

REFERENTIEL DE FORMATION A L'ENTRETIEN PRENATAL DU PREMIER TRIMESTRE

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, parallèlement aux recommandations de l'HAS concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

Sociétés et organisations professionnelles impliquées

- Société Française de Médecine Périnatale
- Société de Psychologie Périnatale
- Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (Afrée)
- Le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon »
- Les écoles de sages-femmes
- L'unité « Petite enfance » du Service de médecine psychologique pour enfants (CHU Montpellier)
- Le Conseil Général de l'Hérault (PMI).

L'ensemble du travail a été coordonné par l'équipe de l'Afrée.

Groupe de pilotage

Dr Françoise Molenat, pédopsychiatre, CHU Montpellier
 Dr Rose-Marie Toubin, pédopsychiatre, CHU Montpellier
 Dr Joël Roy, pédopsychiatre, CHU Montpellier
 Mme Gisèle Criballet, sage-femme, coordinatrice du réseau Naître en L.R
 Mme Corinne Chanal, sage-femme, CHU Montpellier
 Mme Alexandrine Auffret, sage-femme libérale, Montpellier
 Mme Mireille Selvy, sage-femme PMI (CG 30)
 Dr Nadia Rachedi, gynécologue-obstétricienne, Promotion Santé et Epidémiologie (CG 34)
 Mme Brigitte Gauthier, sage-femme formatrice à l'entretien, Montpellier

Groupe d'experts

Mme Catherine Bertevas, sage-femme, Brest (Société Française de Médecine Périnatale - SFMP)
 Dr Laurence Caeymaex, pédiatre néonatalogue, Clamart (Société Psychologie Périnatale)
 Mme Marie Héléne Debar, sage-femme, Nancy (Service PMI)
 Dr Alain Fournié, gynécologue obstétricien, Angers (SFMP)
 Dr Françoise Gonnaud, pédopsychiatre, Lyon (Société Psychologie Périnatale)
 Mme Anne Kerguelen, sage-femme coordinatrice, St Briec (SFMP)
 M. A. Manela, gynécologue-obstétricien, Beauvais (CNGOF)
 Dr Oguz Omay, psychiatre adulte, Tain l'hermitage (Société Psychologie Périnatale)
 Pr. Umberto Simeoni, pédiatre, Marseille (SFMP)
 Dr Grégoire Thery, gynécologue obstétricien, Annecy (Société Psychologie Périnatale)

Consultants

Pr. Gérard Lévy, gynécologue-obstétricien, Aix-en-Provence
 Pr. Jean-Charles Picaud, pédiatre, Montpellier
 Dr Gisèle Danon, pédopsychiatre, Bourg La Reine
 Mme Danièle Capgras Baberon, sage-femme formatrice à l'entretien et consultante réseau, Clamecy
 Dr Nadine Bouënel, gynécologue-obstétricienne, Nîmes

Sommaire

I – Rappel sur l’entretien

1. Des objectifs
2. Un état d’esprit.
3. Ce que l’entretien ne doit pas être

II- La formation

1. Qu’attendent les professionnels ?
2. Des principes directeurs
3. Des modalités minimales d’organisation
 - Le contexte de terrain
 - Les participants
 - Le montage de la formation
 - Le rythme de l’action de formation
 - Evaluation et suivi de la formation

III- Glossaires

1. Les principales questions à se poser au cours de la formation
2. « L’esprit de réseau » et ses effets

Annexes :

Annexe 1 : idées essentielles des recommandations de l’HAS

Annexe 2 : méthodologie de travail pour la construction du référentiel

Annexe 3 : préparation et montage à partir d’une formation régionale

Annexe 4 : exemple d’un programme de formation sur site

Annexe 5 : proposition de grilles d’évaluation

Annexe 6 : les formations en réseau sur site

Annexe 7 : la formation de base à l’entretien dans les écoles de sages-femmes

Préambule :

Mesure centrale du Plan Périnatalité 2005-2007, l'entretien du 1^{er} trimestre de la grossesse peut être considéré comme un pont entre deux cultures qui jusqu'alors se chevauchaient insuffisamment : l'objectivité nécessaire de la médecine organique, la subjectivité porte d'entrée au registre émotionnel.

Les arguments scientifiques ne manquent pas pour une approche intégrée de l'ensemble des données biologiques, émotionnelles, environnementales si l'on veut donner à l'enfant toutes ses chances de développement harmonieux.

L'entretien du 1^{er} trimestre ne remplira son rôle que s'il est considéré par l'ensemble des acteurs de la périnatalité comme un « outil pour tous », dans un esprit d'étroite collaboration de la grossesse à la petite enfance, afin d'offrir aux parents et enfants vulnérables « l'enveloppe humaine » adaptée à leur sensibilité, leurs éventuels besoins d'étayage – et ce, avant que n'apparaissent les effets des décalages entre ces besoins et les réponses apportées par les représentants des diverses disciplines concernées (obstétrique, pédiatrie, médecine générale, médico-sociale, psychologique et psychiatrique).

L'offre aux parents d'une écoute attentive de leurs attentes et questions, le recueil précoce des facteurs de stress, ne devraient pas être considérés comme un acte « à part », mais la porte d'entrée à une réintégration nécessaire de la dimension affective dans le processus humain qu'est la naissance, donnant son plein sens à une démarche attentive de prévention, à l'opposé de toute stigmatisation.

Ce nouvel acte médical, placé sous la responsabilité des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des médecins généralistes, méritait une réflexion approfondie et un accompagnement étroit dans sa mise en route, car il s'agit bien d'un changement de culture, tant au sein de la médecine que du champ de la « santé mentale ». La Direction Générale de la Santé a eu le souci d'offrir aux professionnels qui mèneront l'entretien, mais aussi l'ensemble des acteurs, un cadre d'exercice pour une meilleure mise en route, parallèlement aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Réflexion, débat, rencontre, respect mutuel, suivi, doivent marquer l'esprit des formations à l'entretien du 1^{er} trimestre, au-delà des dérives que pourrait entraîner une mesure qui touche à l'intimité des familles, mais aussi aux identités professionnelles.

La proposition ci-après d'un « cadre de formation » à l'entretien du 1^{er} trimestre a été voulue suffisamment souple pour préserver la créativité des terrains, s'appuyant sur les instances en place sur chaque site, reliée aux Réseaux périnatals dans son implantation et sa dynamique interprofessionnelle.

Une réévaluation régulière au cours des premières années de mise en place s'impose, qui s'enrichira de l'expérience acquise par l'ensemble des acteurs de la périnatalité et par les parents eux-mêmes.

I – Rappel sur l’entretien ¹

1. Des objectifs

Généraux :

- Prendre en compte les facteurs d’environnement (somatiques, sociaux, affectifs)
- Optimiser le déroulement de la grossesse, de l’accouchement et de l’accueil du nouveau-né
- Garantir les conditions d’un développement optimal de l’enfant et de la construction des liens affectifs.

Spécifiques :

- Diminuer les effets négatifs des pratiques classiques (cloisonnement, manque de cohérence...)
- Améliorer l’ajustement des professionnels aux besoins exprimés par les futurs parents
- Prendre en compte les « ressentis » qui ne se disent pas aisément dans une consultation classique. (angoisse larvée, antécédents obstétricaux traumatiques enfouis, problèmes de prise de toxique, violence familiale...)

2. Un état d’esprit

a/- Une occasion d’ouvrir le dialogue avec les parents à propos du suivi médical de la grossesse et de l’accueil de l’enfant

- Il doit être mené par un professionnel de la grossesse (sage-femme, médecin).
- Ecouter les futurs parents n’est pas quelque chose « en plus » mais la condition pour réintégrer le registre émotionnel dans le suivi.
- Un climat de confiance permet d’ajuster le suivi aux réels besoins exprimés.
- Le recueil précoce des facteurs de stress dans ces conditions vise à améliorer le déroulement obstétrico-pédiatrique et les aléas de la mise place des liens parents - enfant.

b/- L’occasion d’une information mutuelle

- Les futurs parents informent le praticien de leurs attentes, peurs, questionnements et de l’existence éventuelle des professionnels de confiance déjà engagés auprès d’eux.
- En réponse, le praticien informe la femme (le couple) de son intérêt pour la prise en charge globale de la grossesse, indique les réponses possibles du système de soins pour que la famille visualise et comprenne sa place active au cœur d’interventions parfois multiples.
- L’ajustement des réponses permet d’éprouver ou de retrouver une confiance dans le système de soins et d’améliorer la compliance au suivi proposé.

c/- Le starter d’un partenariat personnalisé

- Il est conçu pour aider les professionnels de périnatalité à s’ajuster aux besoins spécifiques.
- Il ne peut donc se mener sans une bonne connaissance des acteurs relais .
- La dynamique de l’entretien et sa place dans le suivi global se détermineront en fonction des partenaires déjà présents ou à introduire .
- La personnalisation des transmissions d’un professionnel à l’autre est essentiel.

