

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE LIMOGES

ANNEE 2013/2014

**ETUDE DU SUIVI PERSONNALISÉ DE LA GROSSESSE A L'ISSUE DE
L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE**

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT
DE SAGE-FEMME**

Rakfia MOUHOUTAR

Née le 19/07/1988, à Mamoudzou

Maître de mémoire : Madame BARRIERE Chantal

Guidante de mémoire : Madame ETIFIER Marie-Bernadette

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE

1. L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE (EPP)
 - 1.1. Objectifs généraux de l'EPP
 - 1.2. Objectifs spécifiques de l'EPP
 - 1.3. Vulnérabilités le plus fréquemment rencontrées
2. ÉVALUATION DU PLAN PÉRINATALITÉ 2005/2007
 - 2.1. Contexte de l'évaluation
 - 2.2. Objectifs et stratégie d'évaluation
 - 2.3. Renforcement des moyens
 - 2.3.1. Documents d'information des patientes
 - 2.3.2. Développement des collaborations médico-psychologiques
 - 2.3.3. Mise en place de l'EPP
 - 2.4. L'écoute et l'accompagnement des femmes enceintes par les établissements
 - 2.4.1. Apport de l'EPP sur le suivi de grossesse
 - 2.4.2. Opinion des professionnels sur l'EPP
 - 2.5. Le travail des réseaux de périnatalité
3. CONTEXTE DANS LE LIMOUSIN
 - 3.1. Sur la mise en place de l'EPP
 - 3.2. La population qui en bénéficie
 - 3.3. Travail en réseau
 - 3.3.1. Les objectifs du réseau
 - 3.3.2. Les compétences du réseau
 - 3.3.3. Le fonctionnement du réseau
 - 3.3.4. Opinion des professionnels sur le travail en réseau

DEUXIÈME PARTIE

1. CONSTAT

2. PROBLEMATIQUE
3. SCHÉMA D'ÉTUDE
 - 3.1. Objectifs
 - 3.2. Hypothèse
 - 3.3. Type d'étude et population
 - 3.4. Variables étudiées
 - 3.4.1. Variables en rapport avec les caractéristiques socio-démographiques
 - 3.4.2. Variables en rapport avec l'hypothèse principale
 - 3.5. Méthode
 - 3.5.1. Recensement des sujets
 - 3.5.2. Recueil des données
 - 3.5.3. Exploitation des données
 - 3.5.4. Population source
4. RESULTATS DE L'ETUDE
 - 4.1. Description de la population de l'échantillon
 - 4.2. Résultats et analyse des variables en rapport avec notre hypothèse
 - 4.2.1. Les vulnérabilités dépistées
 - 4.2.1.1. Généralités
 - 4.2.1.2. Vulnérabilités les plus fréquemment dépistées
 - 4.2.1.3. Moyenne des vulnérabilités selon la classe d'âge
 - 4.2.1.4. Moyenne des vulnérabilités selon l'origine ethnique
 - 4.2.1.5. Moyenne des vulnérabilités selon le mode de vie
 - 4.2.2. Présentation du dossier au réseau
 - 4.2.3. Les orientations proposées
 - 4.2.3.1. Généralités
 - 4.2.3.2. Distribution des orientations proposées
 - 4.2.3.3. Moyenne du nombre d'orientations selon l'origine ethnique
 - 4.2.3.4. Moyenne du nombre d'orientations selon le mode de vie
 - 4.2.4. Liens entre vulnérabilités et orientations
 - 4.2.4.1. Corrélation entre nombre de vulnérabilités et nombre d'orientations

- 4.2.4.2. Moyenne du nombre d'orientations selon la vulnérabilité dépistée
 - 4.2.4.2.1. Chez une femme présentant une pathologie psychiatrique
 - 4.2.4.2.2. Chez une femme subissant des violences conjugales
 - 4.2.4.2.3. Chez une femme présentant un tabagisme
 - 4.2.4.2.4. Chez une femme présentant d'autres vulnérabilités
- 4.2.4.3. Moyenne du nombre de vulnérabilités selon l'orientation proposée
 - 4.2.4.3.1. Chez une femme orientée vers un addictologue
 - 4.2.4.3.2. Chez une femme orientée vers d'autres professionnels
- 4.2.4.4. Liens entre vulnérabilités dépistées et orientations proposées
 - 4.2.4.4.1. Entre précarité et orientation vers une assistante sociale
 - 4.2.4.4.2. Entre tabagisme et orientation vers un tabacologue
 - 4.2.4.4.3. Entre addiction et orientation vers un addictologue
 - 4.2.4.4.4. Entre pathologie psychiatrique et orientation vers l'unité mère-bébé
 - 4.2.4.4.5. En cas d'orientation vers la Protection Maternelle et Infantile
- 4.2.5. Suivi des consultations proposées
 - 4.2.5.1. Généralités
 - 4.2.5.2. Moyenne des orientations en fonction de l'observance du suivi
 - 4.2.5.3. Observance du suivi en fonction du nombre d'orientations
 - 4.2.5.4. Observance du suivi en fonction de l'orientation proposée
 - 4.2.5.5. Moyenne des vulnérabilités en fonction de l'observance du suivi
- 4.2.6. Hospitalisation pendant la grossesse
 - 4.2.6.1. Généralités
 - 4.2.6.2. Hospitalisation en fonction de l'observance du suivi
 - 4.2.6.3. Hospitalisation en fonction des vulnérabilités et en fonction des orientations

4.2.7. Issue de la grossesse

4.2.7.1. Généralités

4.2.7.2. Lien entre issue de la grossesse et hospitalisation pendant la grossesse

4.2.7.3. Lien entre issue de la grossesse et observance du suivi

4.2.8. Existence d'un retour aux professionnels

DISCUSSION

1. CRITIQUE DE L'ETUDE

1.1. Points forts de l'étude

1.2. Limites et biais de l'étude

2. ANALYSE DU PROFIL DES FEMMES ORIENTEES

2.1. Concernant les variables démographiques

2.2. Concernant les variables en rapport avec notre hypothèse

2.2.1. Comparaisons entre vulnérabilités et orientations

2.2.2. Comparaisons en lien avec une éventuelle hospitalisation

2.2.3. Comparaisons en lien avec l'existence d'un retour aux professionnels

3. VERIFICATION DE L'HYPOTHESE DE NOTRE ETUDE

4. PROPOSITIONS

4.1. Concernant le suivi

4.2. Concernant les orientations proposées

4.3. Concernant l'étude

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Annexe I : Tableau récapitulatif des statistiques de l'EPP par établissement en Limousin en 2010

Annexe II : Recueil de données permettant le recrutement des patientes orientées

Annexe III : Grille de recueil de données

INTRODUCTION

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place par le Plan de périnatalité 2005-2007. Ce plan tente de répondre à diverses préoccupations des professionnels pour améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il se résume en quatre termes : humanité, proximité, sécurité et qualité [1]. L'amélioration de la prise en charge des gestantes est donc au cœur du sujet.

Nouveau temps privilégié d'écoute des femmes et des couples, l'EPP permet l'expression de leurs attentes et de leurs besoins [1].

Les problèmes de Santé Publique retrouvés le plus souvent chez les gestantes sont dépistés grâce à cet entretien.

L'EPP a été développé dans le Limousin depuis 2008 suite à une formation financée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Depuis sa mise en place, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) du Limousin évalue les facteurs de vulnérabilité et les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de cet entretien.

Même si l'intérêt de l'EPP est indéniable, comment évaluer son rôle dans le suivi et l'accompagnement des femmes pendant leur grossesse ?

Ainsi, il a paru intéressant d'observer en quoi l'EPP et plus particulièrement les orientations après cet entretien aident à l'accompagnement global de la grossesse.

Après avoir défini l'EPP, présenté ses objectifs et résumé l'évaluation du plan de périnatalité 2005-2007, nous allons exposer ce qui a été mis en place dans le Limousin en termes de moyen pour le développement l'EPP ainsi que pour le travail en réseau qui en découle.

Puis, nous présenterons notre méthodologie et les résultats de notre étude.

Enfin, nous discuterons de ces résultats et vérifierons nos hypothèses.

PREMIERE PARTIE

1. L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

L'EPP est un temps de dialogue réservé à l'écoute des questionnements et des besoins d'ordre somatique, psychologique et social des futurs parents. Il s'agit d'une aide centrée sur la personne [2].

Il a été mis en place pour permettre un suivi précoce des futures mères et ainsi améliorer la prise en charge des grossesses en favorisant l'expression de leurs attentes et en identifiant les comportements ou situations à risque. L'environnement psychologique de la grossesse et de la naissance est donc pris en compte.

Il est conduit durant le premier trimestre, par une sage-femme ou un médecin spécialement formé à cet effet. Il est proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse. Il peut être individuel ou en couple. Les textes législatifs prévoient 45 minutes pour la réalisation de cet échange [1].

Il ne doit cependant pas se substituer à la première consultation médicale de suivi de grossesse.

1.1. Objectifs généraux de l'EPP

L'EPP est un contrat de communication par lequel s'effectue un dépistage par anamnèse, une recherche de signes d'appel, un accompagnement et une responsabilisation. Ce n'est donc ni une conversation, ni une confession, ni une inquisition [3].

Il est considéré, par la Haute Autorité de Santé (HAS), comme « la porte d'entrée dans un processus d'accompagnement qui s'étend de la déclaration de grossesse au postnatal » [4].

Partant de ce principe, la HAS définit les objectifs généraux de l'EPP.

Ils sont les suivants :

- **accéder au ressenti des femmes et/ou du couple** : la notion de rencontre entre le professionnel et la femme est essentielle dans la réalisation de l'EPP;
- **consolider leur confiance en eux** par l'expression de leurs besoins ;
- **favoriser une meilleure coordination** des professionnels : cet aspect souligne l'importance du suivi personnalisé, en favorisant la continuité tout au long de la gestation et après l'accouchement ;
- **consolider leur confiance** dans le système de santé.

A ces objectifs généraux, viennent s'ajouter les objectifs spécifiques de l'EPP.

1.2. Objectifs spécifiques de l'EPP [3]

Les objectifs spécifiques de l'EPP sont :

- d'**optimiser** le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né en rencontrant précocement les parents et en anticipant avec la femme les situations de vulnérabilités ;
- d'**ouvrir un dialogue** avec les parents à propos du suivi médical de la grossesse et de l'accueil de l'enfant : cela confère à cet entretien un statut de prévention des risques de complications médicales [4] ;
- d'**améliorer l'ajustement des professionnels** aux besoins exprimés par les futurs parents : l'objectif étant ici d'adapter le suivi prénatal en fonction des besoins et des difficultés des futurs parents ;

- d'**informer** sur les facteurs de risques, les comportements à risque et les conseils d'hygiène de vie [3] ;
- d'**aider** les professionnels de la périnatalité à s'ajuster aux besoins spécifiques et aux vulnérabilités de la femme et du couple.

1.3. Vulnérabilités les plus fréquemment rencontrées

Pour pouvoir dépister une vulnérabilité chez une patiente, il faut, en premier lieu définir le terme de « vulnérabilité ».

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstances physiques, psychologiques ou sociologiques » [5].

En périnatalité, les principaux facteurs de vulnérabilité rencontrés sont :

- les **addictions** : tabac, alcool, toxicomanie,
- les **problèmes de conduites alimentaires** : obésité, anorexie,
- les **situations précaires**,
- les **problèmes familiaux** : divorce, monoparentalité, deuils,
- les **pathologies psychiatriques**,
- les **violences conjugales**,
- les **pathologies médicales**.

Néanmoins, la HAS recommande de ne pas utiliser un questionnaire comportant cette liste car cela ne ferait que stigmatiser et dévaloriser les femmes concernées [4]. Selon elle, il vaut mieux se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilités pour les reconnaître au cours d'un dialogue [4].

2.EVALUATION DU PLAN DE PERINATALITE 2005-2007

2.1. Contexte de l'évaluation

La France a mis en place, depuis les années 1970, une politique structurante et volontariste en matière de périnatalité [6]. Cette politique s'est traduit par trois plans : 1970-1975, 1995-2000 et enfin 2005-2007.

Ces plans marquent l'évolution progressive de la stratégie nationale concernant :

- la périnatalité,
- le renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance,
- une amélioration de la prévention,
- le développement d'une prise en charge périnatale plus humaine [6].

Ces plans ont été mis en place pour répondre à un besoin d'écoute et de diversification de l'offre de soins.

L'évaluation de ce Plan a été initiée par la Direction Générale de la Santé entre 2005 et 2008. Elle porte sur la mise en œuvre et les effets du dernier de ces plans. Elle a été pilotée par une instance pluridisciplinaire regroupant acteurs institutionnels, professionnels de santé et usagers [6].

2.2. Objectifs et stratégie d'évaluation

Une stratégie d'évaluation a ainsi été mise en place en s'appuyant sur deux niveaux d'analyse : national et local. Au niveau local, douze études de territoires, réparties dans quatre régions et un département d'outre-mer, ont été réalisées.

L'instance d'évaluation a souhaité analyser les effets du Plan périnatalité à travers plusieurs questionnements :

- A-t-il permis de renforcer les moyens pour la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficulté ?
- L'écoute et l'accompagnement des femmes enceintes et des couples a-t-elle été prise en compte par les établissements et les professionnels de santé ?
- Les réseaux de périnatalité ont-ils permis d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes ?

2.3. Renforcement des moyens

Le plan périnatalité proposait de mieux répondre aux préoccupations et interrogations des futurs parents à l'aide de plusieurs outils d'expression :

- des documents d'information des patientes,
- le développement des collaborations médico-psychologiques,
- l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de préparation à la naissance,
- la mise en place de l'entretien prénatal précoce.

2.3.1. Documents d'information des patientes

On retrouve parmi ces documents, le carnet de maternité qui a été renouvelé en 2007 en améliorant le volet informatif pour en faire un instrument de qualité.

Il est d'ailleurs plus souvent utilisé pour ce volet informatif que pour son volet médical. En effet 42% des professionnels ne notent rien dans cette partie médicale [6].

De plus, sa diffusion reste très variable : elle peut être systématique via un envoi automatique par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou bien elle s'effectue de manière ponctuelle, à la demande des professionnels de santé [6].

2.3.2. Le développement des collaborations médico-psychologiques

Les moyens de prises en charge psychologiques ont été mis en place avec le recrutement de professionnels. Cependant ces ressources restent limitées par rapport aux besoins [6].

Malgré tout, les collaborations médico-psychologiques et les consultations se sont développées notamment sur les sujets lourds tels que les diagnostics anténataux, les interruptions médicales de grossesses, les grands prématurés, etc [6].

