer les points d'appui, l'entourage personnel
- Repérer les facteurs de vulnérabilité
- Respecter et activer le réseau de proximité
- Favoriser la collaboration avec d'autres acteurs (après avoir consolidé les premiers liens)

L'Entretien Périnatal Précoce s'inscrit parmi les mesures du Plan de périnatalité 2005-2007 qui visent à assurer « plus d'humanité » dans le déroulement de la grossesse

Enfin la mise en place et la formation des professionnels (sages Femmes et médecins) à la réalisation d'un Entretien Périnatal Précoce fait partie des missions d'un réseau de santé en périnatalité décrites dans le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité (2006)

Convention de financement FICQS du RPPN (2007)

L'une des conditions de financement du réseau est, la mise en place de l'Entretien Périnatal Précoce sur l'ensemble du territoire Nord Parisien

SES OBJECTIFS

L'HAS fixe cinq objectifs à cet entretien :

- Présenter le dispositif de suivi de la grossesse
- Situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et présenter leurs articulations
- Anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir
- Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risques, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie
- Présenter et favoriser l'accès de la femme et du couple aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

L'entretien périnatal ne se substitue pas aux consultations prénatales dont il est complémentaire. C'est un temps d'échange et d'écoute personnalisé. C'est un outil qui favorise et renforce l'appropriation de la grossesse par la femme ou le couple. C'est aussi un outil au service des professionnels qui favorise la collaboration interprofessionnelle et le travail en réseau



L'EPP DANS LE RESEAU

Des formations pour les professionnels:

- Organisation de séminaires de formation sur la réalisation d'un entretien périnatal
- Mise en place de réunions pluridisciplinaires de reprises de cas dans la dynamique des formations de formateur de Françoise Malénet

Des outils mis à disposition des professionnels:

- Une plaquette d'information* destinée aux patientes**
- Un guide d'entretien* destiné aux professionnels réalisant des entretiens

• Une Fiche de synthèse**

Cet outil favorise la transmission d'informations entre les professionnels dans le respect de la confidentialité

Le réseau a conçu une fiche de synthèse en format 3 feuillets carbonés**

Le premier feuillet est transmis à la patiente qui le transmet au professionnel de son choix (médecin traitant, gynécologue ou sage femme effectuant le suivi obstétrical et/ou équipe de salle de naissance...)

Le second feuillet est conservé par le professionnel. Le troisième feuillet est anonymisé et transmis à la coordination pour évaluation.

Le réseau encourage les professionnels à utiliser cette fiche de synthèse à l'issue de chaque entretien réalisé

- Un annuaire actualisé des professionnels formés réalisant des entretiens sur le territoire du Nord Parisien
- Un annuaire ressources facilitant l'orientation des femmes enceintes dans le RPPN en fonction des besoins exprimés lors de l'entretien (en cours de réalisation)

* Disponible sur simple demande à la coordination

** Blocs de 50 exemplaires disponibles à la coordination

ANNEXE 4 : Plaquette EPP pour les patientes

L'Entretien Prénatal Précoce

L'Entretien Prénatal Précoce

? Afin de préparer cet entretien, voici quelques sujets que vous pourrez aborder avec le professionnel :

- Comment je vis ma grossesse ?
- Comment je me sens ?
- Quelles sont mes attentes, mes inquiétudes ?
- Comment j'envisage la naissance ?
- Comment me préparer à l'arrivée de mon ou de mes enfants ?

? Vos questions :

La liste des professionnels réalisant l'entretien prénatal est disponible à la coordination des réseaux. N'hésitez pas à nous contacter!



Réseaux Périnataux Paris Nord & Est

RESEAUX PERINATAUX PARIS NORD & EST
3-5, rue de Metz
75010 PARIS
Tél. : 01 48 01 90 28 - Fax : 01 48 01 98 30
contact@rpn.fr
www.rpn.fr



L'Entretien Prénatal Précoce
"C'est un temps d'échange et d'écoute personnalisé"



Réseaux Périnataux Paris Nord & Est



Des professionnels de santé ensemble pour la santé des mères et des enfants

? Pourquoi ?

Rencontrer un professionnel de santé pour parler de :

- | Vos attentes
- | Vos besoins
- | Votre projet de naissance

Entendre vos questions et vous informer sur vos droits et le suivi de votre grossesse.

Préparer au mieux la naissance de votre enfant.