¹ : C.F : résumé des recommandations de l’HAS PNP en annexe I.

3. Ce que l'entretien ne doit pas être

- Une consultation classique supplémentaire, un examen médical isolé

mais

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

- Un dépistage de facteurs de risque

mais

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

- L'ouverture d'un dossier médical

mais

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

- Un catalogue de conseils

mais

une information individualisée selon les besoins exprimés ou repérés.

- Un entretien psychothérapeutique ou psychosocial

mais

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

II- La formation à l'entretien

1- Qu'attendent les professionnels ?

Avis recueillis

- auprès de *sages femmes (libérale, hospitalière, PMI)* engagées dans la pratique de l'entretien prénatal précoce : expériences, questionnement et suggestion (conditions de mise en œuvre, acceptabilité par les femmes/couples, suivi de cet entretien...) et les conditions de sa formation.

- auprès des **médecins généralistes, obstétriciens, pédiatres, assistantes sociales, équipes de P.M.I., psychiatres, psychologues...** à l'occasion des *Colloques et Journées Réseau* : interrogations, réticences, enthousiasmes. L'avis de professionnels, qui pour la plus part ne pratiqueront pas l'entretien, est essentiel pour orienter les recommandations de formation et répondre aux questions sur la proposition de l'entretien et sur ses retombées avec en particulier les modalités de transmissions.

- auprès de *formateurs à l'entretien déjà impliqués (sage femme, psychologue, psychiatre)* : expérience, contenu et forme.

- auprès des utilisateurs de *formations en réseau* : témoignages des professionnels, conditions de mise en œuvre et effets sur les pratiques.

Auditions

Un large débat a permis :

- de faire émerger les difficultés dans la pratique de l'entretien (maniement de l'entretien ; pratique sur le terrain, conditions et dérives de sa mise en place, absence de culture de travail en réseau).

- de recueillir les questions soulevées par les autres partenaires (obstétriciens, pédiatres, psychiatres et psychologues, médecins généralistes...).

- d'affiner les limites du référentiel de formation :

Plusieurs types de questions ont été soulevées :

- Pourquoi un entretien précoce ?
- Est-ce une consultation en plus ?
- Est-ce obligatoire ? sa durée maximum ?
- Sa place et son articulation avec le suivi médical de grossesse ?
- S'agit-il d'un entretien « psychologique » ou « médical » ? Ecouter, jusqu'où ?
- Comment mener un entretien ?
- Mené par qui : pourquoi pas une assistante sociale, un psychologue, un pédiatre ... ?
- L'entretien peut-il se répéter ? Si oui, sur quel financement ?
- Faut-il transmettre d'emblée les messages de santé publique ?
- A qui en rendre compte ? quelle trace ? comment transmettre ?
- Comment ouvrir un relais vers le champ social ou psy (à partir des facteurs de risque) ?
- Les dangers d'aller trop vite dans le relais ? Comment suivre la mise en place du relais ?....
- Faut-il un référent pour les cas difficiles ?
- La place des psy en direct, la place des psy en 2^e ligne. Où les trouver ?
- La place du médecin généraliste
- L'articulation avec la préparation ?
- La formation initiale à cet entretien...

A partir de ces questions, les groupes de pilotage et d'experts ont approfondi les différents aspects de l'entretien (objectifs, contenu, conduite) et dégagé un cadre de référence de formation.

2- Des principes directeurs

- Permettre que les participants à la formation intègrent la globalité du processus de naissance (somatique, social, émotionnel).
- Permettre que chaque participant consolide sa sécurité de base afin d'accueillir les parents, de les entendre le temps suffisant avant de les orienter vers des spécialistes.
- Inclure l'entretien dans une dynamique d'accompagnement qui dépasse le temps de l'entretien.
- Concevoir l'entretien comme une aide technique à l'ensemble des professionnels.

3-Des modalités minimales d'organisation

‘ Un contexte de terrain favorable

La formation doit être l'occasion sur chaque bassin de naissances de réunir les acteurs de la périnatalité, soit à partir de réseaux (personnes ressources) déjà actives, à réactiver ou à créer.

Ces formations ne se conçoivent qu'articulées aux instances (CRN, réseau périnatal...) chargées localement de la mise en place du travail en partenariat.

La composition de l'équipe organisatrice et d'animation devra refléter l'état d'esprit de l'entretien et au minimum inclure :

- Une équipe pluridisciplinaire d'animateurs
 - un ou plusieurs professionnels pratiquant l'entretien (sage-femme en général).
 - un ou plusieurs professionnels capables d'animer une reprise en groupe de cas clinique (professionnel du champ psy ou médical formé).
 - un ou plusieurs professionnels engagés dans l'organisation et la pratique du travail en réseau (coordinateur de réseau ou autres).
- Une équipe d'organisation insérée dans les instances directement concernées
 - Le réseau périnatal, s'il existe est mandaté pour organiser, coordonner de telle formation et financer les libéraux. Il sera chargé en outre de collecter et de diffuser l'ensemble des adresses des services susceptibles d'intervenir dans les suivis de grossesse et après la naissance.
 - Les services de formation (conseils généraux, hospitaliers, formation continue des généralistes.) sont à même de s'organiser entre eux pour les financer (cf. : les directives du Plan Périnatalité)
 - Prévoir une cellule de reprise de « cas difficiles » pour pérenniser la formation

‘ Les participants

Le public concerné sera l'ensemble des professionnels susceptibles de pratiquer l'entretien prénatal.

Les sages-femmes seront le plus souvent majoritaires. Il est essentiel que toutes les catégories de pratiques soient représentées : libérale, hospitalière privée et publique, territoriale (équipes PMI des Conseils Généraux). Une session de formation devra permettre des échanges sur les points communs et les différences de pratique entre sages-femmes.

Les médecins engagés dans le suivi des grossesses : obstétriciens, médecin généraliste, médecin de PMI pourront également y participer. Selon les bassins de naissance et l'état des pratiques, leur présence paraît indispensable pour couvrir l'offre d'entretien aux usagers. La diversité des participants permettra que se discutent, site par site, leurs articulations réciproques.

Une telle représentativité des catégories professionnelles est nécessaire pour que soit acquise une bonne connaissance des diverses places professionnelles.

Des groupes de 15 à 25 participants sont nécessaires et suffisant pour atteindre cet objectif

Remarque pour les formateurs :

Vous serez en présence de trois niveaux de sensibilisation :

- des professionnels peu sensibilisés à l'abord émotionnel : *leur pratique, centrée sur les aspects physiologiques de la grossesse, ne les a pas familiarisés au recueil des données émotionnelles. Ils devront acquérir dans un premier temps des outils pour mener l'entretien (sécurité personnelle dans l'interrelation). Puis acquérir la culture du travail en partenariat (penser sa propre place en fonction de celle des autres).*
- des professionnels sensibilisés à l'abord émotionnel mais peu expérimentés au travail en partenariat : *il s'agit pour eux de transférer ce savoir-faire et être issues de leur pratique sur la spécificité de cet entretien. ??? L'expérience du groupe de travail nous a montré qu'un certain nombre de ces praticiens ont développé ces qualités d'écoute en cultivant la relation individuelle mais en restant isolés des autres professionnels. L'effort pédagogique sera mis pour eux sur la culture du travail en réseau.*
- des professionnels bien sensibilisés à l'abord émotionnel et au travail en partenariat : *ils savent repérer les facteurs de risque, ils connaissent les acteurs de terrain susceptibles de répondre aux besoins mais sont en difficulté face au cloisonnement institutionnel et au peu de moyens accordés aux reprises de cas. En début de formation, leur expérience peut être utilisée pour la présentation de cas cliniques et pour développer la question des transmissions*

L'apport des formateurs et les échanges entre participants doivent répondre à ces trois niveaux de besoins

‘ Le montage de la formation

Il paraît utile de concevoir deux types de session pour répondre à l'état d'esprit de l'entretien:

- Les sessions réunissant les seuls participants à la formation
Il y sera abordé plus spécifiquement le contenu, les techniques d'entretien, les échanges sur la pratique au travers de reprises de situations d'entretien.
- Les sessions pluridisciplinaires avec invitation de professionnels de la naissance
Seront également invités, non pas comme participants à la formation mais comme partenaires et seulement à certaines sessions ciblées sur un thème, les professionnels susceptibles d'intervenir dans le suivi des grossesses. (professionnels de maternité et de pédiatrie publique et privée, professionnels de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, professionnels du champs social et médico-social...) : cf. exemples de formation en annexe 2

Remarque pour les formateurs :

Ces sessions seront organisées autour de reprises de « cas difficiles » avec l'aide d'un animateur expérimenté (clinicien et familier du travail en réseau). Le groupe apprend à "penser ensemble" autour des situations de vulnérabilité particulièrement psychosociale. (Cf. les formations en réseau sur site en annexe 1)

‘ Rythme de l'action de formation

Les cycles étalés dans le temps (six sessions sur une année par exemple) permettront la mise en place de l'entretien pour ceux qui ne les auraient pas encore expérimentés.