2.3.3. La mise en place de l'EPP

Ainsi, le plan a contribué à faire émerger la nécessité de la prise en charge médico-psycho-sociale. En instaurant l'EPP, il a permis de renforcer la prise en compte de l'environnement des femmes et des couples [6].

On peut alors se demander si cette mise en place a permis la prise en compte de la dimension psychologique et affective pour l'accompagnement des patientes par les professionnels de santé .

2.4. L'écoute et l'accompagnement des femmes enceintes par les établissements

Pour évaluer l'écoute et l'accompagnement des gestantes par les professionnels, il faut prendre en compte l'appréciation des résultats sur la population tant en termes de qualité de l'information dispensée et de l'écoute proposée, qu'en termes d'orientation (notamment lorsqu'une vulnérabilité est dépistée lors de l'EPP) [6].

2.4.1. Apport de l'EPP sur le suivi de grossesse

L'EPP se met lentement en place. En 2010, en France, il n'y a que 21,4% des femmes en ont bénéficié [7]. Les recommandations de la HAS ont été rédigées, les moyens financiers (274 millions d'euros) ont été dégagés par le plan [6]. Toutefois, ces moyens ont été peu mobilisés pour certaines mesures comme la création d'autres postes de sages-femmes dédiés à l'EPP.

En effet, même si leur visibilité dans les établissements reste encore non homogène, il semble que l'affectation de postes de sages-femmes à l'EPP a renforcé le dépistage de situations vulnérables [6].

Par ailleurs, les résultats de l'EPP restent encore peu visibles et peu évalués du fait du caractère récent des mesures mises en œuvre concernant l'EPP.

Mais, ces résultats semblent plutôt encourageants : l'enquête UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) de fin 2009 indique que 80 à 90% des femmes ayant bénéficié de l'EPP l'ont perçu comme particulièrement rassurant et propice au dialogue [6]. Cette enquête a mis en avant le fait que l'entretien permet d'avoir des réponses plus individualisées et pas uniquement centrées sur la prise en charge médicale de la femme enceinte.

2.4.2. Opinion des professionnels sur l'EPP

Cette évaluation a aussi fait apparaître une position d'ensemble des professionnels plutôt favorable à l'EPP mais pas unanime.

En effet, certains professionnels le jugent « inutile » car le perçoivent comme mal positionné dans le temps, le 4^{ème} mois ne paraissant pas spécifiquement légitime. D'autres considèrent que sa mise en œuvre paraît insuffisamment ciblée [6].

Pour certains professionnels, l'EPP a une connotation psychosociale. C'est le cas de Claude Schauder, psychologue et psychanalyste. Il considère que l'EPP a perdu sa

vocation première qui était de permettre aux femmes et aux couples de se livrer en toute confiance au professionnel lié par le secret médical, les informations délivrées lors de cette EPP pouvant faire l'objet de transmissions interprofessionnelles [8].

2.5. Le travail des réseaux de périnatalité

Un réseau de soins est un ensemble d'acteurs ayant pour objectif « de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité » [9].

La mise en place des réseaux de périnatalité visait à renforcer la coordination des différents acteurs de la périnatalité et à améliorer l'orientation des gestantes en fonction du niveau de risque.

La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) constituée en 2007 comporte 65 réseaux en 2010 qui couvrent l'ensemble du territoire français (Métropole et Outre-mer) [6].

Chaque réseau comporte des groupes de travail spécifiques. Ces groupes constituent le volet le plus actif des réseaux permettant d'élaborer des protocoles communs, des référentiels de pratiques professionnels partagés et d'élaborer des formations. Ils se réunissent deux à trois fois par an [6].

Pour harmoniser les pratiques et améliorer la prise en charge des femmes enceintes, les réseaux s'inscrivent dans une démarche rigoureuse qui se décline en une série d'actions visant à créer du lien entre les différents professionnels de santé [6].

Selon leur état d'avancement et les moyens qui leur sont alloués, les activités menées par les réseaux présentent des différences. Par exemple, certains réseaux assurent la formation continue des professionnels adhérents tandis que d'autres

proposent, dans des groupes de travail, d'élaborer des protocoles communs sur des thèmes spécifiques [6].

On peut classer cette démarche dans cinq registres d'intervention [6] :

- Un registre de coordination qui vise à créer des liens entre les différents professionnels ;
- Un registre scientifique permettant l'élaboration et la réactualisation des protocoles de prise en charge ;
- Un registre de formation et d'information qui assurent la formation continue des professionnels de santé mais aussi la sensibilisation sur des thèmes spécifiques ;
- Un registre de suivi et d'analyse des indicateurs qui permet d'observer et d'analyser les évolutions des principaux indicateurs de périnatalité ;
- Un registre de communication utilisé pour mener des actions communication afin de faire connaître leur activité par les professionnels et les usagers.

Par ailleurs, les réseaux de proximité associant les professionnels de ville, les hospitaliers et les professionnels de PMI facilitent le repérage d'éventuelles vulnérabilités et peuvent ainsi apporter une réponse adaptée à la prise en charge de ces femmes. Cependant, les liens entre les différents acteurs sont encore ténus et les temps de coordination insuffisamment valorisés pour faciliter l'investissement des professionnels [6].

Il existe de fortes disparités entre les différentes catégories de professionnels représentées au sein de ces réseaux de proximité. Par rapport aux établissements, le secteur libéral apparaît en retrait. A l'inverse, les réseaux intègrent largement les services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) [6].

Cet investissement fort des PMI se traduit par une plus grande valorisation de leurs actions : l'expertise des acteurs de PMI est reconnue pour mettre en œuvre plusieurs mesures du plan comme le déploiement de l'EPP ou le renforcement des collaborations médico-psychologiques [6].

Toutefois, peu de moyens financiers ont été mobilisés et les mesures prévues par le plan n'ont été que partiellement mises en œuvre. Cette situation conduit à une prise en charge non homogène des femmes en situation de vulnérabilité [6].

Plus précisément, la prise en charge des femmes vulnérables varie très largement en fonction de l'existence de bonnes volontés locales ou de la stratégie des Conseils Généraux. En effet, le financement des actes des libéraux et des services de PMI peut relever de l'assurance maladie ou des Conseils Généraux [6].

C'est dans ce contexte que la situation de l'EPP dans la région Limousin va être abordée.

3.CONTEXTE DANS LE LIMOUSIN

Le réseau comprend huit maternités publiques et privées, les services de la PMI et les sages-femmes libérales.

3.1. Sur la mise en place de l'EPP [10]

Dans les maternités, le premier contact se fait lors de la prise de rendez-vous pour le suivi de grossesse ou pour l'accouchement. De même pour les sages-femmes libérales, lorsque la femme prend rendez-vous pour la préparation à la naissance, l'EPP en est la première séance comme prévu par les textes législatifs.

Les sages-femmes de PMI ne réalisent que très rarement des entretiens : elles adressent en général les patientes à l'hôpital. Elles interviennent plutôt en aval pour des femmes adressées par les sages-femmes hospitalières, quand une vulnérabilité est identifiée chez une patiente. Elles appartiennent au réseau et effectuent les prises en charge spécifiques.

A l'Hôpital de la mère et de l'enfant (HME) de Limoges, l'EPP est inclus dans la première consultation obstétricale pour constituer le dossier et sélectionner les grossesses pathologiques des grossesses normales afin d'optimiser leur prise en charge.

La plupart des rendez-vous d'EPP sont donnés à la suite d'une prise de contact des patientes pour un autre motif, par exemple lors du souhait d'une patiente d'avoir un suivi de grossesse au sein de l'HME.

3.2. La population qui en bénéficie

Toute femme enceinte peut bénéficier de l'EPP. Dans le Limousin, la population concernée est estimée à environ 8000 patientes. Il s'agit d'une région caractérisée par une forte ruralité. De plus, la densité médicale dans le Limousin, est d'une sage-femme territoriale pour 1054 femmes enceintes [11]. Elles n'ont pas toujours les moyens de réaliser des EPP, selon l'enquête menée par l'ORS du Limousin [10].

Le nombre restreint de professionnels pratiquant ces entretiens limite le nombre de femmes pouvant en bénéficier. En effet, durant l'année 2009, 1727 fiches d'évaluation des EPP ont été remplies et retournées à l'ORS [10] dont 350 venant de l'HME de Limoges.

Toujours selon l'ORS du Limousin, 93% des femmes vues lors de cet entretien étaient domiciliées en Limousin, les autres venaient des régions limitrophes (la Charente et le Cantal).

Seulement 36% des femmes reçues étaient nullipares et près de 9 femmes sur 10 vivaient en couple. Enfin, 60% d'entre elles exerçaient une activité professionnelle au moment de l'entretien [10].

L'ORS du Limousin note, de plus, que les femmes en situation précaire sont généralement ciblées [10], c'est-à-dire qu'elles se voient plus souvent proposer l'EPP. En effet, à l'HME, 31,5 % des femmes vues en EPP étaient bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle(CMU) et 8,4 % de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Ainsi, l'ORS avance que les améliorations qui pourraient être réalisées pour favoriser l'EPP résident sur sa généralisation à l'ensemble des femmes enceintes en augmentant le nombre de sages-femmes qui les réalisent [10].

3.3. Travail en réseau

Le réseau de santé en périnatalité du Limousin est connu sous le nom PERINATLIM et comprend 3 départements : la Haute-Vienne, la Creuse et la Corrèze.

En ce qui concerne l'EPP, il est mandaté par l'ORS du Limousin pour réaliser les statistiques de cette activité mais n'intervient pas dans le réseau psychosocial n'a pas de valeur légal et est constitué de volontaires.

3.3.1. Les objectifs du réseau

Le réseau a pour objectif principal de participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'information et de l'accompagnement :

- des femmes et des couples souhaitant avoir un enfant et présentant un ou des facteurs de risque,
- des femmes enceintes présentant un ou des facteurs de risque,
- des parents ayant un nouveau-né vulnérable, présentant un risque particulier, susceptible de développer un handicap ou ayant une pathologie nécessitant une prise en charge au-delà de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans [12].

3.3.2. Les compétences du réseau

Un réseau de compétences de proximité est proposé pour une prise en charge rapide et un suivi global et continu et gradué. Il favorise la circulation des informations entre les différents intervenants dans le respect de la vie privée, du secret médical, de l'éthique, du consentement et de la sécurité des systèmes informatiques [12].

L'ensemble des personnes du réseau, susceptibles d'intervenir auprès des gestantes, sont répertoriées dans un annuaire disponible sur le site internet de PERINATLIM. Cela permet de faciliter l'orientation des patientes [11].

3.3.3. Le fonctionnement du réseau

Une réunion pluridisciplinaire, appelée aussi **staff psychosocial**, est réalisée une fois par mois dans les locaux de l'HME de Limoges, de la Clinique des Emailleurs de Limoges et de l'Hôpital de Saint-Junien. C'est le moyen de permettre l'évocation des situations problématiques entre les différents acteurs du suivi.

Les professionnels assistant à ces réunions sont : un psychiatre de l'Unité mère-bébé (UMB : il s'agit d'une unité qui accueille les femmes enceintes ou les femmes avec leurs bébés, dont la relation est mise à mal du fait de pathologie psychiatrique maternel et/ou désordres psychoaffectifs du bébé), un cadre sage-femme du secteur mère-enfant, des sages-femmes territoriales, les sages-femmes réalisant les entretiens, une psychologue, un pédiatre et une infirmière du secteur addiction.

Ces réunions permettent aussi de mettre en place une prise en charge rapide et précoce, pendant la grossesse, par le réseau.

Par ailleurs, à l'HME, parmi les patientes qui se sont vues proposer une orientation vers un professionnel, un grand nombre ne serait pas présenté au réseau. Seules les patientes présentant des facteurs de risques psychosociaux importants le sont. Les femmes ayant besoin d'un suivi tabacologique, par exemple, sont directement prises en charge par une sage-femme tabacologue qui réalise des EPP, sans être présenté au réseau.

3.3.4. Opinion des professionnels sur le travail en réseau

D'après l'ORS du Limousin, les sages-femmes libérales émettent des critiques quant au travail en réseau. Elles expriment le fait que la liaison ne serait pas toujours établie lors des orientations. De plus, elles se plaignent d'un retour insuffisant, ce qui rend difficile le suivi et la prise en charge de leurs patientes. Enfin, il est très difficile, pour elles, de se rendre disponible pour les réunions pluridisciplinaires [10].

Les sages-femmes de PMI, pour leur part, sont satisfaites du travail en réseau existant dans leur secteur [10].

DEUXIEME PARTIE

1. CONSTAT

On a pu constater que toutes les études menées sur l'EPP se concentrent sur la mise en place de cet entretien, sur son contenu et sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes vues lors de cet entretien.

Cependant, aucune étude n'a pu évaluer de manière précise l'adaptation du suivi aux besoins recensés lors de cet entretien.

2. PROBLEMATIQUE

Comment les patientes suivies à l'HME observent le suivi spécifique proposé par le réseau à l'issue de l'EPP ?

3. SHEMA D'ETUDE

3.1. Objectif

L'objectif principal est de décrire la prise en charge de la femme à l'issue de l'EPP afin d'évaluer son efficacité et cerner ses déficiences.

3.2. Hypothèse

Les situations vulnérables dépistées lors de l'EPP à l'HME sont prises en charge par le réseau de périnatalité.

3.3. Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale, exhaustive.

La population de cette étude est composée de patientes de l'HME de Limoges ayant nécessité une orientation spécifique à l'issue de l'EPP. Le recrutement des patientes s'est effectué du 1er mai 2012 au 30 novembre 2012.

3.4. Variables étudiées

Afin de réaliser cette étude, nous avons étudié des variables en rapport avec plusieurs domaines.

3.4.1. Variables en rapport avec les caractéristiques socio-démographiques

- **L'âge des patientes** : la moyenne d'âge de la population sera calculée. C'est une variable quantitative discrète.
- **L'âge de la grossesse** au moment de l'entretien prénatal précoce, en semaines d'aménorrhée révolues : il s'agit d'une variable quantitative discrète. Elle nous permettra de déterminer quand, en moyenne, a lieu l'EPP.
- **L'origine ethnique** : cet item correspond à l'origine géographique des femmes orientées à l'issue de l'EPP. Il s'agit d'une variable qualitative avec 7 modalités : France/ Afrique du nord/ Afrique noire/ Asie/ Europe centrale/ DOM-TOM/ Autre.
- **Le nombre d'enfants à charge** : c'est une variable quantitative discrète.
- **Le mode de vie ou état civil** : ce facteur peut souvent influencer le choix ou non d'une orientation. C'est une variable qualitative avec 3 modalités : célibataire/ en couple/ dans sa famille.