📅 Quand ?

Dès la déclaration de grossesse et sans limite de date. Il vous sera systématiquement proposé.

👤 Avec qui ?

Vous pouvez réaliser cet entretien auprès d'une sage femme ou d'un médecin gynécologue ou généraliste.

Cet entretien est confidentiel, aucune information ne pourra être transmise sans votre accord.

⚙️ Comment ?

Durée : 45 minutes en moyenne.

L'entretien s'effectue **en individuel ou en couple**.

Il est **facultatif**.

C'est un **moment privilégié** pour échanger avec un professionnel de santé, en dehors de toute consultation médicale.

Sans prescription : vous n'avez pas besoin d'une prescription médicale pour le réaliser.

Pris en charge à 100% par votre assurance maladie, la COTU ou l'AMIE.

Si vous êtes sans assurance maladie, vous pouvez le réaliser gratuitement auprès d'une sage femme de PMI.



📍 Où le réaliser ?

En ville :

Auprès d'un professionnel de santé libéral :

- | Sage femme
- | Médecin généraliste
- | Gynécologue

A l'hôpital :

Toutes les maternités ne l'ont pas mis en place. Renseignez-vous !

Dans un centre de PMI* :

Vous pouvez sous certaines conditions réaliser cet entretien auprès d'une sage femme de PMI.

* La liste de ces professionnels est disponible à la consultation de réseaux.

📄 Issue de l'entretien

A la fin de l'entretien, le médecin ou la sage femme rédigera avec vous une fiche de synthèse. Vous pourrez la transmettre au professionnel de votre choix.



ANNEXE 5 : Fiche de synthèse du Réseau Périnatal Parisien



Réseaux Périnataux Paris Nord & Est

ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

13801

FICHE DE SYNTHÈSE

I. Signalétique

Nom Prénom :

Age :

Situation maritale : Vit seule Vit en couple

Profession :

Nombre d'enfants :

Couverture sociale : CMU AME SS SS+Mutuelle

Domiciliation (CP+ville) :

Maternité :

II. Points abordés avec la patiente :

- Santé globale
- Environnement social
- Aspect émotionnel
- Projet de naissance
- Autres : (préciser) :

Date : _____ terme :

EPP proposé par (Nom Prénom):

Gynécologue Sage femme médecin généraliste

Réalisé par (*Nom, Prénom*) :

Gynécologue Sage femme médecin généraliste

Lieu : Libéral PMI Hôpital

Durée de l'entretien :

Conjoint présent à l'entretien : oui Non

III. Décisions :

• Soutien proposé :

- Assistante sociale Psychologue
- Tabacologue Addictologue
- Diététicienne Sage femme de PMI

Autre (préciser) :

• Second entretien proposé : oui non

IV. Synthèse de l'entretien rédigée avec la patiente ou le couple :

La patiente accepte d'être recontactée après la naissance pour nous faire partager son expérience : oui non

Nom et Prénom :

Téléphone :

① Feuille blanc à transmettre à la patiente. ② Feuille vert à conserver par le professionnel
③ Feuille bleu à transmettre à la coordination au 01.48.01.98.30

ANNEXE 6 : Questionnaire distribué aux médecins généralistes lors des congrès de Médecine Générale

Questionnaire de thèse sur l'entretien prénatal précoce destiné aux médecins généralistes

1) Vous êtes : Une femme Un homme

2) Quel est votre âge ?

3) Vous êtes médecin généraliste : installé remplaçant salarié

4) Vous exercez en milieu : urbain semi-rural rural

5) Quel est le code postal de votre lieu d'exercice :

6) Suivez-vous des femmes pour leur grossesse? Oui Non

7) Si oui, combien en voyez-vous par mois pour le suivi de leur grossesse ?

8) Êtes-vous membre d'un réseau de périnatalité ? (exemples : réseau périnatal Paris Nord, réseau périnatal 92 Nord, périnatal 92 Sud, Périnat IF Sud, réseau Aurore, etc)

Oui

Non

9) Si oui, lequel ?

L'entretien prénatal précoce (EPP), ou entretien du 4^e mois, conçu comme «un temps d'échange et d'écoute», doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes, dès la déclaration de grossesse. Il s'agit d'un entretien individuel ou en couple réalisé par une sage-femme ou un médecin, en dehors d'une consultation médicale, d'une durée de 45 minutes environ et pris en charge à 100%. Il s'agit en pratique d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte.