Certaines de ces situations d'entretien seront retravaillées au cours des sessions permettant aux participants d'affiner leur pratique et aux formateurs de s'assurer, au fur et à mesure, que ces entretiens sont bien inscrits dans l'état d'esprit et la dynamique d'accompagnement souhaités.

Ce rythme permet également d'expérimenter, localement, les nouveaux contacts avec les professionnels de terrain, de s'essayer aux transmissions interprofessionnelles et de les rapporter au groupe de formation.

‘ *Evaluation et suivi de la formation*

L'évaluation porte sur deux points :

- l'acquisition par chaque participant des outils nécessaires (connaissance, comportements et attitudes pour mener à bien l'entretien prénatal (c.f. : annexe 5 : propositions de grilles d'évaluation).
 - l'activation des pratiques en réseau sur le bassin de naissance où exerce le professionnel.
- Pour le participant :
 - De nouvelles attitudes : a-t-il intégré l'état d'esprit et le contenu du plan périnatalité, les objectifs de l'entretien, l'apport des recommandations de l'HAS ?
 - De nouveaux comportements et compétences : a-t-il pu acquérir ou développer les deux types de compétences distinctes mais étroitement liées :
 - ❖ Aisance dans la rencontre individuelle.
 - ❖ Pertinence dans le travail en partenariat ?
 - Pour le bassin de naissance :
 - Les praticiens, sont-ils à l'aise pour présenter l'entretien ?
 - L'ensemble des acteurs de périnatalité, a-t-il pu apprécier les bénéfices de l'entretien en terme de qualité de naissance ?
 - Existe-t-il une instance de suivi pour la mise en place de l'entretien (Réseau ou CRN) pour évaluer son utilisation par les usagers ?
 - Existe-t-il une possibilité de reparler des cas difficiles pour ceux qui mènent l'entretien ?

Contenu pédagogique sous forme de glossaire

A- Les principales questions à se poser au cours de la formation

Pourquoi un entretien tôt dans la grossesse ?

Qui mène l'entretien ?

S'agit-il d'un entretien psychologique ou médical ?

Comment conduire un entretien ?

Quel contenu à cet entretien ?

Pour quel suivi ? Comment travailler ensemble ?

Les transmissions

La nécessité/possibilité de renouveler l'entretien

La formation initiale des sages-femmes à l'entretien

B- Rappel sur la notions d'esprit de réseau

Diminuer la part iatrogène des pratiques professionnelles

Un réseau personnalisé :

- L'activation des places professionnelles

- Les transmissions

- Le suivi de l'action menée : « suivi du suivi »

A- Les principales questions à se poser au cours de la formation

1- Pourquoi un entretien tôt dans la grossesse?

Selon le statut professionnel, la question se pose différemment :

Pour les sages-femmes (SF) libérales, quelles différences avec la première séance de préparation à la naissance (au 3^{ème} trimestre) ?

L'entretien prénatal apporte :

- par son contenu : entretien centré sur l'ensemble de la grossesse plutôt que sur la venue de l'enfant
- par sa temporalité: possibilité d'anticiper des difficultés dès le premier trimestre
- par son contexte : retour sur les praticiens qui suivent la grossesse.

Aider les professionnels du suivi à ajuster leur vigilance grâce aux transmissions.

Pour les SF de PMI : quelles différences avec leur pratique actuelle ?

Il apporte :

- par son contenu : un recentrage sur le suivi médical en y intégrant les aspects sociaux et psychologiques .
- par son contexte : une proposition d'entretien personnalisée par un professionnel de la naissance
- par son acceptabilité : une diminution de la réticence de certaines femmes (souvent les plus en difficulté) vis à vis du médico-social.

Pour les SF hospitalières : quelles différences par rapport à la consultation d'ouverture du dossier médical ?

Il apporte :

- une ouverture du dialogue pour prendre en compte les ressentis et ainsi faciliter la tâche des médecins.

Tant que les responsables des consultations, dans leur ensemble, n'ont pas éprouvé les retombées positives et l'efficacité de l'entretien, il leur est difficile de l'organiser de façon rationnelle.

L'approche biomédicale stricte ne prépare pas à l'exercice de l'entretien et nécessite une formation (conduites d'entretien, droits des femmes enceintes, connaissances des acteurs du réseau...).

Pour les SF des établissements privés : quelles différences par rapport à leur pratique habituelle ?

Le fonctionnement de certaines maternités privées (suivi précoce de grossesse assumé uniquement par les médecins) se voit modifié par l'instauration d'un entretien prénatal qui oblige à repenser la complémentarité médecin – sage-femme.

Une trop grande précocité ?

La question de la date de l'entretien a été soulevé par les obstétriciens qui craignent le surinvestissement d'une grossesse qui, dans 10% (fausses couches précoces), ne se poursuivra pas.

L'expérience de Meurthe-et-Moselle, débutée en 98 par le Conseil Général montre que, dans ce cas, les femmes rappellent et peuvent en reparler à la sage femme qu'elles ont rencontré.

Qui décide de la date de l'entretien ? L'information doit être systématiquement délivrée par le praticien qui découvre la grossesse mais peut juger du moment opportun de le proposer en fonction des situations.

Ce qui suppose de sa part :

- d'indiquer à la patiente son intérêt pour la globalité de la grossesse
- d'établir avec elle un lien de confiance préalable
- d'insister s'il en sent la nécessité soit pour lui, la gestante ou le couple.

Il semble donc nécessaire de préciser lors d'une formation la spécificité de la précocité de cet entretien :

1. *occasion d'un recueil des facteurs de stress ou facteurs de risque pouvant interférer avec certaines formes de complications obstétricales, afin de les prendre en compte dès que possible,*
2. *veiller à la cohérence et à l'ajustement de l'environnement professionnel en fonction de ce qui est vécu et exprimé par la femme enceinte,*
3. *répondre aux éventuelles questions sur le suivi médical de la grossesse, les conditions d'accouchement, la manière dont les professionnels travaillent ensemble.*
4. *retour indispensable au professionnel qui adresse :*
 - *soit simple, par la gestante elle-même*
 - *soit plus actif par un lien interprofessionnel si nécessaire*

2- **Qui mène l'entretien ?** Pourquoi pas une assistante sociale, des puéricultrices, un pédiatre, un psychologue ?

La sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue +/- obstétricien sont, « naturellement » présents dans un suivi de grossesse : leur identité professionnelle est donc rassurante parce que non connotée. L'entretien s'inscrit dans le cadre d'un projet positif, « mettre au monde un enfant » qu'il n'a pas lieu de pathologiser.

En outre, il pourra veiller à la cohérence des interventions sociales, psychologiques et les intégrer dans le suivi obstétrical.

L'idée de base est bien de donner la possibilité à une femme enceinte, en début de grossesse (ou couple) d'aborder son (ou leur) questionnement

- *à partir de l'état de grossesse*
- *avec un professionnel médical de la grossesse*
- *à propos d'un enfant à venir*
- *et surtout pas à partir d'un spécialiste des facteurs de risque.*

3- **S'agit-il d'un entretien psychologique ou médical ?**

L'entretien est la mise en forme d'une pratique à laquelle aspirent les praticiens de la périnatalité : « accompagner la globalité (somatique, sociale, émotionnelle) de la grossesse afin d'en améliorer le déroulement, de favoriser la construction des places parentales et d'augmenter la sécurité des futurs parents ».

- 1- Prise en compte des aspects émotionnels par les soignants et non délégation systématique aux psy*
- 2- S'intéresser d'abord aux composantes médicales plutôt qu'aux éléments affectifs d'emblée.*
- 3- Favoriser des liens de confiance à partir du suivi médical de la grossesse et non pas à partir des vulnérabilités psychologiques*
- 4- Eviter l'exploration active du passé affectif sans point d'appel dans le présent de la grossesse*
- 5- Rester en place le temps suffisant pour qu'une éventuelle orientation psychologique soit recevable par la gestante .*

4- Comment conduire un entretien ?.