- L'**activité professionnelle** durant la grossesse : c'est un facteur favorisant l'orientation d'une patiente. C'est une variable qualitative binaire : oui/non.
- Les **vulnérabilités** les plus fréquemment dépistées : c'est sur ces vulnérabilités que les sages-femmes se réfèrent pour pouvoir orienter une patiente. Il s'agit d'une variable qualitative avec 9 modalités : addictions/ tabac/ problèmes de conduites alimentaires/ situations précaires/ problèmes familiaux/ pathologies psychiatriques/ violences conjugales/ pathologies médicales/ autre.

3.4.2. Variables en rapport avec l'hypothèse principale

Ces variables vont permettre de décrire la prise en charge des femmes après l'EPP.

- **Dossier présenté au réseau** : c'est une variable qualitative binaire : oui/ non.
- La ou les **orientations proposées à la patiente** : c'est une variable qualitative avec 8 modalités qui permettra de déterminer quel type d'orientation est le plus souvent recommandé : psychologue/ tabacologue/ diététicienne/ addictologue/ assistante sociale/ Services de PMI/ UMB/ Autres.
- Le **suivi des consultations proposées** : cette variable qualitative avec 3 modalités permet de déterminer l'observance des orientations proposées : oui/ partiellement/ non.
- Si non, **la patiente est-elle recontactée par le réseau** ou le(s) spécialiste(s) ? Il s'agit ici d'une variable qualitative binaire : oui/ non.
- Le **nombre de consultations** pour chaque orientation : ce nombre permettra de déterminer, en moyenne, combien de fois elles ont été vues dans le cadre de leur orientation spécifique.
- Une **éventuelle hospitalisation** pendant la grossesse : c'est une variable qualitative binaire : oui/ non.
- L'**issue de la grossesse** : il s'agit d'une variable qualitative avec 4 modalités qui permettra de savoir si un suivi personnalisé de la grossesse influe sur son

issue : Fausse couche spontanée (FCS)/ Interruption médicale de grossesse/
Accouchement prématurée/ Accouchement à terme.

- L'**existence d'un retour** aux professionnels : cette variable qualitative binaire nous permettra d'évaluer si la prise en charge proposé ainsi que son observance apparaissent dans le dossier de la patiente orientée : oui/ non.
- Si oui, **par quel biais** ? Il s'agit d'une variable qualitative avec 2 modalités : Dossier/ Réunion et dossier.

3.5. Méthode

3.5.1. Recensement des sujets

Nous avons réalisé des fiches que les sages-femmes de l'HME Limoges remplissaient à l'issue de chaque EPP nécessitant un suivi spécifique. C'est à partir de ces fiches que le recensement des sujets s'est effectué.

On y retrouve l'identité de la patiente, la ou les vulnérabilités dépistées et le ou les professionnels vers lesquels la sage-femme a orienté la patiente.

3.5.2. Recueil des données

Tout d'abord, la collecte des données a été réalisée à partir des dossiers des gestantes retenues à l'aide d'une grille de recueil de données reprenant les variables précédemment citées.

Nous nous sommes ensuite adressés aux différents secteurs du réseau afin de compléter notre fiche de recueil de données.

3.5.3. Exploitation des données

Les données ont été saisies dans un tableur Excel version 2007. Puis l'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Statview.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne avec un écart type. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage avec leur intervalle de confiance si nécessaire. L'intervalle de confiance a été calculé avec un risque alpha de 0,05.

La comparaison des variables entre deux sous-groupes a été réalisée à l'aide des tests du Chi², de Fischer, de Student.

Des tests de corrélation, de rapport de vraisemblance logistique et de contribution des cellules a posteriori ont été réalisés si nécessaire pour étayer notre analyse.

3.5.4. Population source

L'HME a fait 350 EPP en 2009. Ce chiffre a augmenté de 2,2% en 2010 et est de 768 selon le Rapport final de l'ORS de septembre 2011 [9]. Cette augmentation est due au recrutement d'une sage-femme supplémentaire dédiée à l'EPP.

Au vu de ces chiffres satisfaisant en termes de nombre d'EPP, nous avons alors choisi de ne réaliser notre étude qu'au sein de la population de l'HME.

4. RÉSULTATS DE L'ETUDE

4.1. Description de la population de l'échantillon

L'étude a permis de constituer un échantillon de 59 patientes qui ont nécessité une orientation sur 535 vues en EPP durant notre période de recueil des sujets. Cependant, nous nous retrouvons avec un effectif de 58 patientes pour les variables "Hospitalisation pendant la grossesse" et "Issue de la grossesse". En cause, une patiente perdue de vue : elle n'a pas respecté le suivi proposé et dans le dossier obstétrical, nous n'avons plus aucune nouvelle après quelques consultations.

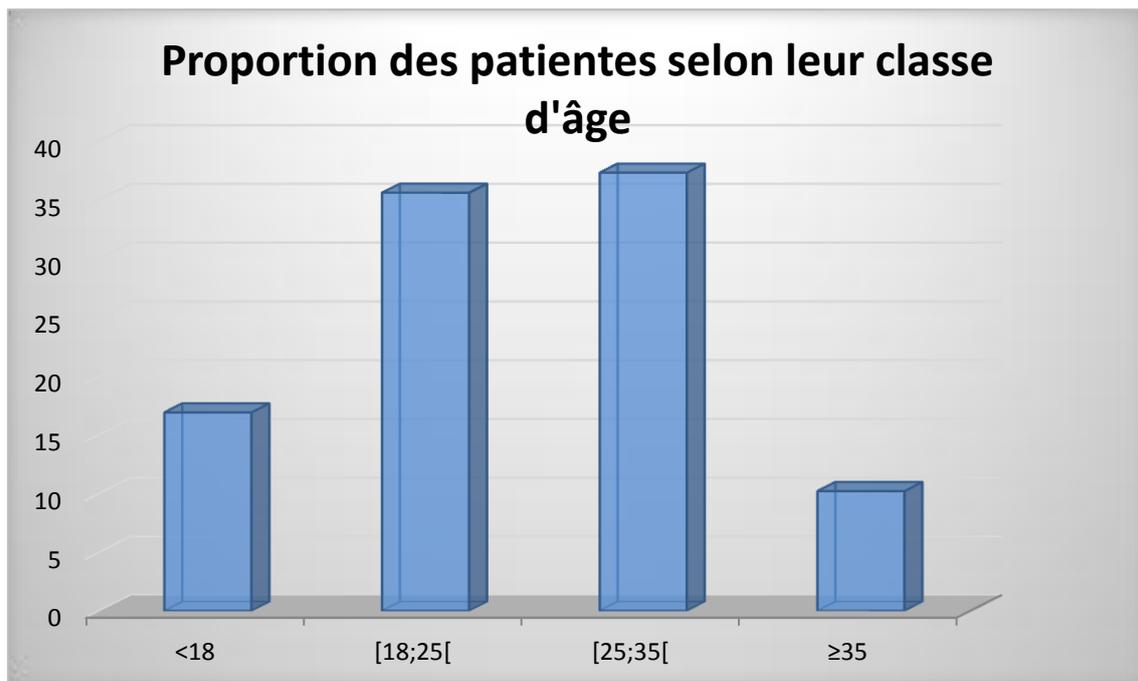
Dans les cas où les résultats concernent un effectif différent, celui-ci sera précisé par un "n".

L'âge

	moyenne	écart-type	minimum	maximum	médiane
Age	24,9	6,56	16	41	24

La moyenne d'âge est de vingt-cinq ans avec +/- 6,56 et une étendue de seize à quarante et un ans.

Nous avons un âge médian de 24 ans, dans notre population.



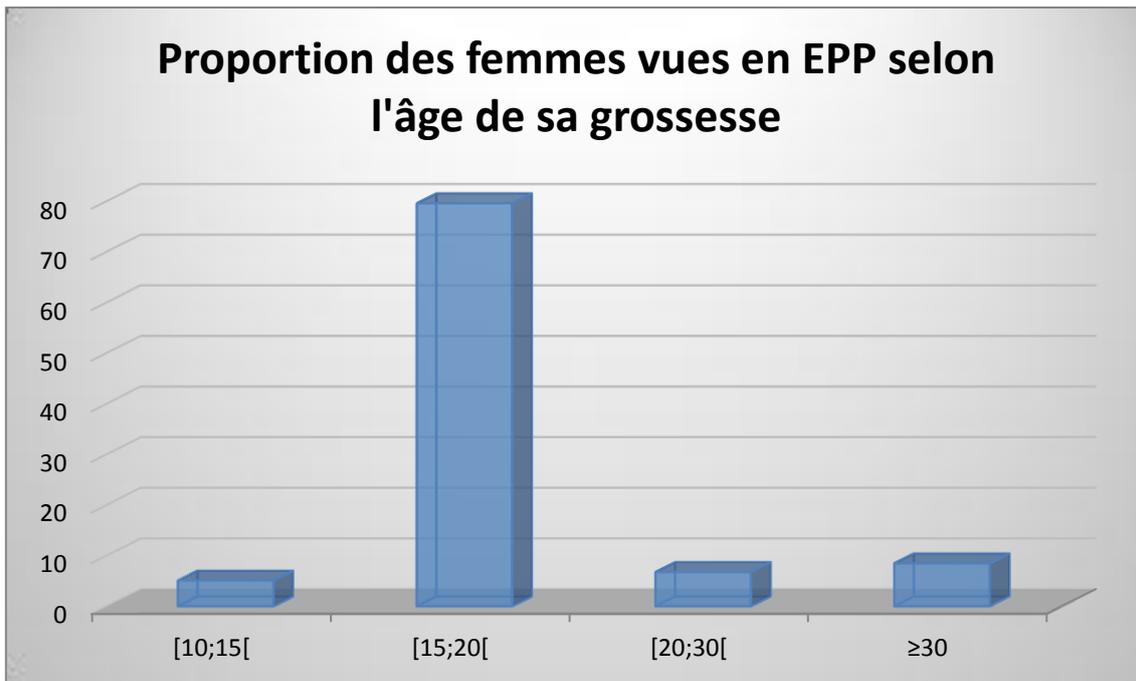
Selon les classes d'âge, nous obtenons un pourcentage plus important de femmes ayant entre 25 et 34 ans soit 37,3% (soit 22 personnes) et une classe des 18-24 ans qui représente 35,6% d'entre elles (soit 21 personnes).

Les moins de 18 ans représentent 16,9% de notre population (soit 10 personnes). Enfin nous avons 10,2% des femmes orientées qui ont 35 ans et plus (soit 6 personnes).

L'âge de la grossesse lors de l'EPP

	moyenne	écart-type	minimum	maximum
Age de la grossesse (SA)	18,3	5,1	10	35

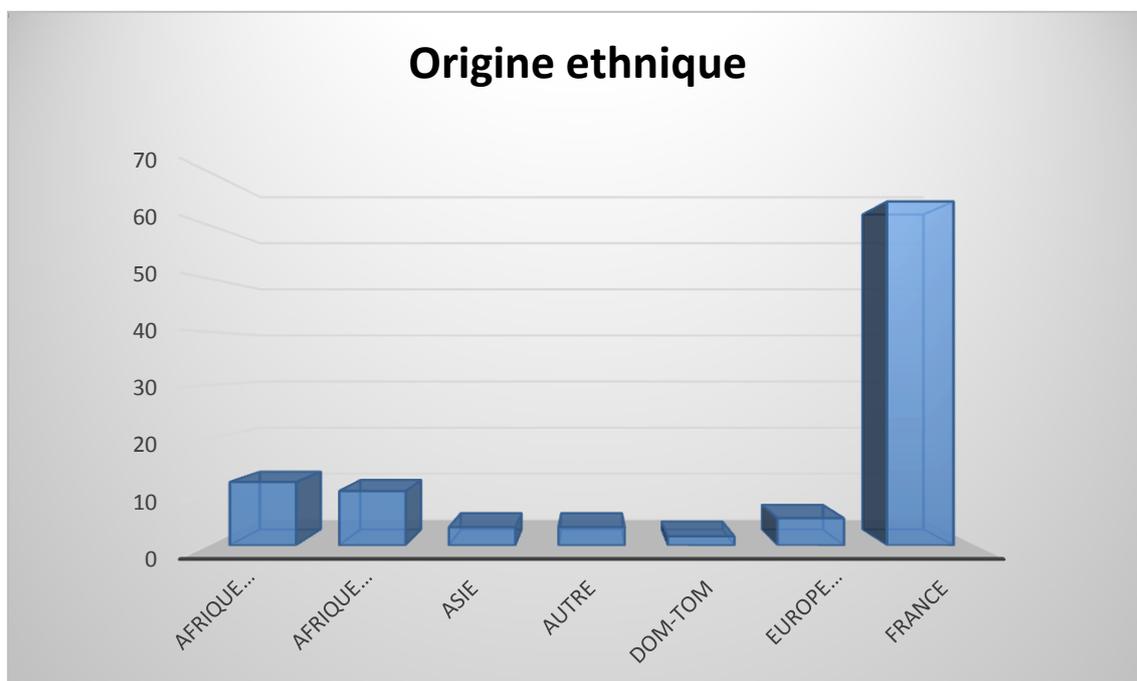
En moyenne l'EPP a lieu à 18 semaines d'aménorrhée avec +/- 5,1 et une étendue de 10 à 35 semaines d'aménorrhée.



Selon l'âge de la grossesse, dans la majorité des cas (soit 47 personnes), les femmes sont vues en EPP entre 15 et 19 SA (79,6%).

Les autres femmes sont vues, dans 8,5% des cas à au moins 30 SA (soit 5 personnes), dans 6,8% des cas entre 20 et 29 SA (soit 4 personnes) et enfin dans 5,1 des cas entre 10 et 14 SA (soit 3 personnes).