10) Connaissez-vous l'entretien prénatal précoce ?

Oui

Non

11) Pensez-vous que l'entretien prénatal précoce a un intérêt ?

Oui

Non

12) Proposez-vous l'entretien prénatal précoce à vos patientes enceintes ?

(si vous avez répondu oui à la question 10)

Oui

Non

13) Savez-vous à qui adresser précisément pour le réaliser ?

- Oui
- Non
- Vous n'avez pas à adresser, vous le réalisez vous-même tel que défini ci-dessus.
- Ne se prononce pas.

14) Si vous ne proposez pas l'entretien prénatal précoce, pourquoi ne le proposez-vous pas? (plusieurs réponses possibles)

- Méconnaissance de l'outil
- Vous n'y pensez pas : manque de temps lors des consultations prénatales
- Vous avez l'impression de le faire déjà de façon informelle
- Vous n'êtes pas convaincu de son intérêt
- Vous ne savez pas à qui adresser
- Autre :

15) Seriez-vous intéressé(e) par une formation à l'entretien prénatal précoce ?

- Oui
- Non
- Formation déjà faite

16) Aimerez-vous réaliser vous-même l'entretien prénatal précoce tel que défini plus haut?

- Oui
- Non
- Vous le faites déjà.

Commentaires:

N'oubliez pas de me remettre le questionnaire une fois que vous l'avez rempli !

Merci de votre participation !

Pour toute question complémentaire ou si vous souhaitez connaître les résultats de mon étude, vous pouvez me contacter à cette adresse mail : these.epp@gmail.com

ANNEXE 7 : Présentation de l'enquête aux médecins généralistes formés à l'EPP avant l'interview

Présentation de l'enquête :

L'entretien prénatal précoce a été instauré par le plan de périnatalité 2005-2007. Comme vous, de nombreux médecins généralistes assurent le suivi de grossesses à bas risque.

Mon travail de thèse porte sur la place de l'entretien prénatal précoce en Médecine Générale, en s'interrogeant sur votre point de vue vis-à-vis de l'entretien prénatal, vos difficultés et vos attentes.

Dans un premier temps, je vous demanderai de vous présenter, en renseignant votre lieu et type d'exercice, votre âge, le nombre de grossesses que vous suivez annuellement, la date de formation à l'entretien prénatal. Dans un second temps, nous discuterons de votre expérience de l'entretien prénatal, de votre point de vue, de vos difficultés et de vos attentes.

Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré et rendu anonyme.

**ANNEXE 8 : Guide d'entretien pour les entretiens semi-dirigés des médecins généralistes
formés à l'EPP
Grille entretien MG n°**

<u>Caractéristiques Médecin</u>	
Sexe	
Age	
Lieu d'exercice (cabinet libéral seul, cabinet libéral de groupe avec médecins généralistes, cabinet libéral de groupe avec autres professionnels, centre de santé, PMI, remplacement) / statut	
Code postal lieu exercice	
Nombre d'années d'installation	
Nombre de suivis de grossesses par an	
Date formation EPP	
Nombre EPP réalisés depuis formation	
<u>Découverte de l'outil et formation</u>	
Comment avez-vous découvert l'EPP ? (formation continue / presse médicale / réseau périnatal / médias généralistes / autre)	
Qu'est-ce qui vous a motivé à faire la formation ?	
L'accès à la formation vous a-t-il semblé difficile ?	
Comment avez-vous trouvé la formation ?	
Est-elle adaptée au médecin généraliste ?	
<u>Utilisation de l'outil</u>	
A qui proposez-vous l'EPP ? Comment présentez-vous et proposez-vous l'EPP ?	
Proposez-vous l'EPP à toutes vos patientes ? (systématiquement / souvent / parfois / jamais / uniquement en situation particulière / uniquement si vous ne suiviez pas la patiente avant sa grossesse)	
Si vous le proposez, le faites-vous dès la 1 ^{ère} consultation prénatale ?	
Si vous proposez l'EPP, proposez-vous de le faire avec vous-même ?	
Proposez- vous les différentes possibilités : avec vous, avec autres professionnels (Sage-femme libérale, Sage-femme de PMI, Sage-femme maternité, autre)	
Quand vous avez adressé pour l'EPP, en avez-vous eu des retours ?	
Sous quelle forme ? (écrite par la fiche de synthèse / orale par la patiente / autre)	
<u>Si vous faites l'EPP a vos patientes :</u>	
Il est réalisé plutôt au : 1er trimestre / 2e trimestre / 3e trimestre ?	
Si l'EPP est réalisé, en êtes-vous satisfait ?	
Respectez-vous la durée conseillée de 45 min ? Durée adaptée selon vous ?	