Cet aspect de la formation pose la question de la pratique déjà acquise des participants.

En début de formation, il est essentiel de faire un tour de table quant aux attentes de chacun dans ce domaine. Les niveaux disparates orienteront le contenu de la formation.

Une session sera nécessaire pour faire le point et rappeler les règles de base de la conduite de l'entretien : (cf. recommandations de l'HAS : temps d'accueil, écoute active, utilisation de questions ouvertes ou fermées, reformulation ...).

L'analyse de situations d'entretiens , tout au long de la formation, permettra de revenir sur ces règles de façon pratique, d'éprouver qu'une inscription active dans le réseau de professionnels facilite en soi la conduite de l'entretien parallèlement à une formation complémentaire aux techniques de communication .

5- Quel contenu à cet entretien ? Des disparités sont constatées secondaires à l'absence de directives.

Il a pu prendre divers aspects : information type « promotion de la santé », recueil de données type « Audipog », ouverture de dossier médical ou entretien psychologique.

Le dépistage des facteurs de vulnérabilité avec utilisation de listings préétablis entraîne un risque majeur, de fuite des familles les plus en difficultés ou de blocage de la confiance...

Des informations mal ciblées par rapport aux besoins exprimés par les parents, auront pour effet au mieux de rester lettre morte, au pire, de les culpabiliser, dans une impossibilité de modifier leur comportement. Le danger est de rompre la chaîne d'accompagnement dès le début et de renforcer les sentiments négatifs avec pour conséquence rupture de suivi, nomadisme médical, fermeture du dialogue, isolement ultérieur...

Orienter l'entretien par des questions simples : recherche d'antécédents médicaux mal vécus, présence sécurisante ou non de l'entourage pour la grossesse et après la naissance, existence d'inquiétudes particulières (peur de l'accouchement , de se sentir incompetent...).

Pour les formateurs : l'ajustement du contenu aux besoins des parents et de l'enfant sera directement relié à l'expérience clinique et de travail en partenariat de celui qui mène l'entretien

- *proposer un cadre à l'entretien (conduite , contenu, dynamique...)*
- *s 'assurer d'une suffisante formation médicale de base actualisée*
- *s'assurer d'une suffisante formation concernant les droits sociaux.*
- *apprécier l'expérience clinique préalable (médicale et de travail en réseau).*
- *démarrer progressivement sur les sites*
- *proposer des reprises de cas avec une cellule de pilotage ou un professionnel expérimenté*
- *rappeler qu'il existe un risque important de dépister des vulnérabilités sans avoir de réponses adéquates à proposer .*

6- Pour quel suivi : comment travailler ensemble ?

Le couplage étroit entre entretien et partenariat fait l'unanimité mais les modalités, la faisabilité posent des questions institutionnelles à traiter avec rigueur, site par site, et au cas par cas.

• En amont : comment proposer l'entretien, sur quels arguments ?

Idéalement, le praticien qui déclare la grossesse devrait proposer l'entretien, puis bénéficier d'une transmission utile pour coordonner l'action individualisée à mener en fonction des besoins.

Concrètement, il lui sera plus aisé de le présenter quand il en aura expérimenté l'efficacité.

Les propositions se font actuellement de façon disparate :

Exemples :

Dans une maternité de type III, la secrétaire des consultations propose systématiquement l'entretien, sans lien avec l'obstétricien ou le médecin généraliste. Les SF, sans référence pour adresser conclusions ou propositions les retranscrivent simplement dans le dossier après accord de la patiente : le devenir de ces transmissions est aléatoire. Les SF se sentent isolées, sans continuité ni relais, au risque de réduire cette rencontre à un colloque singulier, qui garde sa qualité interne mais sans lendemain. Elles y voient le risque d'un dépistage sans construction possible d'un véritable projet individualisé avec les professionnels en aval.

En PMI, le certificat de naissance (premier feuillet de déclaration de grossesse) fait souvent office de point d'appel à une rencontre avec la S-F ; Si elle n'est pas en mesure de se relier avec le prescripteur ou le professionnel qui va suivre la grossesse, la chaîne de soins est brisée dès le début. , le risque est de désolidariser suivi médical et psychosocial.

Elle perd l'opportunité de s'appuyer sur le suivi médical pour renforcer la sécurité émotionnelle.

Des propositions d'étayage strictement social risquent d'augmenter le sentiment de dévalorisation et la non compliance aux propositions ressenties comme non personnalisées. Ce refus induit risque de se voir ajouté à la liste des vulnérabilités déjà repérées.

Dans le secteur libéral, l'absence de pratique de collaboration entre médecins généralistes/obstétriciens et sages-femmes rend caduque le dispositif et amène ces dernières à rencontrer trop tardivement les gestantes alors que les vulnérabilités ont déjà amené à des complications médicales (hypertension artérielle, hypotrophie, diabète gestationnel...). Ailleurs, on assiste à des suivis parallèles, non articulés, sans lien, source de flou voire de malentendu dans les informations proposées.

Si la formation s'adresse directement aux praticiens de l'entretien, elle doit aussi inclure les modalités d'information des professionnels en amont et en aval : invitations à une séance de formation, rencontre d'information (EPU, journées de sensibilisation, informations écrites...).

• **En aval :**

Les effets de l'entretien sont déjà patents :

- mise en évidence de vulnérabilités jusqu'alors méconnues (antécédents de psychopathologie bien contenues, séquelles traumatiques d'antécédents obstétricaux, difficultés affectives majeures...)
- facilité de recueil lorsqu'un professionnel est en position d'écoute et non d'examen ou de prise d'observation.
- accroissement des besoins d'appel au psychologue/psychiatre

Se pose alors la question des relais :

- *le relais psy mais lequel ?*

Quelle formation, quelle expérience de la périnatalité, quel mode de fonctionnement, quelle disponibilité ? Cette question dépasse le cadre de ce référentiel mais demandera à être explorée sur chaque terrain. L'invitation de psychologues et de psychiatres permettra de débattre des modalités de collaboration (disponibilité, formation, transmissions...).

- *les relais médicaux et sociaux :*

Ils dépendent de la pratique des sages-femmes et de leur réseau personnel.

- *le professionnel référent :*

Dans les situations où émergent de multiples vulnérabilités, l'expérience montre la nécessité d'un professionnel référent dont la tâche sera de veiller à la bonne mise en place des relais et à la continuité de l'action (« suivi du suivi »). Il peut s'agir du professionnel qui a mené l'entretien, en s'appuyant sur le capital de confiance établi ou de tout autre professionnel compétent à condition que le relais soit très personnalisé (cf. esprit de réseau).

- *Le carnet d'adresses :*

Les participants à la formation doivent pouvoir bénéficier de l'ensemble des adresses des services susceptibles d'intervenir dans les suivis de grossesse et après la naissance. Le réseau périnatal (ou tout autre organisme) devra colliger les informations qui pourront servir de base à une discussion avec les usagers.

Les modalités du travail « en réseau individualisé » font partie intégrante de la formation à l'entretien prénatal.

Apprendre à activer les professionnels adéquats passe par l'acquisition des règles de transmissions inter professionnelles, de leur modalité et des conditions dans lesquelles elles peuvent s'exercer.

- 6- Les transmissions :**
- a) l'identification des vulnérabilités et des ressources**
 - b) la question des relais.**

Comment faire pour que les résultats des entretiens soient contributifs tout au long de la prise en charge ?
Préalable :

- Une bonne connaissance du réseau de proximité : *ceci impose que les formations soient multidisciplinaires, intercatégorielle et l'occasion de se construire un carnet d'adresse optimisé.*
- Le recueil auprès de la femme de ses interlocuteurs existants ou potentiels et de la qualité des relations qu'elle a nouées avec eux (généralistes, services sociaux, psy....)

- **Si on ne repère pas de vulnérabilité :**

Le carnet de maternité ,le dossier audipog et bientôt le dossier périnatal informatisé sont des bons outils en notant le nom et les coordonnées de la personne qui a fait l'entretien.

- **Si on repère une vulnérabilité :** on adresse ou on revoit la gestante si l'alliance n'est pas faite .
(cf. : esprit de réseau)

- Comment rester bientraitant s'il y a des facteurs de risque : transmettre ce qu'elles éprouvent plutôt que le négatif ; on notera le conseil proposé plutôt que le problème ainsi que le réseau de proximité de la femme.