L'origine ethnique



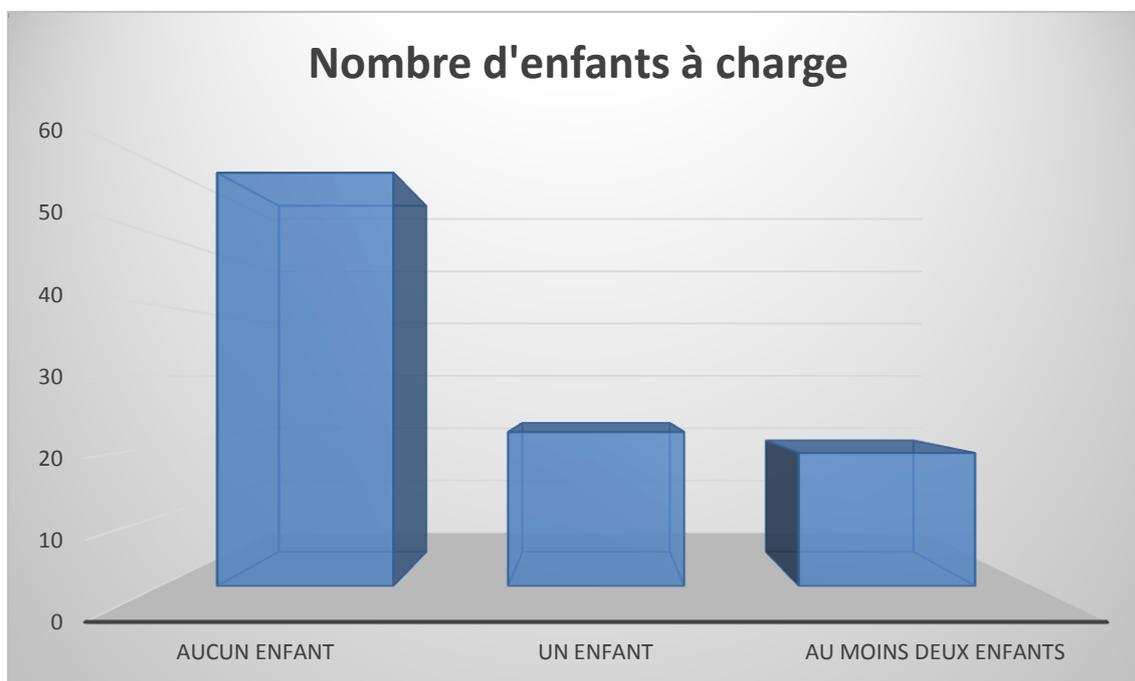
La majorité des patientes orientées à la HME de Limoges, suite à une EPP sont d'origine métropolitaine.

En effet, 64,4% de la population est d'origine métropolitaine (soit 38 personnes), contre 35,6% qui est d'origine hors métropole (soit 21 personnes).

Différentes origines ethniques sont retrouvées chez les patientes d'origine non métropolitaine : 11,8% d'entre elles sont originaire d'Afrique du Nord, 10,1% d'Afrique noire, 5% d'Europe centrale, 3,4% d'Asie, 1,7% des DOM-TOM.

Les autres origines représentant 3,4% des cas sont américaines, et plus particulièrement d'Haïti.

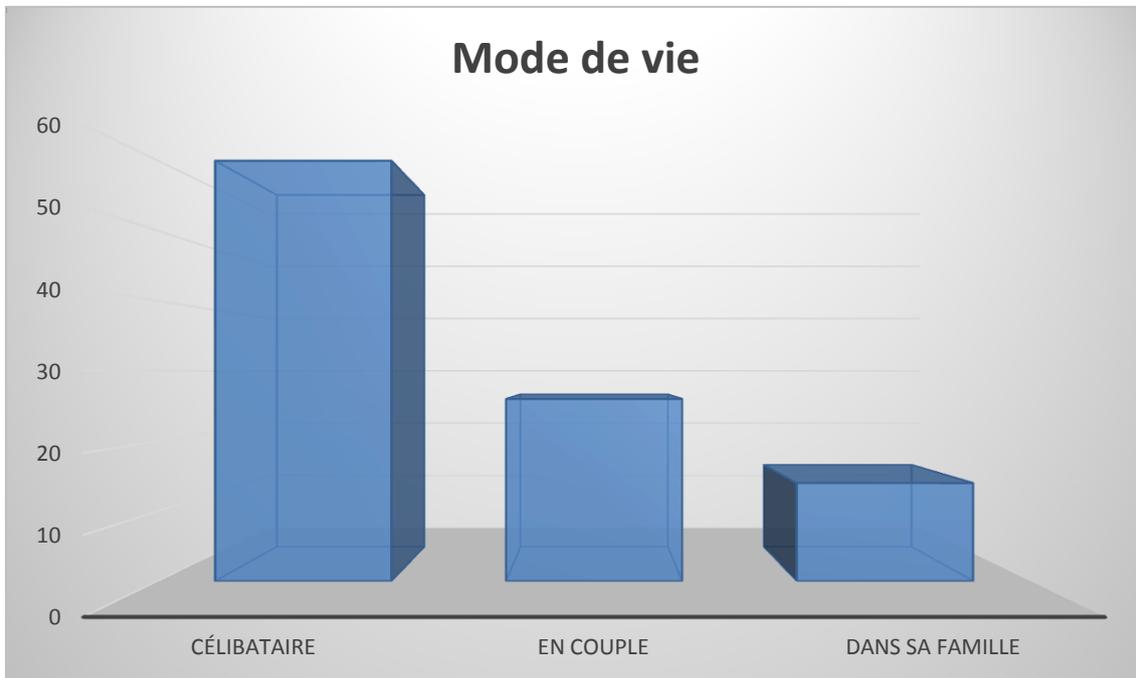
Le nombre d'enfants à charge



Plus de la moitié des patientes orientées soit 59% n'ont pas d'enfant à charge (soit 35 personnes).

22% d'entre elles ont un enfant à charge (soit 13 personnes) et 19% ont au moins deux enfants à charge (soit 11 personnes).

Le mode de vie ou état civil



Dans cette population, 60% [IC : 47,5-72,5] des femmes sont célibataires (soit 35 personnes), 26% [IC : 14,8- 37,2] vivent en couple (soit 15 personnes) et 15% [IC : 5,1-22,9] vivent dans leur famille (soit 9 personnes).

Activité professionnelle pendant la grossesse

Dans 83% des cas, ces femmes orientées sont au chômage (soit 49 personnes) contre 17% qui exercent une activité professionnelle (soit 10 personnes).

4.2. Résultats des variables en rapport avec notre hypothèse

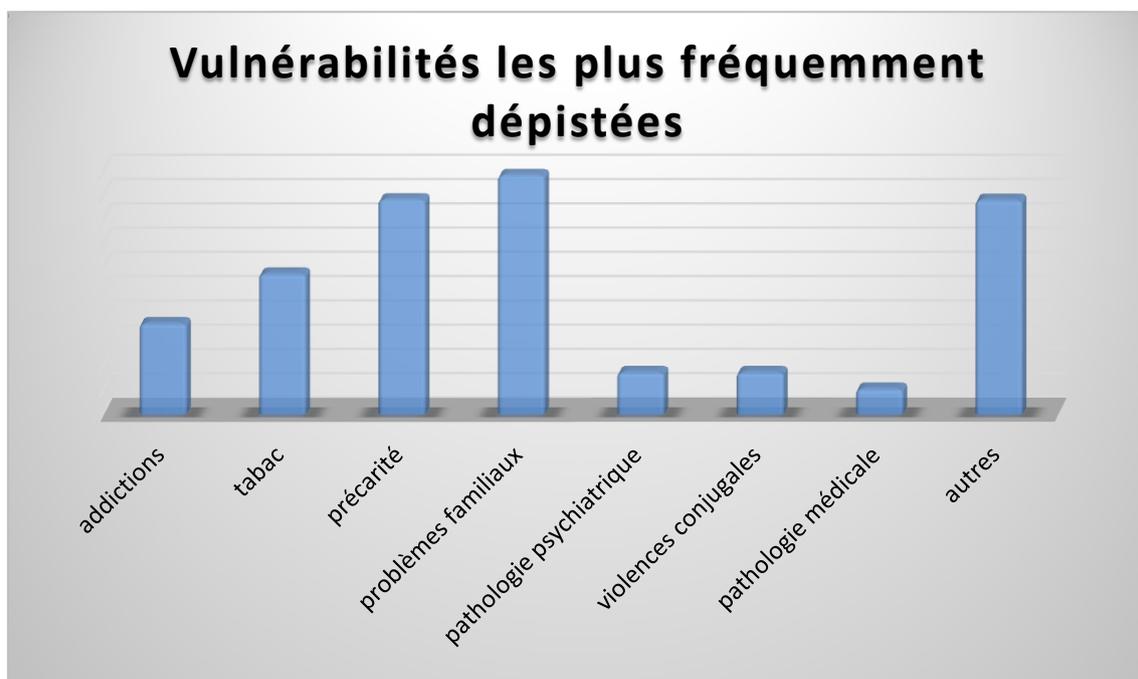
4.2.1. Les vulnérabilités dépistées

4.2.1.1. Généralités

	moyenne	écart-type	minimum	maximum
nombre de vulnérabilités	2,1	1,07	1	6

En moyenne, sur 59 femmes, 2,1 vulnérabilités sont dépistées pour une patiente avec un écart-type de 1,07. Une à six vulnérabilités sont retrouvées lors de l'EPP, pour une patiente.

4.2.1.2. Vulnérabilités les plus fréquemment dépistées



D'une manière générale, les vulnérabilités les plus fréquemment dépistées pour ces femmes sont les problèmes familiaux et la précarité.

En effet, dans 49,1% des cas, les patientes orientées présentent des problèmes familiaux et dans 44,1% des cas, elles sont en situation de précarité.

On retrouve dans une moindre proportion l'addiction au tabac avec 28,8%, les addictions aux autres toxiques avec 18,6%, les pathologies psychiatriques avec 8,5%, les violences conjugales avec 8,5% et enfin les pathologies médicales avec 5% des patientes.

Les autres vulnérabilités retrouvées (44%) sont hétéroclites : il s'agit de femmes isolées, de femmes mineures, de femmes ayant des difficultés de compréhension, de femmes ayant subi par le passé un placement ou une agression, etc.

4.2.1.3. Moyenne des vulnérabilités selon la classe d'âge

Moyenne des vulnérabilités selon la classe d'âge

	Effectif	Moyenne	écart-type
<18 ans	10	2,2	1,13
18-24 ans	21	2,23	1,26
25-34 ans	22	1,95	0,99
≥ 35 ans	6	1,83	0,4

Selon la classe d'âge, la moyenne des vulnérabilités varie :

- 2,20 vulnérabilités pour les femmes de moins de 18 ans,
- 2,23 vulnérabilités pour les 18-24 ans,
- 1,95 vulnérabilités pour les 25-34 ans,
- 1,83 vulnérabilités pour les femmes de 35 ans et plus.

Il n'y a pas de différence significative de la moyenne des vulnérabilités selon les classes d'âge.

4.2.1.4. Moyenne des vulnérabilités selon l'origine ethnique

Moyenne des vulnérabilités selon l'origine ethnique

	Effectif	Moyenne	écart-type
France métropolitaine	38	2,18	1,11
Autre origine	21	2,09	0,93

En termes d'origine ethnique, il n'existe pas de différence significative entre la moyenne des vulnérabilités dépistées chez les femmes d'origine métropolitaine et les autres : elles ont en moyenne 2,18 vulnérabilités contre 2,09 chez les femmes d'origine étrangère.

4.2.1.5. Moyenne des vulnérabilités selon le mode de vie

Moyenne des vulnérabilités selon le mode de vie

	Effectif	Moyenne	écart-type
Couple	15	1,89	1,08
Seule	35	2,53	1,06
Dans sa famille	9	2	0,926

2,53 vulnérabilités sont en moyenne dépistées chez une femme vivant seule contre 2 et 1,89 chez les femmes vivant respectivement dans leur famille et en couple.

Il y a significativement davantage de vulnérabilités chez les femmes vivant seules que chez celles vivant en couples ($p=0,05$).

4.2.2. Présentation du dossier au réseau



Dans 94,9% des cas, le dossier est présenté au réseau (soit 56 personnes) contre seulement 5,1% qui ne le sont pas soit 3 patientes.

Ces trois patientes non présentées au réseau ont directement pris contact avec le professionnel vers lequel elles ont été orientées. L'une d'elles a pris directement contact avec une sage-femme libérale de son choix et les deux autres ont contacté la PMI qu'elles connaissaient déjà (grossesse précédente).

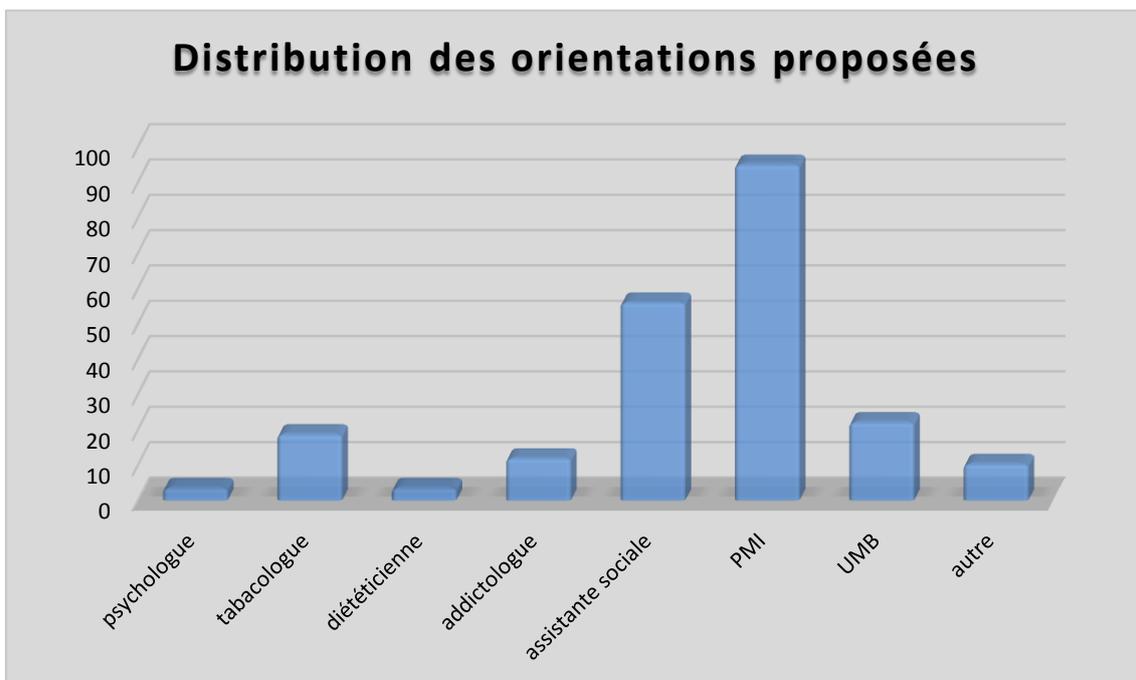
4.2.3. Les orientations proposées

4.2.3.1. Généralités

	moyenne	écart-type	minimum	maximum
Nombre d'orientations	2,2	0,86	1	4

En moyenne, sur 59 femmes, une patiente est orientée vers deux professionnels avec un écart-type de 0,86. Une à quatre orientations sont proposées pour une patiente.