<u>Exemple du dernier EPP que vous avez fait</u>	
Quels thèmes abordez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le déroulement de la grossesse <input type="checkbox"/> La préparation du travail et de la naissance <input type="checkbox"/> La construction de la parentalité <input type="checkbox"/> Les soins du nouveau-né <input type="checkbox"/> L'allaitement <input type="checkbox"/> Le contexte social (<input type="checkbox"/>logement, <input type="checkbox"/>emploi) <input type="checkbox"/> Le contexte familial <input type="checkbox"/> Les violences conjugales <input type="checkbox"/> Le projet de naissance <input type="checkbox"/> La planification du suivi de grossesse <input type="checkbox"/> L'hygiène alimentaire, la nutrition et les risques alimentaires <input type="checkbox"/> Les risques de l'automédication 	
Quels sont les thèmes que vous avez abordés les plus fréquemment ?	
Quels sont les thèmes abordés à votre initiative , ceux abordés à l'initiative de la patiente, du couple ?	
Lors des EPP réalisés, le futur père est-il présent ?	
<u>Le dépistage des situations de vulnérabilité</u>	
Avez-vous découvert une/plusieurs situations de vulnérabilité lors de l'EPP qui était méconnue auparavant ? Si oui, une ou plusieurs ? de quel type ? Si non, préciser : pas de situation de vulnérabilité Ou situation(s) de vulnérabilité déjà connue(s)	
Si oui, laquelle/lesquelles avez-vous fait émergé(es) ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolement maternel <input type="checkbox"/> Conflit conjugal <input type="checkbox"/> Violence conjugale <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Episode dépressif <input type="checkbox"/> Addiction : <input type="checkbox"/>tabac / <input type="checkbox"/>alcool/<input type="checkbox"/>drogue/<input type="checkbox"/>médicaments <input type="checkbox"/> Précarité de logement de couverture sociale d'emploi <input type="checkbox"/> Naissance à haut risque psychoaffectif après l'annonce prénatal d'une maladie, d'un handicap ou d'une malformation 	
Si la situation de vulnérabilité était déjà connue, l'EPP a-t-il permis d'en parler davantage et dans de meilleures conditions ?	
La discussion autour de cette vulnérabilité vous a-t-elle paru bénéfique ? pour la femme / pour le couple / non / nsp	

<p>A-t-elle mené à une proposition de prise en charge ? Si oui, laquelle ? Par exemple : <input type="checkbox"/> Un 2^e entretien <input type="checkbox"/> Une orientation vers un professionnel <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Addictologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Associations d'aides <input type="checkbox"/> Sages-femmes <input type="checkbox"/> Autres :</p>	
<p><u>Les difficultés ressenties face à l'EPP en MG</u></p>	
<p>SI MG ne le propose pas : Pourquoi ne le proposez-vous pas ? Par exemple : oubli / manque de temps lors des consultations prénatales/ méconnaissance de l'outil / non convaincu de son intérêt/ multiplication des intervenants / impression de le faire déjà de façon informelle / autres</p>	
<p>Quelles sont les freins à votre réalisation de l'EPP ? Par exemple : manque de temps / rémunération jugée insuffisante / réseau de partenaires incomplet / formation insuffisante / méconnaissance de l'outil / multiplication des intervenants/ non convaincu de son intérêt pour la suite du suivi / impression de le faire déjà de façon informelle/autre</p>	
<p>Quelles difficultés avez-vous/auriez-vous à la conduite de cet entretien ? (question médicale/sociales/psychologiques...)</p>	
<p><u>Point de vue sur l'EPP</u></p>	
<p>Pour vous, quelle est l'utilité de l'EPP ?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que l'EPP peut vous aider à mieux suivre la grossesse ? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que l'EPP peut être bénéfique pour la femme enceinte/le couple ? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous qu'il peut être l'occasion de mieux intégrer le futur père au suivi de grossesse ? 	
<p>Pour vous, quelles en sont les limites ?</p>	
<p>Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la pratique de l'EPP en MG à moyen terme ? (dispositifs facilitant son intégration, aides, formation etc)</p>	
<p>Quelles sont vos attentes vis-à-vis du réseau de périnatalité ?</p>	
<p>Quels professionnels auraient plus de légitimité à réaliser l'EPP ?</p>	
<p>Pensez-vous que la SF a plus de légitimité à réaliser l'EPP ? Si oui, pourquoi ? Si non pourquoi ?</p>	
<p>Autres commentaires, remarques :</p>	