- Les éléments médicaux peuvent apparaître en clair.
- S'assurer que l'orientation sera opérante.

Pas de transmissions sans destinataire personnalisé

Pas de fiche de liaison dépersonnalisée

Parents au centre des transmissions

7- La nécessité/possibilité de renouveler l'entretien (ou simplement de rester disponible)

La bonne connaissance (activation) du réseau de proximité et de son accessibilité, les modalités de transmission, sont des variables importantes pour permettre à la SF d'évaluer la place qu'elle doit garder.

Sont à discuter lors d'une formation :

- les indications
- les modalités de réalisation
- les coûts.

Remarque : Plus le professionnel est isolé, plus l'impact émotionnel est grand et plus la nécessité de renouveler l'entretien risque de se faire sentir.

8- La formation initiale des sages femmes à l'entretien : (cf. annexe 6)

Une enquête auprès des écoles de sages femmes nous a permis de faire le point sur la pratique de cette formation .

Le programme devra aborder :

- le contenu de l'entretien
- son contexte : le réseau.

La nécessité d'une reprise de cas difficiles avec un tiers doit s'intégrer dans la formation.

9- La création de dispositif de reprise de cas.

La mise en place de praticiens susceptibles de pratiquer l'entretien prénatal doit s'accompagner d'un dispositif de rencontre pour les soutenir particulièrement lors des situations complexes.

Sur chaque site, un professionnel formé à la reprise de cas , au travail en périnatalité et en réseau devra pouvoir accueillir régulièrement ces praticiens pour évaluer ensemble et selon les cas :

- le déroulement de l'entretien : adresse, contenu, dynamique...
- le suivi proposé (renouvellement, relais, mise en place d'un référent...).
- les modalités de transmission.

La question de son financement n'a pas été prévu dans le Plan Périnatalité mais relève de la CRN ou du réseau périnatal.

B- Rappel sur la notion « d'esprit de réseau »

1. Diminuer la part iatrogène des pratiques professionnelles :

Le cloisonnement, le manque de cohérence dans les interventions ou les avis des professionnels sont l'occasion, pour les parents les plus vulnérables, de confirmer leur peu de valeur, leur sentiment d'incompétence, d'impuissance et le stress qui en découle avec son cortège de dépression et de troubles du comportement.

Les parents peuvent se retrouver au cœur d'incohérences, de substitutions de place, de rivalités, d'annulations réciproques, à la faveur des silences ou conflits interprofessionnels.

Ils n'en ont pas toujours conscience, dans une confusion de leur propre malaise avec les défaillances de l'environnement – répétitions parfois de ce qui s'est vécu dans le passé .

Chaque professionnel a la sensation d'être logique et cohérent, mais par rapport à ses impératifs institutionnels, ou à son idée personnelle de sa mission, sans réelles représentations de la place de l'autre. Il fait, souvent très bien dans son champ d'exercice, mais est dans une impossibilité de se représenter l'ensemble et les articulations nécessaires d'autant plus complexes que la situation est délicate : annonce d'une anomalie fœtale, problèmes d'addiction, grossesses à haut risque...

2. Un réseau personnalisé : une manière d'être ensemble

Pour les professionnels : sécurité et soutien mutuel

- Penser sa propre place par rapport à celles des autres et non plus par rapport à l'idée de sa mission

- Se relier aux autres acteurs dans un ajustement précis à la situation médicale et émotionnelle.
- Se transmettre les éléments utiles pour une meilleure cohésion .
- Adapter le système à ce que les parents ressentent et confient.

Effets sur les futurs parents : réduire la passivité, améliorer la confiance

- Sentiment d'être écoutés lorsqu'ils s'expriment.
- Sensation d'être accompagnés le temps suffisant pour être adressés aux spécialistes si besoin.
- Lisibilité du système de soin.
- D'où une possibilité de se repérer dans leurs propres réactions.

- l'activation des places professionnelles

Pour les professionnels : respect des places, complémentarité, acceptations des limites mutuelles

- Anticiper sa propre place, celles des autres dans la poursuite de l'accompagnement individualisé.
- N'interpeller que les professionnels utiles dans la situation avec l'accord des parents
- Se donner les moyens de les mobiliser (liens directs si besoin).
- Rester présent le temps nécessaire pour que ce relais soit réalisable par les parents.

Effets sur les futurs parents : sensation d'un cercle de compétence et de bienveillance.

- Un soulagement pour les parents de ne pas avoir à coordonner les interventions
- Une lisibilité dans la chronologie des actions proposées

- les transmissions : « tissu de soutien » du travail en réseau

- Etre particulièrement attentif aux liens entre les acteurs
- Transmettre ce qui s'est partagé avec la famille d'un intervenant à l'autre plutôt que des informations (comportements, facteurs négatifs ou dévalorisant...).

- Se poser 7 questions¹ :

- . Si je transmets, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- . Avec quelle retombée positive espérée ?
- . Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- . L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- . Les personnes à soutenir sont-ils au courant de cet éventuel passage d'information ? Dans quel cas puis-je passer au-dessus d'eux ?
- . Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
 - . En fonction de tout cela , que vais –je garder pour moi, que vais-je transmettre

- le suivi de l'action menée : « Suivi du suivi »

Il s'impose lors de :

- situation de grande vulnérabilité des parents
- d'un risque non négligeable de rupture de soins

Il sera prudent que celui qui mène l'entretien détermine avec le réseau le professionnel susceptible de rappeler la femme chaque fois qu'une rencontre peut être difficile non pas dans une dimension de contrôle mais d'étayage et d'amélioration de la confiance

L'expérience avec les femmes toxicomane a montré la nécessité et l'efficacité d'une telle vigilance (cf. : grossesses et toxicomanie ²).

¹ : Vander Linden R, Roegiers L. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance Bruxelles : Ministère de la communauté française reprise dans les recommandations de l'HAS.

² F.Molenat et coll. :Grossesses et toxicomanie 2000 Edition Eres

Annexes

Annexe 1 : Résumé des recommandations de l'HAS

L'HAS publie en décembre 2005 des recommandations concernant La Préparation à la Naissance et à la Parentalité et consacre un chapitre à l'entretien précoce.

‘Les objectif globaux de la PNP :

Il s'agit d'améliorer l'état de santé global de la femme enceinte, la jeune accouchée et le nouveau-né par un abord précoce de la situation médicale, sociale et affective de la femme (du couple).

Les recommandations de l'HAS concerne de façon globale la préparation à la naissance et à la parentalité, incluant l'entretien prénatal, les séances en groupe, le soutien durant le séjour en maternité et poursuivit en postnatal. Elles listent un certain nombre d'objectifs généraux étroitement liés les uns aux autres. Ces objectifs ne devront pas être forcément abordés lors de l'entretien précoce mais servent de canevas à la mise en place de la PNP.

- *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.*

Les recommandations font une large place aux séances de préparation et nous vous y renvoyons pour plus d'information. Nous centrerons ce référentiel sur l'entretien précoce individuel ou en couple et les conditions de son enseignement.

‘L’entretien : porte d’entrée dans la démarche de PNP

Plus spécifiquement, les recommandations définissent ainsi la mise en place de l’entretien précoce.

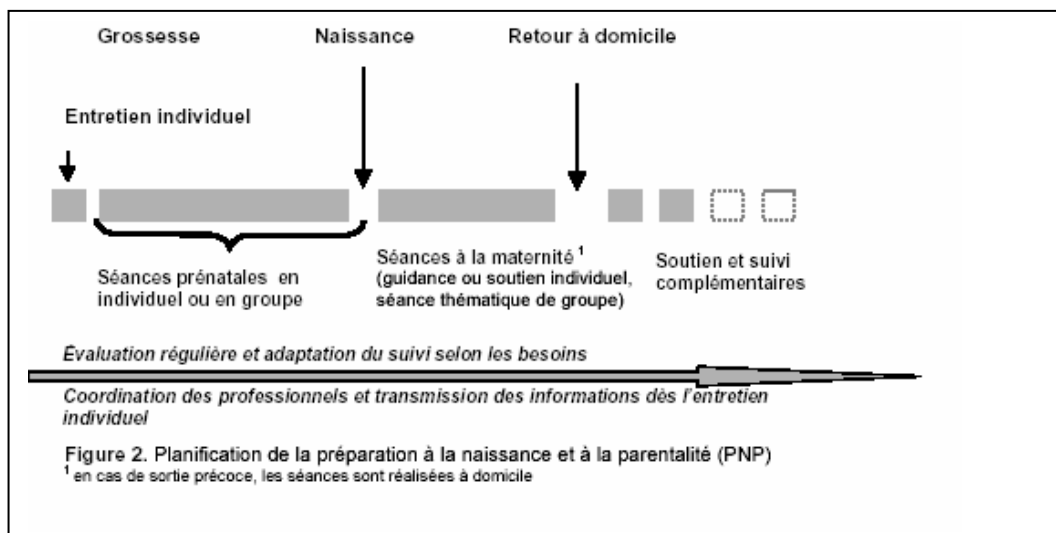
Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s’oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l’offre de soins locale.

Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la préparation à la naissance et une démarche élargie à l’amélioration des compétences des femmes ou des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. En effet, certains troubles de la relation parents - enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, la mise en œuvre de dispositifs d’aide et d’accompagnement, une activation des professionnels autour des familles en difficultés et par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale.

C’est pourquoi, le plus tôt possible, après la confirmation de la grossesse, un entretien spécifique devrait permettre d’anticiper les difficultés qui pourraient advenir et d’apporter une réponse adaptée et coordonnée aux besoins de la femme ou du couple. Cet entretien précoce serait, de plus, une aide pour le médecin lui permettant d’ajuster sa vigilance grâce aux transmissions interprofessionnelles d’informations. Cet entretien serait également l’occasion de définir, pour chaque femme et couple, les contenus essentiels à aborder lors des séances proprement dites de PNP.

Elles le situent comme la porte d’entrée dans un processus d’accompagnement qui s’étend de la déclaration de grossesse au postnatal



‘ Les objectif de l’entretien définis par L’HAS :

Objectifs généraux de l’entretien

- ◆ **Accéder au ressenti des femmes /du couple :**
Les recommandations insistent sur la dimension de rencontre entre le professionnel et la femme/couple. Il s’agit d’une opportunité nouvelle de partage du vécu, des émotions que suscitent cette nouvelle grossesse. Sa durée(3/4 h à 1h), sa différenciation d’une consultation médicale classique ou d’un entretien psychologique en permettent sa réalisation.
- ◆ **Consolider leur confiance en eux par l’expression de leurs besoins**
Donner l’occasion d’exprimer ses besoins suppose que de part et d’autre chacun soit en sécurité pour échanger sur le présent de cette grossesse. Les conditions de cette sécurité seront un des axes de travail de la formation.
- ◆ **Favoriser une meilleure coordination des professionnels.**
Cet aspect est essentiel et suppose que le professionnel soit en lien étroit et facilement activable avec l’ensemble des dispositifs de suivi. Les conditions du partenariat entre professionnels est directement interrogés par la mise en place de cet entretien. La formation à l’entretien devra l’aborder largement.
- ◆ **Consolider leur confiance dans le système de santé.**
Les dispositifs de suivi existant ne sont souvent pas suffisamment utilisés par défaut de confiance des usagers (méconnaissance mais aussi défiance vis à vis de dispositifs insuffisamment flexible et adaptable aux besoins). Réaliser une rencontre bienveillante, chaleureuse confirmera ou réinitialisera la confiance dans le système de suivi et d’accompagnement de proximité.

‘ Contenu et techniques de l’entretien :

Les recommandations de l’HAS évoquent les techniques d’entretien utilisable pour favoriser le dialogue et propose un guide d’entretien des principaux thèmes à aborder : il est calqué sur un formulaire canadien d’évaluation de la santé prénatale. Comme tout guide d’entretien, il ne saurait résumer le contenu de la rencontre avec la femme (le couple), mais permet de stabiliser le recueil de données et l’orientation du suivi à venir.

L’apprentissage éventuels des techniques d’entretien ne devra pas masquer l’objectif principal de la formation : réaliser les conditions optima de rencontre avec la femme/le couple.

Elles insistent également sur l’adaptation du suivi en fonction des besoins et des difficultés repérées et termine par des recommandations concernant la rédaction d’une synthèse. La question des transmissions interprofessionnelles est au centre de la formation

Objectifs spécifiques

◆ **Rencontrer les parents précocement**

Dénommer entretien du 4^{ème} mois, puis du premier trimestre, pour enfin s'intituler « prénatal précoce », cet entretien trouve son originalité dans sa précocité. Elle lui confère son statut d'entretien de prévention des risques de complications médicales en abordant très tôt la globalité des vulnérabilités .

◆ **Anticiper avec la mère et le père les situations de vulnérabilités.**

Permettre à une femme/ au couple de livrer ses difficultés suppose de la part du professionnel des qualités d'écoute active mais aussi une sécurité de base concernant les propositions d'aides et d'accompagnement qui seront proposées. Aborder les points de sécurité de la femme, du couple dans le présent de la grossesse, ne pas se précipiter sur les vulnérabilités , ne pas penser devoir tout explorer si la fragilité somatique, sociale, émotionnelle est évidente sont les conditions pour que l'entretien soit la porte d'entrée d'un accompagnement adapté au rythme des usagers.

◆ **Informé sur les facteurs de risques, les comportements à risque et les conseils d'hygiène de vie.**

L'écueil majeur de cet entretien est de le transformer en un catalogue d'information et de conseils éducatifs , d'autant plus inapplicable que les familles sont dans la difficulté.

◆ **Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple**

Les recommandations de l'HAS insistent sur la nécessité que cet entretien soit inclus dans la chaîne d'accompagnement et de soutien de la femme/du couple. L'adaptation du suivi suppose, en préalable que le professionnel soit lui-même en lien avec les professionnels susceptibles d'intervenir et qu'il sache à bon escient les activer. L'aspect « du travail en réseau de proximité » est un des axes essentiels de la formation à cet entretien

‘ **La nécessité d'une formation à cet entretien :**

Le groupe de pilotage de l'HAS, affirme l'importance d'une formation spécifique à cet entretien et lui assigne plusieurs objectifs concernant les acquis à obtenir à son terme:

- mener un entretien conduisant à déterminer avec la femme ses besoins, ses difficultés et de repérer les situations de vulnérabilité ;
- construire avec sa participation un projet préventif et éducatif avec une individualisation des informations à transmettre, des compétences à développer et une adaptation des dispositifs et du suivi à mettre en œuvre en cas de difficultés ;
- négocier avec la femme le développement de compétences atteignables en associant son entourage ;
- proposer et conduire à accepter l'aide proposée ;
- assurer la cohérence et la continuité des interventions des divers professionnels de santé en organisant les séances et les dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- évaluer la situation de chaque femme et couple : compétences développées, réussites, difficultés, et compléter par un contenu ciblé et un suivi adapté aux besoins.

Annexe 2 : Méthodologie de travail utilisée pour la construction du référentiel

1- La mise en place d'un groupe de pilotage locorégionale(G.P)

Autour de Françoise Molenat, rédactrice du rapport DHOS s'est constitué un groupe de pilotage réunissant des membres de l'Afrée (un méthodologiste et un clinicien). S'y est adjointe une sage-femme hospitalière du CHU de Montpellier coordinatrice de la Cellule Toxicomanies et addictions, Corinne Chanal, dont l'expérience du travail précoce et de liens inter-professionnels dans des situations à très haute vulnérabilité nous a paru précieux

‘ Recueil de points de vue des professionnels engagés dans la pratique de l'entretien

L'absence de littérature concernant ce sujet (hormis les recommandations HAS en voie d'élaboration) a amené le G.P a auditionné des sages-femmes de pratiques différentes (libérale, hospitalière, PMI) engagées depuis plusieurs années dans la pratique de l'entretien prénatal précoce. Il s'est agit de recueillir leur expérience dans ce domaine, leur questionnement et leur suggestion concernant la pratique de l'entretien (conditions de mise en œuvre, acceptabilité par les femmes/couples, suivi de cet entretien...) et les conditions de sa formation.

‘Recueil des points de vue des praticiens de la naissance sur l'entretien

Plusieurs rencontres à l'occasion de la présentation de cet entretien dans le cadre de réunions nationales de professionnels de la naissance¹ ont permis de recueillir leurs interrogations, réticences, enthousiasmes. L'avis de ces professionnels de la naissance, qui pour la plus part ne pratiquent pas l'entretien, est essentiel pour orienter les recommandations de formation et répondre aux questions de l'adresse à cet entretien et de son suivi avec comme point crucial la question des transmissions.

‘Recueil des expériences de formations déjà en cours

Actuellement plusieurs formations sont proposées sur le territoire, prodiguées par des praticiens de l'obstétrique, mais aussi par des psychologues ou des professionnels des techniques d'entretien. Nous nous sommes appuyés sur leur contenu et leur forme, lorsqu'elles nous paraissaient pertinentes à répondre aux objectifs de l'HAS .La plupart pêche par un manque d'articulation entre le contenu /conduite d'entretien et son articulation avec le travail de partenariat en amont et en aval de l'entretien.