4.2.3.2. Distribution des orientations proposées



A l'issue de l'EPP, les patientes sont orientées vers la PMI dans 94,9% des cas.

Les autres orientations les plus souvent proposées sont à 55,9% l'assistante sociale, à 22% l'unité mère-bébé, à 18,6% le tabacologue et à 11,8% l'addictologue.

Peu de patientes sont orientées vers une diététicienne et une psychologue avec un taux de 3,4%, dans les deux cas.

4.2.3.3. Moyenne du nombre d'orientations selon l'origine ethnique

Moyenne du nombre d'orientations selon l'origine ethnique

	Effectif	Moyenne	écart-type
France métropolitaine	38	2,42	0,89
Autre origine	21	1,69	0,58

Une femme d'origine étrangère sera orientée vers 1,69 professionnels en moyenne contre 2,42 s'il s'agit d'une femme d'origine métropolitaine.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la moyenne du nombre d'orientations donné à une femme d'origine métropolitaine et étrangère.

4.2.3.4. Moyenne du nombre d'orientations selon le mode de vie

Moyenne du nombre d'orientations selon le mode de vie

	Effectif	Moyenne	écart-type
Couple	15	2,28	0,93
Seule	35	2,13	0,74
Dans sa famille	9	1,88	0,83

2,28 orientations sont en moyenne proposées chez une femme vivant en couple contre 2,13 chez une femme vivant seule et 1,88 chez une femme vivant dans sa famille.

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative de la moyenne des orientations quel que soit son mode de vie.

4.2.4. Lien entre vulnérabilités et orientations

4.2.4.1. Corrélation entre nombre de vulnérabilités et nombre d'orientations

Parmi ces femmes orientées, il n'existe pas de relation linéaire entre le nombre de vulnérabilités dépistées et le nombre d'orientations proposées ($p=0,12$) selon un test de corrélation.

4.2.4.2. Moyenne du nombre d'orientations selon la vulnérabilité dépistée

Pour certaines vulnérabilités, nous retrouvons un lien significatif avec le nombre d'orientations proposées.

4.2.4.2.1. Chez une femme présentant une pathologie psychiatrique

Moyenne du nombre d'orientations selon la présence ou non d'une pathologie psychiatrique

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	5	3,2	0,84
non	54	2,09	0,81

Une femme présentant une pathologie psychiatrique (n=5) a en moyenne 3,2 orientations contre 2,09 s'il n'existe pas de pathologie psychiatrique.

D'après le test t permettant de comparer ces moyennes, il existe un lien significatif entre les moyennes du nombre d'orientations selon qu'il existe ou pas une pathologie psychiatrique ($p=0,005$).

4.2.4.2.2. Chez une femme subissant des violences conjugales

Moyenne du nombre d'orientations selon la présence ou non de violences conjugales

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	5	3	1
non	54	2,1	0,82

Une femme subissant des violences conjugales (n=5) a en moyenne 3 orientations contre 2,1 s'il n'y a pas de violences conjugales.

Il y a significativement davantage d'orientations chez une femme subissant des violences conjugales que chez une femme n'en subissant pas ($p=0,03$).

4.2.4.2.3. Chez une femme présentant un tabagisme

Moyenne du nombre d'orientations en fonction de la présence ou non de tabagisme

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	17	2,6	0,94
non	42	2	0,78

Une femme présentant un tabagisme (n=17) a en moyenne 2,6 orientations contre 2 si elle ne fume pas.

Il y a significativement davantage d'orientations chez une femme fumeuse que chez une femme non fumeuse ($p=0,02$).

4.2.4.2.4. Chez une femme présentant d'autres vulnérabilités

Moyenne du nombre d'orientations en fonction de la présence ou non d'une précarité

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	26	2,1	0,85
non	33	2,27	0,88

Une femme présentant une précarité (n=26) a en moyenne 2,1 orientations contre 2,27 quand il n'existe pas de précarité.

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre les moyennes des orientations et la présence ou non d'une précarité ($p=0,39$).

Moyenne du nombre d'orientations en fonction de la présence ou non de problèmes familiaux

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	29	2,1	0,89
non	30	2,2	0,83

Une femme ayant des problèmes familiaux (n=29) a en moyenne 2,1 orientations contre 2,2 orientations quand elle n'en a pas.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les moyennes des orientations et la présence ou non de problèmes familiaux ($p=0,67$).

Moyenne du nombre d'orientations en fonction de la présence ou non d'addictions

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	11	2,4	1,11
non	48	2,1	0,79

Une femme présentant une addiction autre que le tabac, a en moyenne 2,4 orientations contre 2,1 orientations quand elle n'en a pas.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen d'orientations et la présence ou non d'une addiction ($p=0,45$).

4.2.4.3. Moyenne du nombre de vulnérabilités selon l'orientation proposée

4.2.4.3.1. Chez une femme orientée vers un addictologue

Moyenne du nombre de vulnérabilités en fonction de l'orientation ou non vers un addictologue

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	7	2,8	1,46
non	52	1,9	0,98

Nous retrouvons en moyenne 2,8 vulnérabilités chez les femmes orientées vers un addictologue ($n=7$) contre 1,9 vulnérabilités quand elles ne le sont pas.

Il existe significativement davantage de vulnérabilités chez une femme orientée vers un addictologue que chez une femme qui ne l'est pas ($p=0,04$).

4.2.4.3.2. Chez une femme orientée vers d'autres professionnels

Moyenne du nombre de vulnérabilités en fonction de l'orientation ou non vers un tabacologue

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	11	2,4	0,67
non	48	2,02	1,14

2,4 vulnérabilités, en moyenne, sont retrouvées chez les femmes orientées vers le tabacologue (n=11) contre 2,02 vulnérabilités quand elles ne le sont pas.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de vulnérabilités et l'orientation ou non vers une tabacologue ($p=0,34$).

Moyenne du nombre de vulnérabilités en fonction de l'orientation ou non vers une assistante sociale

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	33	2,3	1,19
non	26	1,8	0,85

Nous retrouvons 2,3 vulnérabilités, en moyenne, chez les femmes orientées vers une assistante sociale (n=33) contre 1,8 vulnérabilités quand elles ne le sont pas.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de vulnérabilités et l'orientation ou non vers une assistante sociale ($p=0,07$).

Moyenne du nombre de vulnérabilités en fonction de l'orientation ou non vers la PMI

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	56	2,1	1,06
non	3	2,3	1,53

Chez une femme orientée vers la PMI (n=56), on retrouve en moyenne 2,1 vulnérabilités contre 2,3 vulnérabilités quand elle ne l'est pas.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de vulnérabilités et l'orientation ou non vers la PMI ($p=0,68$).

Moyenne du nombre de vulnérabilités en fonction de l'orientation ou non vers l'UMB

	Effectif	Moyenne	écart-type
oui	13	1,9	0,95
non	46	2,1	1,11

Nous retrouvons en moyenne 1,9 vulnérabilités chez les femmes orientées vers l'UMB (n=13) contre 2,1 vulnérabilités quand elle ne l'est pas.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de vulnérabilités et l'orientation ou non vers l'UMB ($p=0,54$).

4.2.4.4. Lien entre vulnérabilités dépistées et orientations proposées

4.2.4.4.1. Entre précarité et orientation vers une assistante sociale

Lien entre précarité et orientation vers une assistante sociale (AS)

	AS	pas d'AS	Totaux
précarité	19	7	26
pas de précarité	14	19	33
Totaux	33	26	59

73,1% des femmes présentant une précarité (soit 19 personnes) sont orientées vers l'assistante sociale (n=26).

Il y a significativement davantage d'orientation vers l'assistante sociale lorsqu'il existe une précarité. ($p=0,01$).

4.2.4.4.2. Entre tabagisme et orientation vers un tabacologue

Lien entre tabagisme et orientation vers un tabacologue

	tabacologue	pas de tabacologue	Totaux
fumeuse	11	6	17
non fumeuse	0	42	42
Totaux	11	48	59

64,7% des femmes fumeuses (soit 11 personnes) sont orientées vers le tabacologue (n=17).

Il y a significativement davantage d'orientation vers une tabacologue lorsqu'il existe un tabagisme ($p < 0,0001$).

4.2.4.4.3. Entre addiction et orientation vers un addictologue

Lien entre addiction et orientation vers un addictologue

	addictologue	pas d'addictologue	Totaux
addiction	7	4	11
pas d'addiction	0	48	48
Totaux	7	52	59

63,6% des femmes présentant une addiction (soit 7 personnes) sont orientées vers l'addictologue (n=11).

Il existe significativement davantage d'orientation vers un addictologue lorsqu'une femme présente une addiction ($p < 0,0001$).

4.2.4.4.4. Entre pathologie psychiatrique et orientation vers l'UMB

Lien entre pathologie psychiatrique et orientation vers l'UMB

	UMB	pas d'UMB	Totaux
pathologie psychiatrique	4	1	5
pas de pathologie psychiatrique	9	45	54
Totaux	13	46	59

80% des femmes présentant une pathologie psychiatrique (soit 4 personnes) sont orientées vers l'UMB (n=5).

Il y a significativement davantage d'orientation vers l'UMB lorsqu'une patiente présente une pathologie psychiatrique ($p=0,01$).

4.2.4.4.5. En cas d'orientation vers la PMI

Dans le cas de la PMI uniquement, on ne retrouve pas de vulnérabilité prédominante nécessitant une orientation vers cette structure.

Lien entre orientation vers PMI et orientation vers assistante sociale

	AS	pas d'AS	Totaux
PMI	33	23	56
Pas de PMI	0	3	3
Totaux	33	26	59

Par ailleurs, nous avons pu observer une relation entre l'orientation vers la PMI et celle vers une assistante sociale.

Une femme qui est orientée vers l'assistante sociale l'est aussi vers la PMI et une femme qui est orientée vers la PMI est, en général, aussi orientée vers une assistante sociale ($p=0,05$).

Test exact de Fisher: lien entre orientation vers PMI et orientation vers assistante sociale

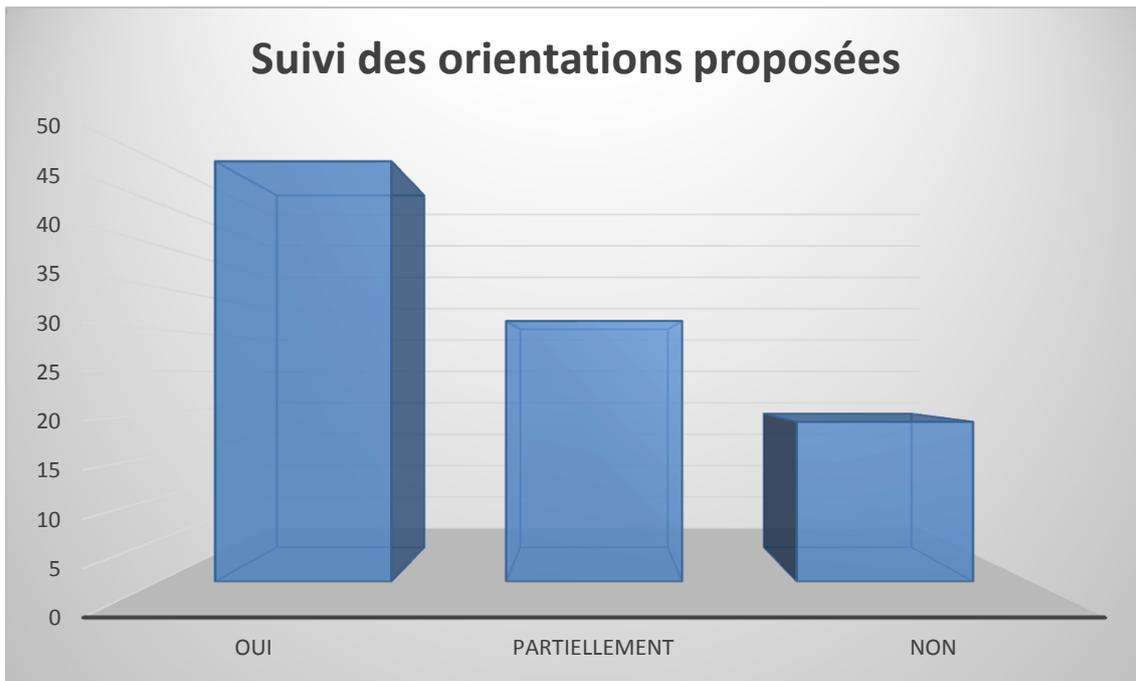
Chi 2	valeur p
4,01	0,05

4.2.5. Suivi des consultations proposées

4.2.5.1. Généralités

	moyenne	écart-type	minimum	maximum
Nombre de consultations	4,7	6,9	0	42

En moyenne, une femme a été vue 4,7 fois dans le cadre de l'orientation proposée avec un écart-type de 6,9 et des extrêmes [0 ; 42].



La moitié des femmes orientées suivent de manière rigoureuse la ou les orientations proposées soit 50% d'entre elles.

19% d'entre elles ne suivent pas les recommandations et 31% d'entre elles le font de manière intermittente.

4.2.5.2. Moyenne des orientations en fonction de l'observance du suivi

Moyenne des orientations proposées en fonction de l'observance du suivi

	Effectif	Moyenne	écart-type
Suivi : oui	30	1,93	0,79
Suivi partiel	18	2,5	0,86
Suivi : non	11	2,45	0,82

Les patientes respectant de manière rigoureuse le suivi proposé, ont en moyenne 1,93 orientations contre 2,45 orientations chez les femmes ne le respectant pas et 2,5 chez les femmes le faisant de manière intermittente.

Cependant il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'observance du suivi et le nombre d'orientations proposées.