ABSTRACT

General practitioners are likely to monitor low risk pregnancies. The particularity of the general practitioner's role is that it focuses on the overall care of patients by taking into consideration medical, social as well as psychological issues. It is this spirit of giving a more human dimension and of ensuring the emotional safety of pregnant women that gave rise to early prenatal care (EPP). EPP is gradually being integrated into practice, but very few GPs have adopted it. The aim of my thesis is to conduct an inventory of early prenatal care in general practice in order to understand the reasons behind the hesitations: do GPs know and understand EPP ? What is their perspective on EPP ? What is the experience of general practitioners trained in EPP ?

Materials and Methods: An observational quantitative study was conducted among general practitioners using a questionnaire. A qualitative study with semi-structured interviews was conducted among general practitioners trained in the EPP.

Results: Of the 153 physicians surveyed, 47,7% are aware of EPP and 26% say that they offer it to their patients. 87,6% are convinced of the value of EPP. 66% are motivated to undergo training and 53,6% want to master it. Among general practitioners trained in EPP, the 10 doctors interviewed are all convinced of its' interest, the main difficulties being lack of time and doing the interview gradually. One of the obstacles is the particular positioning of the general practitioner in the interview process.

Major expectations relate to the integration of EPP in initial and further medical training, to the raising of awareness among the EPP general practitioners and to the improvement of communication between professionals via networking activities.

Keywords: Early Prenatal Care - Monitoring of pregnancy - General Medicine

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université

Le Professeur *Scrima*

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date

04/09/2015

Hôpital Robert Debré
Service de gynécologie maternité
48, Bd Sérurier
75935 Paris Cedex 19
N° FINESS 750803454

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

- Philippe RUSZNIEWSKI

THESE : L'Entretien prénatal Précoce en Médecine Générale : point de vue des Médecins Généralistes

RESUME :

L'objectif de ma thèse est de proposer un état des lieux de l'Entretien Prénatal Précoce en Médecine Générale. Les médecins généralistes sont nombreux à assurer le suivi des grossesses à bas risque. La particularité du médecin généraliste est la prise en charge globale des patients, en conciliant à la fois les enjeux médicaux, sociaux et psychologiques. C'est dans ce même esprit d'accorder une dimension plus humaine et d'assurer la sécurité émotionnelle des femmes enceintes qu'est né l'Entretien Prénatal Précoce (EPP). Il s'intègre progressivement dans les pratiques, mais peu parmi les médecins généralistes. Les médecins généralistes connaissent-ils l'entretien prénatal précoce ? Quel est leur point de vue sur l'entretien prénatal précoce ? Quelle est l'expérience des médecins généralistes formés à l'entretien prénatal précoce ?

Matériel et méthodes : Une étude quantitative observationnelle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire, auprès de médecins généralistes recrutés en congrès de médecine générale. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite auprès de médecins généralistes formés à l'EPP.

Résultats : Parmi les 153 médecins interrogés, 47,7 % connaissent l'EPP et 26% disent le proposer à la patiente. 87,6 % sont convaincus de l'intérêt de l'EPP. 66 % sont motivés pour suivre une formation, et 53,6 % pour réaliser l'EPP. Les dix femmes médecins généralistes formées à l'EPP qui ont été interrogées sont toutes convaincues de son intérêt. Les freins sont principalement le manque de temps et l'impression de faire l'entretien de façon informelle. Une des difficultés est le positionnement particulier pour le médecin généraliste lors de cet entretien.

Les attentes portent sur l'intégration de l'EPP à la formation médicale continue et initiale, afin de mieux faire connaître l'EPP parmi les médecins généralistes. Elles portent aussi sur l'amélioration de la communication entre professionnels grâce à l'activité en réseau, à valoriser davantage.

Mots-clés : Entretien prénatal précoce – Suivi de grossesse – Médecine générale