‘Point sur les expériences de formation en réseau

L'afrée est engagée depuis 20 ans dans l'organisation de formation des professionnels au partenariat inter-institutionnel. Ces formations à la reprise de cas sont une école de rigueur issue d'une recherche prospective menée en 1994-96, qui a structuré notre approche clinique et nous a fourni une méthode pédagogique extrêmement féconde.

2- Organisation d'un groupe d'expert :

L'ensemble des données recueillies a permis au groupe de pilotage de proposer des recommandations quant à l'organisation de ces formations à un groupe d'experts pour validation.

Ce groupe est constitué de professionnels, volontaires, reconnus pour leur implications en périnatalité.

Un appel à contribution a été proposé au sein de la SFMP ainsi que de la société de Psychologie périnatale. Sa constitution est pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle.

Il s'est réuni deux fois pour discuter des propositions du groupe de pilotage, amender puis valider les orientations proposées dans ce guide de formation.

Annexe 3 :

A titre d'exemple : montage d'une formation régionale à l'entretien du premier trimestre de grossesse, par le réseau périnatal « Naître » Languedoc- Roussillon

A – Le contexte

Le montage d'une formation pilote sur l'ensemble de la région a bénéficié de **conditions favorables** :

1. l'existence d'un **Réseau régional coordonné par une sage-femme**, Gisèle Cribalet, présidé par un gynécologue-obstétricien (**proches du terrain**). La SF coordinatrice a pu s'appuyer sur les éléments existants et les potentialiser.
2. **25 ans de collaboration** entre obstétrique, pédiatrie, pédopsychiatrie, PMI
3. **3 ans de réunions par télé-médecine entre les pédopsy/périnatalité** de la Région (ont permis une base minimum de consensus sur les pratiques et la participation de divers psychiatres/psychologues aux formations)
4. **Programme pilote de télé-médecine régionale (financement fondation de France) consacré aux implications émotionnelles du diagnostic anténatal.**
5. **20 ans d'expérience de l'AFREE³ sur les formations interdisciplinaires**
 - . intérêt pour la compétence des professionnels dans l'accompagnement périnatal
 - . intérêt pour la capacité des soignants à transmettre leur expérience
 - . élaboration d'une « clinique du travail en réseau » (Cahiers de l'Afrée)
 - . développement des « formations en réseau » sur sites extérieurs (référentiel en cours)
 - . formation de formateurs (diverses régions et pays de langue française)
6. **une politique régionale de formations en réseau sur les villes principales de** la région (DDRASS – URCAM pour l'indemnisation des libéraux) depuis 4 ans
7. **la présence d'un médecin adjointe à la direction de la PMI gynécologue obstétricien**, sensibilisée à l'importance du prénatal et du suivi médical dans les situations à haut risque psychoaffectif

B – Conception du programme et des modalités de la formation à l'entretien

a) La sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatal recueille les avis, demandes, et disponibilités des différents partenaires :

1. **L'AFREE** est d'accord pour s'investir rapidement et massivement dans une formation régionale, en collaboration avec le Réseau
2. **Le médecin de PMI adresse au Réseau une demande de formation** pour l'ensemble des sages-femmes de PMI de l'Hérault
3. **Les sages-femmes** ayant déjà suivi des formations à l'entretien disent : « on ne sait pas comment faire » (difficulté de travailler en réseau)

³ Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement, étroitement reliée aux services de médecine psychologique pour enfants du CHU de Montpellier et à leurs partenaires. A particulièrement développé la recherche et les expériences pédagogiques novatrices dans le domaine de la périnatalité, au niveau national et international. www.afree.asso.fr

b) La SF coordinatrice définit les conditions :

1. un créneau nouveau (tenant compte des acquis et des besoins)
2. une formation régionale sur les sites principaux
3. une formation intensive pour mettre à niveau le maximum de sages-femmes
4. un maillage des divers modes d'exercice : libéral, hospitalier, PMI

c) la SF coordinatrice recueille les conditions de réalisation possibles

1. interview des cadres de maternités de types I, II, et III (public et privé)
2. interview des SF libérales
3. avis des Conseils généraux
4. avis des services de formations hospitaliers des 5 villes

d) travail conjoint SF coordinatrice et AFREE (équipe de formation) pour définir les principes essentiels :

1. intégrer l'approche somatique/social/psychologique
2. définir sur chaque site un formateur référent pédopsychiatrie le registre psychiatrique étant le plus difficile à aborder pour les sages femmes et un référent réseau
3. prendre en compte les ressources locales dans le montage et le contenu
4. impliquer tous les acteurs de la périnatalité (reprise de cas) pour transmettre les pratiques de réseau

e) rôle du Réseau périnatal :

1. mettre en place les directives des textes de référence :
 - . plan Périnatalité
 - . circulaire de juillet 2006
 - . recommandations de l'HAS
 - . cahier des charges des réseaux périnataux
2. assurer une progressivité de la formation : 1/2 journée tous les 2 mois sur chaque ville, afin de nourrir les séances de la pratique en cours, et de partager l'expérience
3. veiller à la généralisation (tous les modes d'exercice, en particulier cliniques privées)
4. chercher les budgets (en particulier pour les SF libérales)
5. diffuser l'information
6. mettre en place une évaluation
7. préparer les supports

Résultat :

**une avalanche de demandes,
nécessité de diviser les groupes prévus en 2
répartition égale entre les 3 modes d'exercice**

C – Prévoir la suite (ou en même temps)

- former des formateurs (psy et Réseau)
- de quoi ont besoin les SF pour mettre en place l'entretien (éviter qu'elles s'arrêtent) ?
- sensibiliser les médecins : présentation de l'entretien, retour d'information, travail en réseau
- former les psy au travail en périnatalité (réseau de référents psy sur site, cf. Cahier des charges des Réseaux périnataux)
- multiplier les reprises de cas selon la méthode longitudinale/prospective (avec animateur)
- mettre en place une cellule de suivi pour la mise en place de l'entretien (Réseau ou CRN)
- mettre en place une possibilité de reprise des cas difficiles pour les SF (à financer)

Annexe 3 (suite) : exemple d'un programme de formation

CALENDRIER FORMATION 2006 : Montpellier

Lieu : SMPEA Clinique CHU Montpellier - Formateur référent : Un pédopsychiatre et un formateur spécifique à chaque séance

DATE	Formateurs	PROGRAMME
GROUPE 1 Jeudi 5 Janvier (14h - 17h)	Pédopsychiatre SF coordinatrice de réseau	Présentation de la formation. Les grandes lignes du plan périnatalité. Discussion à partir des recommandations de l'HAS sur le contenu de l'entretien du 1er trimestre et l'impact sur le suivi de grossesse. Le travail en réseau : avancées, difficultés, changement des pratiques, organisation des collaborations, organisation du retour d'informations sur le devenir des familles...
GROUPE 2 Jeudi 2 Février (14h - 17h)		
GROUPE 1 Jeudi 16 MARS (14h - 17h)	Pédopsychiatre SF formatrice en technique d'entretien	Sensibilisation aux outils de l'entretien.
GROUPE 2 Vendredi 31 Mars (14h-17h)		
GROUPE 1 Jeudi 13 Avril (14h - 17h)	Pédopsychiatre Gynécologues-obstétriciens Pédiatres	Place des partenaires anténataux sur l'orientation vers l'entretien du 1er trimestre et les répercussions sur le suivi pluridisciplinaire de la grossesse en cas de vulnérabilité repérée. Place des partenaires pédiatriques : place de la visite anténatale du pédiatre, anticipation de la naissance et du séjour en post-partum, mise en place des acteurs de la première année de vie de l'enfant. Reprise d'un cas clinique en pluridisciplinarité avec les acteurs locaux.
GROUPE 2 Jeudi 18 Mai (14h - 17h)		
GROUPE 1 Jeudi 15 Juin (14h - 17h)	Pédopsychiatre Acteurs du champ social Acteurs du champ psy adulte	Quelles implications pour les psy ? Quelles modalités d'orientation vers le psy adulte ou le pédopsy ? Quelles implications pour les acteurs du champ social. Reprise d'un cas clinique en pluridisciplinarité avec les acteurs locaux.
GROUPE 2 Jeudi 14 Septembre (14h -17h)		
GROUPE 1 Jeudi 19 Octobre (14h - 17h)	Pédopsychiatre Professionnels de la naissance spécialisées dans les grossesses à haut risque social et psychologique	
GROUPE 2 Jeudi 16 Novembre (14h - 17h)		
GROUPES 1 et 2 Jeudi 14 Décembre (14h - 17h)	Pédopsychiatre SF coordinatrice de réseau	Spécificité de l'entretien du 1er trimestre en fonction du lieu d'intervention (sages femmes hospitalières, libérales, PMI). Synthèse et perspectives. Elaboration d'un annuaire.