4.2.5.3. Observance du suivi en fonction du nombre d'orientations

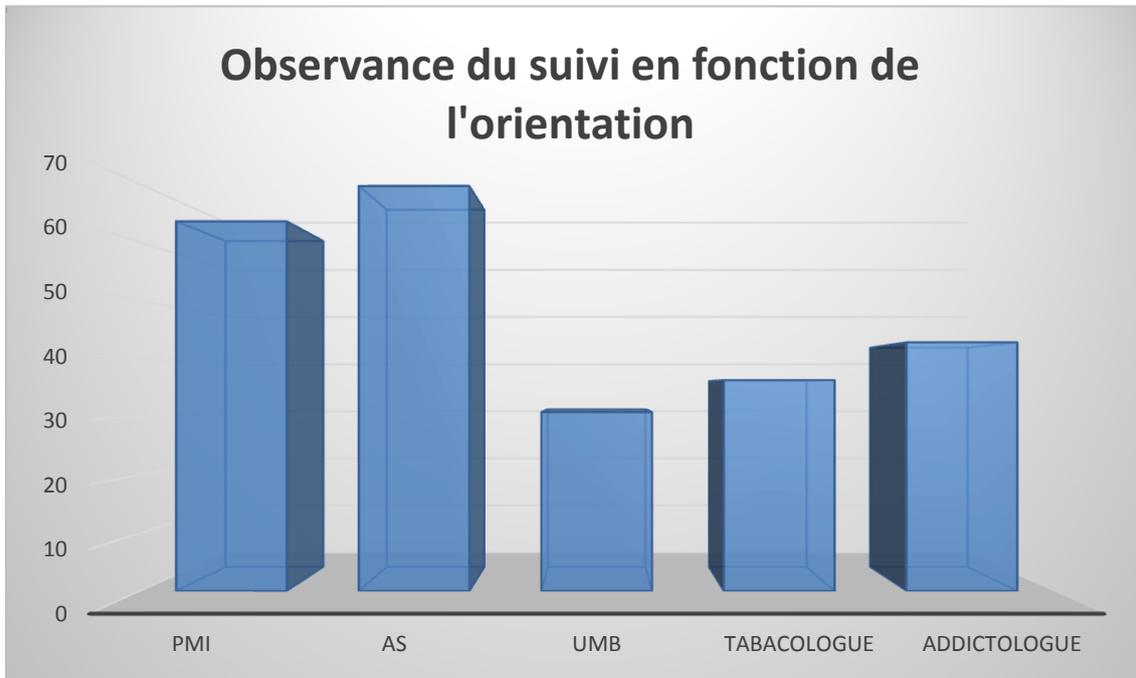
Observance du suivi en fonction du nombre d'orientations

	une orientation	deux orientations	trois orientations	quatre orientations	Totaux
Suivi: oui	9	14	5	2	30
Suivi partiel	2	7	7	2	18
Suivi: non	2	5	4	0	11
Totaux	13	26	16	4	59

Quelque soit l'observance du suivi, on retrouve un effectif de femmes plus important lorsqu'il y a deux orientations (14 sur 30 quand le suivi est rigoureux, 7 sur 18 quand le suivi est partiel et 5 sur 11 quand le suivi n'est pas du tout respecté).

Il n'existe pas de différence significative qui nous permettent d'affirmer que l'observance du suivi dépend du nombre d'orientations.

4.2.5.4. Observance du suivi en fonction de l'orientation proposée



Nous remarquons que les femmes sont plus fréquemment observantes si elles sont orientées vers une assistante sociale (69,7%) et vers la PMI (63,6%).

La fréquence de l'observance de ces femmes est moindre lorsque les orientations se font vers un addictologue (42,8%), un tabacologue (36,3%) ou l'UMB (30,8%).

Dans le cas où les femmes ne respectent pas les orientations proposées, elles sont recontactées par le professionnel concerné dans 81,5% [IC : 71,6- 91,4] des cas.

4.2.5.5. Moyenne des vulnérabilités en fonction de l'observance du suivi

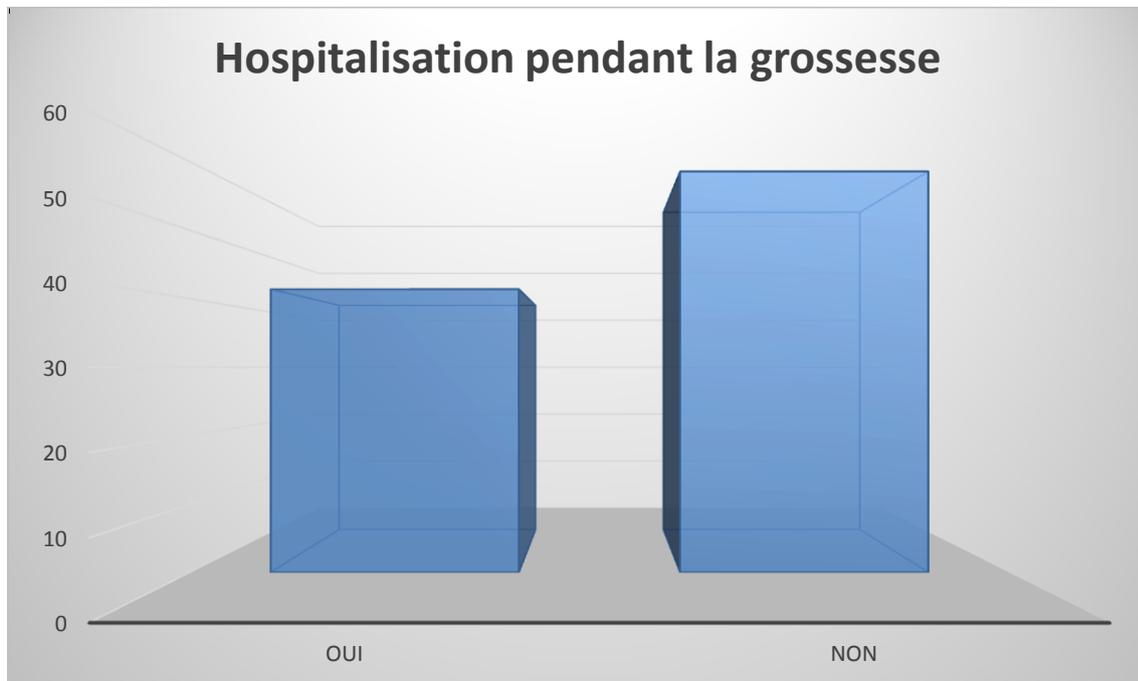
	Nombre	Moyenne	écart-type
oui	30	1,96	0,18
partiel	18	2,4	0,28
non	11	2	0,33

Les patientes respectant de manière rigoureuse le suivi proposé, ont en moyenne 1,96 vulnérabilités contre 2 vulnérabilités chez les femmes ne le respectant pas et 2,4 chez les femmes le faisant de manière partielle.

Cependant, nous ne retrouvons pas de différence significative nous permettant d'affirmer que la moyenne du nombre de vulnérabilités dépistées est en lien avec l'observance ou non du suivi.

4.2.6. Hospitalisation pendant la grossesse

4.2.6.1. Généralités



41,4% des femmes orientées (soit 24 personnes) ont été hospitalisées pendant leur grossesse (n=58).

4.2.6.2. Hospitalisation en fonction de l'observance du suivi

	suivi	suivi partiel	pas de suivi	Totaux
hospitalisation	12	8	4	24
pas d'hospitalisation	18	10	6	34
Totaux	30	18	10	58

41,7% des femmes (soit 20 personnes) observant les orientations proposées de façon partielle ou totale sont hospitalisées (n=48). Elles sont 40% (soit 4 personnes) quand l'orientation n'a pas été observée (n=10).

Nous avons pu mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre l'observance du suivi proposé et une éventuelle hospitalisation pendant la grossesse ($p < 0,0001$).

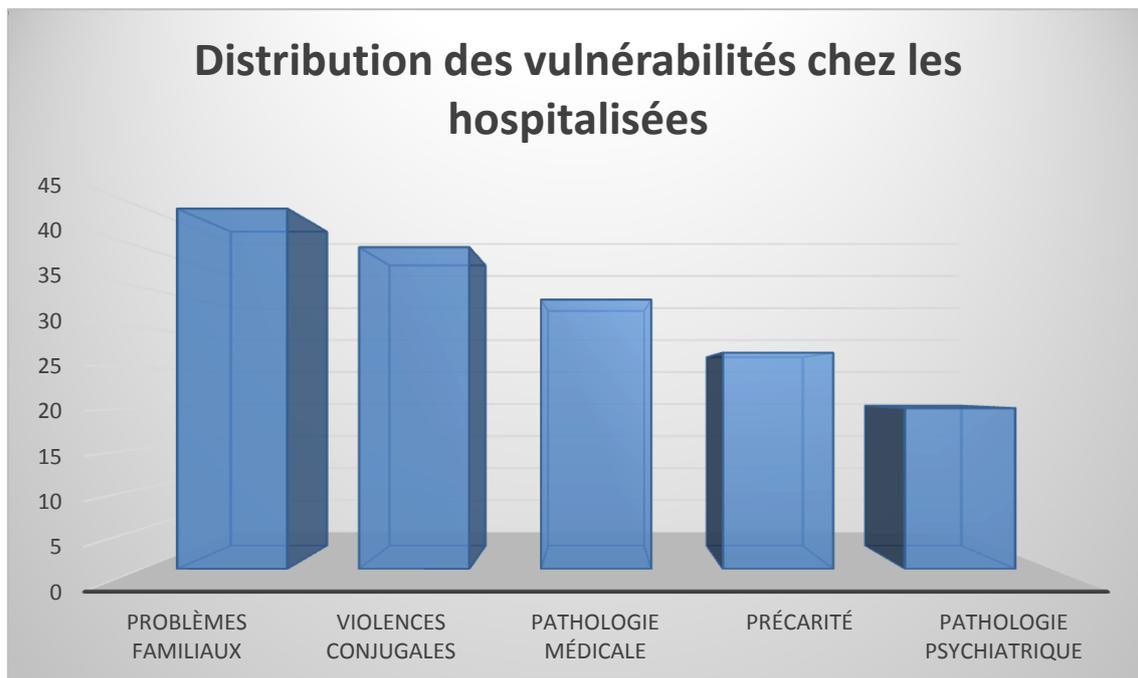
Test exact de Fisher: lien entre observance du suivi et hospitalisation pendant la grossesse

Chi 2	valeur p
59,19	<0,0001

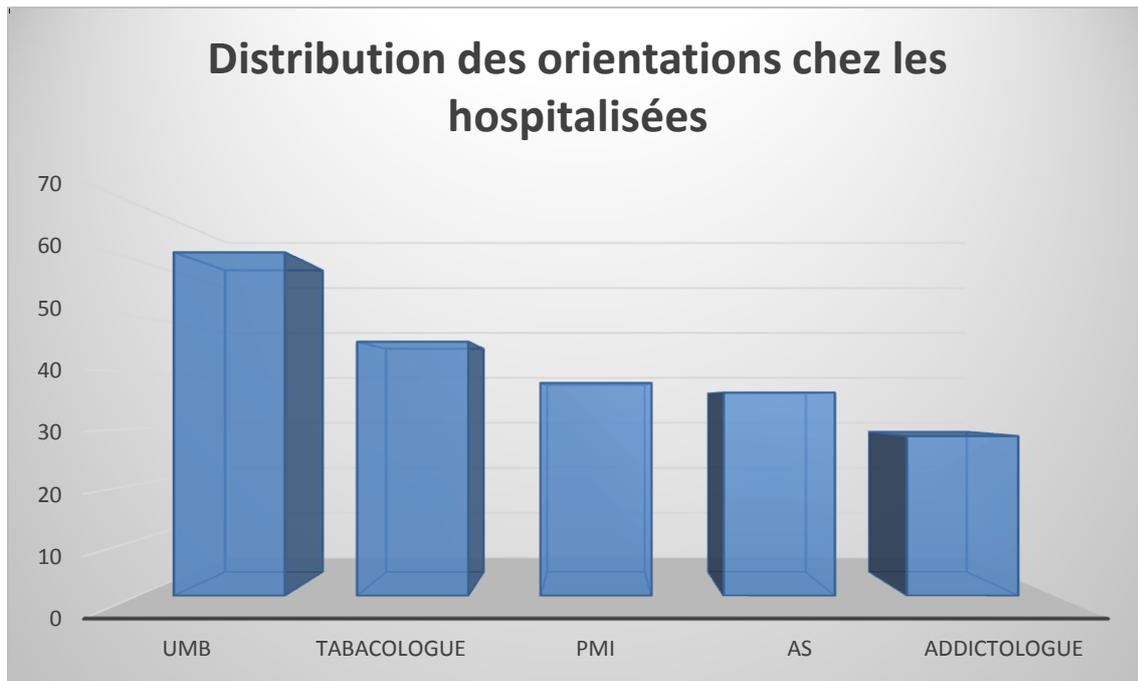
Parmi les femmes hospitalisées (n=24), 50% d'entre elles respectaient de manière rigoureuse le suivi proposé, 33,3% le respectaient de manière partielle et 16,7% ne le respectaient pas.

4.2.6.3. Hospitalisation en fonction des vulnérabilités et en fonction des orientations

Nous avons étudié la distribution des principales vulnérabilités dépistées et des principales orientations proposées chez les femmes hospitalisées.



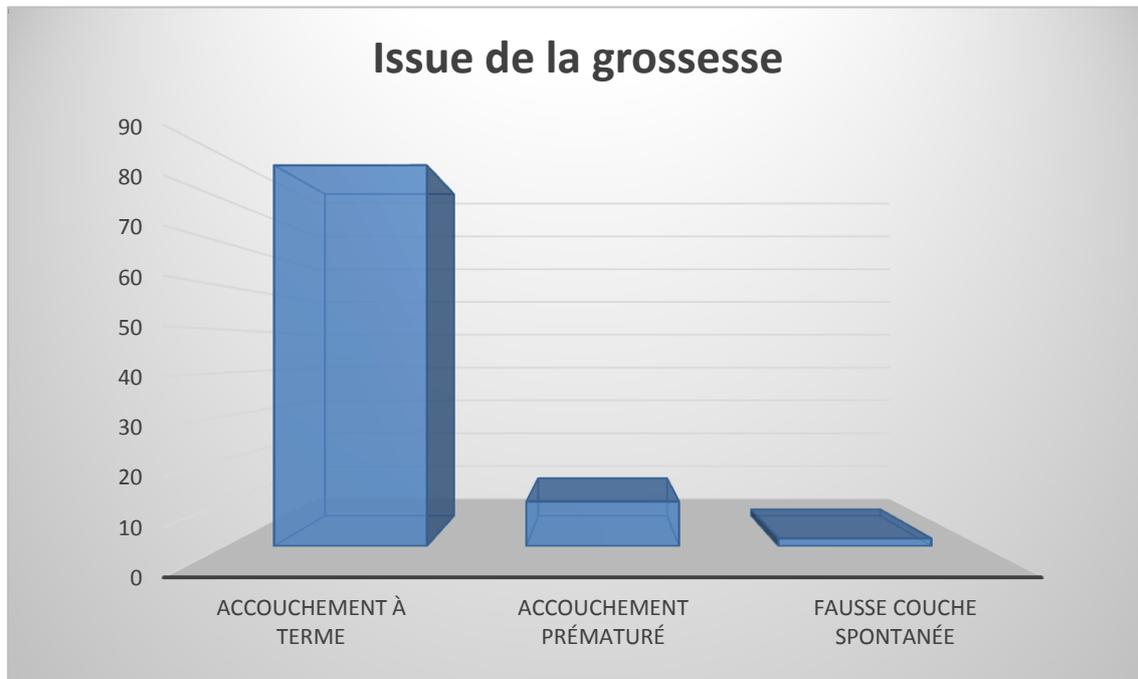
Parmi les femmes hospitalisées (n=24), 44,8% d'entre elles présentent des problèmes familiaux, 40% des violences conjugales, 33,3% une pathologie médicale, 26,9% une précarité et 20% une pathologie psychiatrique.



Ces femmes hospitalisées (n=24) ont, par ailleurs, dans 61,5% des cas été orientées vers l'UMB, 45,5% vers le tabacologue, 38,1% vers la PMI, 36,4% vers l'assistante sociale et enfin 28,6% vers l'addictologue.

4.2.7. Issue de la grossesse

4.2.7.1. Généralités



Parmi les femmes orientées (n=58), 87,9% d'entre elles accouchent à terme (soit 51 personnes), 10,3% accouchent prématurément (soit 6 personnes) et 1,8% ont eu une fausse couche spontanée (soit 1 personne). Nous ne retrouvons ni interruption médicale de grossesse, ni mort fœtale in utero.

4.2.7.2. Lien entre issue de la grossesse et hospitalisation pendant la grossesse

	FCS	Accouchement prématuré	Accouchement à terme	Totaux
hospitalisation	1	5	18	24
pas d'hospitalisation	0	1	33	34
Totaux	1	6	51	58

Parmi les femmes orientées qui ont été hospitalisées (n=24), 75% ont accouché à terme (soit 18 personnes), 20,8% ont accouché prématurément (soit 5 personnes) et 4% ont eu une fausse couche spontanée (soit 1 personne).

Parmi les femmes orientées qui n'ont pas été hospitalisées (n=34), 97% ont accouché à terme (soit 33 personnes), 3% ont accouché prématurément (soit 1 personne) et aucune n'a eu de fausse couche.

4.2.7.3. Lien entre issue de la grossesse et observance du suivi

	FCS	Accouchement prématuré	Accouchement à terme	Totaux
Suivi: oui	1	3	26	30
Suivi partiel	0	2	16	18
Suivi: non	0	1	9	10
Totaux	1	6	51	58

L'issue de la grossesse reste en très grande majorité, plus de 86%, un accouchement à terme. Cependant il existe un lien statistiquement significatif entre la qualité du suivi et l'issue de la grossesse ($p < 0,0001$).

Test exact de Fisher: lien entre issue de grossesse et observance du suivi

Chi 2	valeur p
60,07	<0,0001

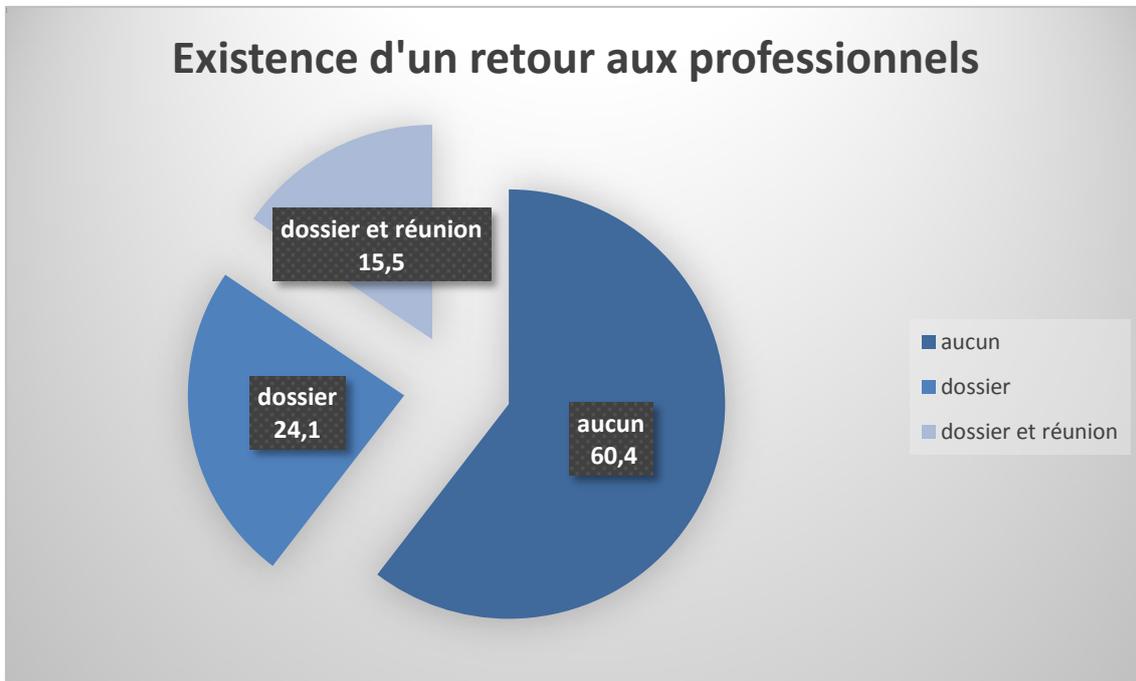
Parmi les femmes qui ont eu un accouchement prématuré (n=6), 50% observent de manière rigoureuse le suivi proposé, 33,3% l'observent de manière intermittente et 16,7% ne le respectent pas.

Chez les femmes ayant un suivi rigoureux (n=30), 10% [IC : 0- 20,7] ont un accouchement prématuré.

Chez celles ayant un suivi par intermittence (n=16), 11,6% [IC : 0- 25,6] ont un accouchement prématuré.

Chez les gestantes n'ayant pas suivi les propositions d'orientations, 10% [IC : 0- 28,6] ont un accouchement prématuré.

4.2.8. Existence d'un retour aux professionnels



Dans 60,4% des cas, il n'existe aucun retour dans le dossier. Parmi les 39,6% de retour, 15,5% ont la forme d'un compte-rendu à la suite d'un staff psychosocial.

Existence d'un retour aux professionnels en fonction de l'observance du suivi

	suivi	suivi partiel	pas de suivi	Totaux
Aucun retour	20	7	9	36
Existence d'un retour	10	11	2	23
Totaux	30	18	11	59

Lorsque les femmes adhèrent totalement au suivi proposé (n=30), nous avons un retour dans le dossier informatisé Filemaker de la gestante dans 33,3% des cas. Lorsque le suivi est partiel (n=18), nous avons 61,1% de retour dans le dossier.

Lorsque le suivi proposé n'est pas respecté (n=11), nous n'avons un retour que dans 18,1% des cas.

Test exact de Fisher: lien entre observance du suivi et existence d'un retour aux professionnels

Chi 2	valeur p
65,6	<0,0001

Il existe un lien significatif entre l'observance du suivi et l'existence d'un retour dans le dossier FileMaker ($p < 0,0001$).

DISCUSSION

1. CRITIQUE DE L'ETUDE

1.1. Points forts de l'étude

Notre étude se démarque des autres qui ne font qu'évaluer l'EPP et non évaluer les conséquences sur le suivi de grossesse. Notre étude prospective nous a permis d'aller au contact des différents professionnels du réseau de périnatalité et ainsi de recueillir leurs impressions sur ce travail. Ils sont satisfaits du travail réalisé depuis la mise en place de l'EPP et de l'aide apportée à ces femmes.

Par ailleurs, cette étude prospective nous a permis de mettre en évidence le suivi mis en place tout au long de la grossesse d'autant plus que les renseignements concernant l'orientation ou non de la patiente après l'EPP ne sont pas toujours documentés dans le dossier.

Enfin, grâce à cette étude, nous avons pu mettre en évidence de nombreux renseignements sur le suivi de ces femmes (leur profil sociodémographique, les orientations les plus souvent préconisées, les liens qu'il peut y avoir entre différents paramètres, etc) mais aussi les failles du réseau (exemple : l'observance du suivi en fonction de l'orientation). Ces renseignements peuvent alors aider les professionnels à améliorer certains points quant au suivi de ces femmes.

1.2. Limites et biais de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive avec un effectif très limité soit 59 patientes. Cet échantillon est suffisamment important pour réaliser des tests statistiques. Cependant, elle a limité les possibilités d'analyse et ainsi elle ne nous a pas permis de conclure pour certaines variables. Il aurait été plus intéressant d'avoir une étude

avec une population plus importante ce qui aurait rendu les résultats plus exploitables.

Nous regrettons aussi le fait que certaines investigations n'aient pas été plus avant. Par exemple, dans le cas d'une relance auprès d'une patiente lorsque le suivi n'était pas respecté, nous nous sommes demandé à posteriori si cette relance avait permis que la patiente soit plus observante.

Le fait que l'étude soit prospective devait nous permettre de limiter le risque de perte d'informations car les données étaient récoltées au fur et à mesure de la grossesse. Un biais de mémorisation a, cependant été retrouvé concernant le nombre de consultations exacte des femmes suivies. Les professionnels interrogés sur le nombre de fois où ils ont rencontré une patiente dans le cadre d'un suivi personnalisé n'ont pas pu me répondre de manière précise dans la majorité des cas.

Nous avons aussi constaté, dans cette étude, un biais de sélection : la population source de notre étude ne concerne que les patientes ayant eu un EPP avec l'une des deux sages-femmes référentes de l'Hôpital de la mère et de l'enfant. Les autres patientes ayant bénéficié d'une orientation par les autres sages-femmes du service des consultations n'ont pas été recensés. Il existe donc un risque que la population étudiée ne soit pas représentative de la population générale.

2. ANALYSE DU PROFIL DES FEMMES ORIENTEES

2.1. Concernant les variables démographiques

Grâce à notre étude, nous pouvons définir un profil démographique des femmes orientées à la suite de l'EPP.

L'évaluation de l'EPP réalisé en 2010, dans le Limousin, indiquait que près de 90% des femmes sont orientées vers un professionnel à l'issue de l'EPP à l'Hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges [11]. Notre étude a démontré que seules 11% [IC : 8,3- 13,7] des femmes vues en EPP, pendant la durée de l'étude sont orientées vers d'autres professionnels.

Il s'agit d'une population relativement jeune avec une moyenne d'âge d'environ 25 ans, d'origine métropolitaine dans la majorité des cas (64,4% [IC : 52-75]).

Elles n'ont, en général, pas d'enfant à charge (59% [IC : 47,5- 72,5]) et sont célibataires (60% [IC : 47,5- 72,5]).

Dans la majorité des cas (79,6% [IC : 69,3- 89,9]), elles sont vues en EPP pendant le 4^{ème} mois soit entre 15 et 19 SA.

Enfin, dans la population de ces gestantes orientées, les femmes sont très majoritairement au chômage (83% [IC : 73,4- 92,6]).

En comparant, notre population à la dernière évaluation du dispositif des EPP menée par PERINATLIM en 2011, nous retrouvons des similitudes.

Notre population apparaît plus jeune celle étudiée dans le Limousin (28 ans et 8 mois) [13].

PERINATLIM met en évidence le fait que la majorité des femmes (90%) ayant eu un EPP vivent en couple [13]. Notre étude prouve ($p=0,05$) que parmi les gestantes qui

nécessitent une orientation spécifique, les femmes vivant seules sont plus nombreuses que celles qui vivent en couple.

Le bilan de l'EPP affirme que les femmes seules présentent « plus du double en pourcentage de vulnérabilités, quelles qu'elles soient, par rapport aux femmes vivant en couple » [13].

De même, selon PERINATLIM, 51% des femmes rencontrées dans le cadre de l'EPP en Limousin exercent une activité professionnelle et celles qui n'en ont pas sont davantage vulnérables. Notre étude montre que la majorité des femmes orientées à l'issue de l'EPP sont au chômage.

Concernant le nombre d'enfant à charge, la population des femmes vues en EPP dans le Limousin ne diffère pas de notre population d'étude. PERINATLIM suggère, d'ailleurs, qu'il existe une sélection de l'échantillon en faveur des primipares [13].

Ainsi, cette étude corrobore les conclusions dégagées par le bilan de PERINATLIM.

2.2. Concernant les variables en rapport avec notre hypothèse

En comparant différents sous-groupes, nous avons pu établir l'existence de liens.

2.2.1. Comparaison entre vulnérabilités et orientations

Grâce à la matrice de corrélation, nous avons pu établir qu'il n'y avait pas de relation linéaire entre le nombre de vulnérabilités et le nombre d'orientations ($p=0,12$).

Par ailleurs, on a pu observer que lorsqu'il existe une pathologie psychiatrique, une violence conjugale et un tabagisme, la patiente a plus de risque d'être orientée vers plusieurs professionnels.

Pathologie psychiatrique

Relation entre nombre d'orientations et présence de pathologie psychiatrique

OR	valeur p	valeur minimum IC	valeur maximum IC
5,48	0,02	1,3	21

Une femme présentant une pathologie psychiatrique a 5,48 fois plus de risque d'avoir plus d'orientations qu'une femme ne présentant pas cette pathologie ($p=0,02$).

Test du rapport de vraisemblance logistique

Chi 2	valeur p
7,9	0,005

Un test du rapport de vraisemblance confirme qu'il existe une augmentation du nombre d'orientations lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ($p=0,005$).

Violences conjugales

Relation entre nombre d'orientations et présence de violences conjugales

OR	valeur p	valeur minimum IC	valeur maximum IC
3,56	0,04	1,06	11,98

Une femme subissant des violences conjugales a 3,56 fois plus de risque d'avoir plus d'orientations qu'une femme n'en subissant pas ($p=0,04$).

Test du rapport de vraisemblance logistique

Chi 2	valeur p
4,95	0,03

Le test du rapport de vraisemblance confirme que le nombre d'orientations est plus important lorsque des violences conjugales sont dépistées ($p=0,03$).

Tabagisme

Relation entre nombre d'orientations et tabagisme

OR	valeur p	valeur minimum IC	valeur maximum IC
2,25	0,03	1,09	4,64

Enfin, une patiente qui fume a 2,25 fois plus de risque d'avoir plus d'orientations qu'une femme qui ne fume pas ($p=0,03$).

Test du rapport de vraisemblance logistique

Chi 2	valeur p
5,38	0,02

Le test du rapport de vraisemblance logistique confirme l'influence du tabagisme sur le nombre d'orientations ($p=0,02$).

Concernant les autres orientations, il n'existe pas de différence significative permettant d'établir un lien entre une augmentation du nombre d'orientations en fonction de la présence d'une précarité ($p=0,39$), de problèmes familiaux ($p=0,67$) et plus surprenant encore d'addictions ($p=0,45$).