Annexe 4 : les formations en réseau sur site **Contenu et méthodologie des formations en réseau.**

Il s'agit d'organiser, dans des villes qui le souhaitent, des groupes de travail (20 à 30 professionnels de terrain), qui reprennent les cas difficiles avec l'aide d'un animateur expérimenté (clinicien et familier du travail en réseau). Ces groupes apprennent à "penser ensemble" les situations de vulnérabilité particulièrement psychosociale sur des programmes de 5 à 10 journées.

Le public

Ces formations s'adressent aux équipes obstétricales et néonatalogiques, sages-femmes et médecins libéraux (particulièrement les généralistes dont la place est unique auprès des familles les plus fragiles), équipes PMI et travailleurs sociaux, équipes de pédopsychiatries...

Le contenu

Il se décline selon cinq axes :

- faire l'état des lieux des collaborations et de la formation des acteurs à la dynamique d'une famille, au travail en réseau pour dégager un noyau actif de professionnels capable d'organiser sur place une formation de ce type.
- aider à la prise de conscience des divers acteurs sur leurs représentations mutuelles, sur leur place et celles des autres partenaires auprès de la famille.
- repérer ces différences et les éprouver ensemble
- repérer les ruptures dans la continuité des soins
- développer à partir de ces constatations des stratégies de travail collaboratif sur le terrain, de la grossesse à la petite enfance.

Méthodologie

Pour chaque session, un cas clinique est présenté par les acteurs engagés dans la situation, après une préparation minutieuse.

La méthode, dite prospective longitudinale, permet à l'ensemble du groupe de s'arrêter à certains moments clés pour réfléchir ensemble sur les enjeux, échanger leur point de vue et proposer une anticipation.

A l'occasion de ses échanges sur le cas clinique, sont évoquées des questions plus générales autour des pratiques de partenariat (aspect formation des pratiques de réseau) ou des points d'information concernant tel ou tel type de problèmes (aspects informatifs de ces formations).

En fin de session, une reprise de l'ensemble de la situation est souvent réalisée pour en tirer des points de repère plus généraux et applicables à d'autres situations.

Conditions de mise place

La préparation des présentations :

Elles supposent de réunir les acteurs principaux de la situation clinique et de les faire travailler sur leur pratique individuelle mais aussi sur les articulations, transmissions aux autres partenaires. Il ne s'agit pas de défiler la chronologie exhaustive de toutes les actions mais celles qui paraissent pertinentes à faire réfléchir les participants.

Organiser ensuite la prise de parole chronologiquement.

L'animation :

Choisir des animateurs provenant de sites différents peut favoriser une neutralité pédagogique. Il importe que les reprises de cas ainsi que l'animation soit dévolues à des professionnels aguerris à ce type de travail. L'animateur se devra de vérifier si la présentation a été préparée, s'il n'y participe pas. En début de session, il fera préciser les raisons du choix de la situation et les objectifs pressentis.

Questionnaire entretien du premier trimestre : début de formation (suite)

12. D'une manière générale, au cours de cet entretien, quel temps consacrez-vous maintenant à :

	10 %	10–25%	25-50 %	50-75 %	> 75 %
A la grossesse					
A la préparation du travail et de la naissance					
A la construction de la parentalité					
Aux soins du nouveau-né					
A l'allaitement					
Au contexte social et familial (vulnérabilité)					
Au projet de naissance					
A la planification du suivi de grossesse					
Autre (à préciser) : _____ _____					

13. Le conjoint participe-t-il à cet entretien ?

Toujours --- Souvent --- Parfois --- Jamais ---

14. Au cours de l'entretien, abordez-vous les thèmes suivants ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Hygiène alimentaire, la nutrition et les risques infectieux alimentaires ---

Les risques de l'automédication ---

La consommation d'alcool ---

Le tabagisme ---

La consommation d'autres drogues ---

15. Si cet entretien révèle des facteurs de vulnérabilité psychologique ou sociale ou des conduites addictives, rencontrez-vous des difficultés pour l'orientation vers d'autres professionnels ?

Oui --- Non ---

16. Après cet entretien, assurez-vous le suivi de grossesse et la préparation à la naissance ?

Toujours --- Souvent --- Parfois --- Jamais ---

17. Cet entretien donne-t-il lieu à la rédaction d'une synthèse ?

Toujours --- Souvent --- Parfois --- Jamais ---

18. D'une manière générale, ressentez-vous des difficultés dans la conduite de cet entretien ?

Toujours --- Souvent --- Parfois --- Jamais ---

Si c'est le cas, pouvez-vous préciser si ces dernières sont ? (*classer de 1 le plus fréquent à 3 le moins fréquent*)

Liées à des questions médicales _____ /_____/

Liées à des questions sociales _____ /_____/

Liées à des questions psychologiques _____ /_____/

19. Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ?

Questionnaire entretien du premier trimestre : fin de formation (suite)

12. D'une manière générale, au cours de cet entretien, quel temps consacrez-vous maintenant à :

	10 %	10–25%	25-50 %	50-75 %	> 75 %
A la grossesse					
A la préparation du travail et de la naissance					
A la construction de la parentalité					
Aux soins du nouveau-né					
A l'allaitement					
Au contexte social et familial (vulnérabilité)					
Au projet de naissance					
A la planification du suivi de grossesse					
Autre (à préciser) : _____ _____					

13. Rencontrez-vous des difficultés pour adresser vos patientes vers d'autres professionnels ?

- à l'hôpital ou en clinique privée ---
- aux services sociaux ---
- aux psy ---
- aux médecins libéraux ---

14. Cette formation a-t-elle modifié d'une façon générale vos relations avec les autres acteurs de la naissance :

Oui --- Non ---

- médicaux libéraux ---
- médicaux publics ---
- sociaux ---
- Psy ---

15. Après cet entretien, assurez-vous le suivi de grossesse et la préparation à la naissance ?

Toujours --- Souvent --- Parfois --- Jamais ---

16. D'une manière générale, ressentez-vous des difficultés dans la conduite de cet entretien ?

Toujours --- Souvent --- Parfois --- Jamais ---

Si c'est le cas, pouvez-vous préciser si ces dernières sont ?

- liées à des questions médicales _____ ---
- liées à des questions sociales _____ ---
- liées à des questions psychologiques _____ ---

17. Souhaiteriez-vous participer à un groupe de reprise des entretiens difficiles ?

Oui --- Non ---

18. Au terme de cette formation, pensez-vous avoir besoin d'un complément en matière de :

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

Sous quelles formes ?

Annexe 6 : Enquête auprès des écoles de sages-femmes

35 écoles actuellement répertoriées sur le territoire français ont été contactées pour savoir :
si elles ont programmé un enseignement en terme de formation initiale et continue ;
si également elles ont programmé un module sur le travail en réseau ;

- FORMATION DE BASE DES SAGES-FEMMES

. **Etat des lieux des formations à l'entretien prénatal dans le cadre des formations initiales :**
Actuellement, nous avons reçu 11 réponses

. 5 écoles l'ont déjà initiée:

En 3^{ème} et 4^{ème} année, dans les modules : préparation à la naissance ; en s'appuyant sur les recommandations de l'HAS pour celles qui ont participé à son élaboration, les autres sur le plan périnatalité et le rapport Molénat. Le volume horaire varie de 3 à 21 heures. Les enseignants sont toujours les cadres + / - des SF de terrain et psychologues.

Pour les techniques d'entretien, sont utilisés les référentiels déjà existant dans la formation.

. 6 écoles ne l'ont pas mise au programme :

Soit elles l'assimilent à l'enseignement du module « consultations prénatales » (1 fois), soit attendent les textes l'imposant (1 fois), soit attendent l'HAS pour le mettre en place.

Toutes consacrent un temps de formation au travail en partenariat :

- soit en ne s'appuyant que sur les stages
- soit de manière plus formelle, à raison de 3 ou 4H
- en invitant pour certains des acteurs de terrain hors de l'obstétrique(4 fois/10)

Ces résultats sont à mettre en perspective avec le travail (en 2004) de J. Clutier, sage-femme cadre au CHU de Montpellier, sur la place réservée au travail en réseau dans la formation initiale des SF. Ce tableau peut le résumer :