On aurait même une tendance inverse concernant la précarité et les problèmes familiaux c'est-à-dire qu'il y a en moyenne plus d'orientations lorsque ces vulnérabilités ne sont pas dépistées.

En conclusion, on suppose que dans le cas de pathologie psychiatrique et de violences conjugales dépistées, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire pour pouvoir aider ces patientes. Concernant le tabagisme, on peut expliquer le fait qu'il existe plus d'orientations lorsqu'une femme fume par la présence d'un co-facteur : l'addiction à d'autres toxiques. En effet, dans notre étude, les femmes présentant un problème d'addiction sont plus fréquemment fumeuse ($p=0,005$).

Addictologue

Concernant le nombre de vulnérabilités en fonction des orientations, on ne retrouve de lien significatif que dans le cas d'une orientation vers l'addictologue.

Relation entre nombre de vulnérabilités et orientation vers un addictologue

OR	valeur p	valeur minimum IC	valeur maximum IC
1,93	0,06	0,97	3,81

Il existe davantage de vulnérabilités chez une femme orientée vers l'addictologue mais il n'existe pas de différence significative lorsqu'on calcule l'OR pour savoir quel risque ces femmes ont de cumuler plusieurs vulnérabilités ($p=0,06$).

2.2.2. Comparaisons en lien avec une éventuelle hospitalisation pendant la grossesse et l'issue de grossesse

Notre étude a montré que près de la moitié des femmes orientées sont hospitalisées (41,4% [IC : 28,8- 53,9]). Cela confirme les données de la littérature qui considèrent que les vulnérabilités sont des facteurs de risque de complications obstétricales.

Hospitalisation et issue de la grossesse

Test exact de Fisher: lien entre hospitalisation pendant la grossesse et issue de la grossesse

Chi 2	valeur p
65,67	<0,0001

Par ailleurs, nous avons mis en évidence un lien significatif entre hospitalisation pendant la grossesse et issue de la grossesse ($p < 0,0001$).

Pour déterminer les critères qui ont contribué à cette valeur élevée du Chi 2, nous avons réalisé une contribution des cellules à posteriori. Ce test nous a permis de confirmer qu'il y avait plus de chance d'avoir un accouchement à terme lorsque la patiente n'a pas été hospitalisée et plus de risque d'avoir un accouchement prématuré lorsque la patiente a été hospitalisée, ce qui paraît logique.

Dans une étude ultérieure, il serait intéressant d'étudier plus finement la population de ces femmes vulnérables et hospitalisées qui n'atteignent pas le terme de leur grossesse afin d'optimiser les actions de dépistage et de prévention. En effet, dans la grande majorité des cas de notre étude, nous observons que les femmes accouchent à terme (87,9% [IC : 79,5- 96,2]).

Parmi celles qui accouchent prématurément, la moitié (50%) a respecté le suivi préconisé de manière rigoureuse contre seulement 16,7% qui ne l'ont pas du tout respecté. Ainsi, un accompagnement plus ciblé pourrait diminuer la fréquence des complications obstétricales en lien avec notre problématique.

2.2.3. Comparaisons en lien avec l'existence d'un retour aux professionnels

Comme nous le mettons en valeur dans notre étude, il n'existe pas de retour dans le dossier informatique dans 60,4% [IC : 47,9- 72,9] des cas.

Parmi les dossiers dans lesquels on retrouve un retour, il s'agit le plus souvent d'un suivi intermittent (61,1% [IC : 38,6- 83,6]). Paradoxalement, lorsque l'observance des orientations proposées n'est pas respectée, il existe 18,1% [IC : 0- 40,8] de retour dans le dossier alors que l'on pourrait logiquement supposer le contraire.

3. VERIFICATION DE L'HYPOTHESE DE NOTRE ETUDE

Rappelons l'hypothèse de notre étude : « Les situations vulnérables dépistées lors de l'EPP sont prises en charge par le réseau de périnatalité à l'HME ».

Toutes orientations confondues, la prise en charge des femmes enceintes après l'EPP existe dans 81% des cas que le suivi soit total ou partiel. Dans le cas où le suivi n'a pas été respecté, la patiente est recontactée par le professionnel concerné dans 81,5% des cas.

Notre hypothèse est donc vérifiée.

Les situations vulnérables les plus souvent dépistées sont les problèmes familiaux (49,1%) et la précarité (44,1%). Les femmes sont orientées en grande majorité vers la PMI (94,9%) et l'assistante sociale (55,9%).

Par ailleurs, l'adhésion au suivi proposé dépend du professionnel ou de l'organisme vers lequel est orientée la patiente. Notre étude montre que les femmes sont plus observantes lorsqu'elles sont orientées vers la PMI (63,6%) ou vers l'assistante sociale (69,7%).

Cependant, l'observance du suivi proposé ne semble pas être en lien avec le nombre d'orientations recommandées (pas de différence significative). Dans notre étude, plus la femme se voit proposer des orientations et moins le suivi préconisé est respecté. Il se pourrait qu'il existe un lien entre la pluralité des vulnérabilités et / ou des orientations proposées et le manque de capacité, chez ces femmes, à observer un suivi. De même, il ne faudrait pas ignorer la stigmatisation qui se greffe autour du recours à certains professionnels (addictologue, conseiller conjugal, etc.).

Enfin, notre étude prouve que les femmes ayant une prise en charge effective ont plus de risque d'être hospitalisée pendant leur grossesse ($p < 0,0001$). On peut l'expliquer par le fait qu'un suivi régulier permet de dépister plus aisément une

situation à risque et ainsi permettre l'hospitalisation en prévention mais aussi par le fait que les vulnérabilités augmentent les risques pour la grossesse.

4. PROPOSITIONS

4.1. Concernant le suivi

Notre étude nous a permis de mettre en évidence le manque de transparence de la prise en charge mise en place après l'EPP. Rappelons que dans 60,4% [IC : 47,9-72,9] des cas, aucun retour de la mise en place du suivi n'est fait dans le dossier obstétrical de la patiente.

Il s'agit alors de tendre vers une amélioration, en notant dans le dossier toutes les étapes de ce suivi :

- les vulnérabilités dépistées
- les orientations proposées,
- la décision de la patiente quant au suivi proposé,
- les professionnels ou les organismes concernés par le suivi,
- l'observance du suivi.

Ainsi, la prise en charge serait bien plus efficace, l'attention davantage portée sur les cas de multi vulnérabilités et/ ou orientations. De plus, le travail rétrospectif d'évaluation et d'amélioration des pratiques serait d'autant plus facilité.

4.2. Concernant les orientations proposées

Notre étude a montré que l'orientation vers la PMI était une bonne option pour que le suivi préconisé soit adopté par la patiente. En effet, quelles que soient les vulnérabilités dépistées, elle est orientée dans 94,9% des cas vers la PMI et les patientes respectent ce suivi dans 69,7% des cas.

La PMI fait donc office de pôle fédérateur et reste le meilleur moyen d'atteindre une patiente surtout en cas d'orientations multiples [4].

Il faut donc continuer dans ce sens là et faire peut-être de la PMI, l'organisme de référence.

4.3. Concernant l'étude

La dimension de notre échantillon ne nous a pas permis de conclure sur la recherche de lien significatif entre les variables étudiées.

Une étude avec un échantillon à l'effectif plus important et un recrutement en suites de couches permettrait de pallier le manque de puissance et le biais de sélection.

Une étude plus précise de la population des femmes vulnérables et hospitalisées qui n'atteignent pas le terme de leur grossesse, permettrait d'optimiser les actions de dépistage et de prévention.

Une étude comparative entre la population des orientées et des non orientées à l'issue de l'EPP permettrait de dégager un profil plus précis de ces gestantes qui nécessitent un suivi plus rapproché.

Enfin, l'évaluation de la satisfaction des femmes sur le suivi qui leur est proposé, sur les raisons de l'observance ou non des recommandations émises apparaît être une étude logiquement complémentaire de la notre.

CONCLUSION

Rappelons que l'un des objectifs de la mise en place de l'EPP est de dépister tout risque pouvant compromettre le déroulement de la grossesse, afin d'adapter le suivi avec tous les intervenants de la périnatalité [12].

Ainsi, au terme de cette étude, on ne peut que constater le fait que l'EPP reste un élément important dans la qualité de la prise en charge des femmes enceintes. Il permet de dépister des vulnérabilités et de mettre en place, si nécessaire, un suivi spécifique de la grossesse afin de limiter l'impact de ces vulnérabilités sur la poursuite de la grossesse.

L'EPP est malheureusement loin d'être proposé à toutes les femmes enceintes par manque de professionnels.

Les réunions multidisciplinaires des réseaux de périnatalité instaurées depuis la mise en place de l'EPP, permettent aux professionnels de santé d'enclencher l'accompagnement de la grossesse en fonction des besoins retrouvés.

On peut regretter qu'il s'agisse d'un réseau relativement peu ouvert : peu d'informations filtrent ou apparaissent dans le dossier obstétrical suite aux staffs psychosociaux. Depuis cette étude, ce manquement a été corrigé : les transmissions du réseau apparaissent dorénavant dans le dossier obstétrical.

L'important reste la femme : ce qu'elle retient de l'EPP, sa satisfaction face aux informations, aux orientations et aux suivis proposés.

Un travail en ce sens, devrait être élaboré et développé.

REFERENCES

- [1] Ministère de la santé et de la protection sociale, Plan « périnatalité » 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité, 10 novembre 2004. 42 pages.
- [2] LUPIN Audrey, L'entretien du 4^{ème} mois de grossesse : bilan d'activité de l'année 2006 : Ecole de sages-femmes de Limoges, 2007. 79 pages.
- [3] Cours de préparation à la naissance et à la parentalité, Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité, 2010.
- [4] Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement, Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre. 34 pages.
- [5] Haute autorité de santé, Résumé des recommandations de l'HAS PNP, décembre 2005. 4 pages.
- [6] Ministère de la Santé et des Sports, Direction Générale de la Santé, Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 – Rapport final. Mai 2010. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf > consulté le 14 septembre 2011.
- [7] Ministère de la Santé et des Sports, Direction Générale de la Santé, La situation périnatale en France en 2010. Octobre 2011. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale.html> > consulté le 20 janvier 2012.
- [8] SCHAUDER Claude, L'entretien systématique du 4^{ème} mois de grossesse : vers une nouvelle police de famille, mars 2007.
- [9] Ministère de la Santé et des Sports, Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

[10] Observatoire Régional de la Santé du Limousin, Contribution à l'évaluation de la mise en place de l'entretien prénatal précoce – Rapport intermédiaire, novembre 2010. 24 pages.

[11] GAGNERAUD Valérie, Entretien du 4^{ème} mois : évaluation dans la région Limousin. Limoges : Ecole de cadres sages-femmes de Dijon. 2009. 64 pages.

[12] Réseau PERINATLIM, Charte du réseau PERINATLIM. 2010. 2 pages. Disponible sur <http://www.sante-limousin.fr/travail/reseaux-de-sante/perinatlim/fichiers/CHARTE%20RESEAU%20retenue.pdf> consulté le 26 décembre 2011.

[13] PERINATLIM, Entretien prénatal précoce- évaluation – Bilan 2011, 27 novembre 2012. 37 pages.

ANNEXE

Annexe I

Tableau récapitulatif des statistiques de l'EPP par établissement en Limousin en 2010

	<i>Année 2010</i>									
	Hôpital Mère Enfant - Limoges (87)	Clinique des Emailliers - Limoges (87)	CH de Brive (19)	CH de Tulle (19)	CH de Guéret (23)	CH de St Junien (87)	CH d'Ussel (19)	Seges- femmes de PMI	Seges- femmes libérales	Ens. Limousin
Nombre de fiches d'évaluation retournées (2010)	768	446	263	222	304	359	104	26	337	2829
% EPP réalisées au cours du 6 ^{ème} mois de grossesse ou plus	8,3	68,6	28,6	3,3	7,7	25,8	16,8	64,0	50,5	27,4
% femmes venues avec le conjoint	33,1	26,4	26,7	30,8	25,6	24,6	52,0	26,9	34,5	30,1
% femmes venues d'elles- mêmes	19,4	16,7	87,1	0	NC	4,0	7,1	20,8	44,5	22,3
% femmes orientées par un généraliste ou un gynécologue libéral	3,5	NC	2,0	NC	NC	14,7	NC	0	38,5	8,1
Age moyen des femmes (années)	27,5	28,7	27,3	27,8	27,8	27,7	26,3	29,1	29,0	27,9
% moins de 20 ans	8,5	1,1	6,9	5,5	5,6	7,2	5,8	NC	1,5	5,5
% 40 ans et plus	3,1	1,1	NC	NC	NC	1,4	NC	0	2,5	1,8
% nullipares	46,2	55,4	48,3	34,4	14,9	45,7	17,3	65,4	35,6	41,3
% multipares (3 ou plus)	12,4	2,5	6,1	6,3	17,8	5,0	13,5	0	4,2	8,3
% femmes vivent seules	12,7	3,4	6,6	2,3	8,0	2,5	7,9	NC	1,8	6,5
% bénéficiaires de la CMU	29,7	3,4	12,7	11,5	13,7	9,9	9,5	NC	3,9	14,2
% bénéficiaires de l'AME	5,2	NC	0	0	0	0	NC	0	0	1,5
% sans mutuelle	6,8	NC	NC	NC	2,3	NC	NC	0	NC	2,6
% femmes perçues comme présentant une vulnérabilité médicale	17,0	3,6	26,4	17,6	16,4	5,8	21,8	NC	11,3	13,7
dont prise en charge consi- dérée insatisfaisante (%)	42,3	0	40,4	16,1	NC	55,0	10,5	0	NC	29,6
% femmes perçues comme présentant une vulnérabilité psychologique	31,7	7,8	51,9	18,9	15,3	10,3	26,5	50,0	15,7	22,4
dont prise en charge consi- dérée insatisfaisante (%)	75,2	33,3	77,4	66,7	25,9	88,6	59,1	58,3	65,3	70,8
% femmes perçues comme présentant une vulnérabilité sociale	40,6	5,2	22,9	15,3	17,6	5,0	16,7	26,9	7,1	19,4
dont prise en charge consi- dérée insatisfaisante (%)	48,3	NC	65,9	32,1	12,5	88,9	31,2	NC	52,4	46,8
% femmes perçues comme présentant une vulnérabilité relationnelle	29,3	3,4	6,5	6,8	2,7	3,3	6,9	NC	4,2	11,1
dont prise en charge consi- dérée insatisfaisante (%)	70,1	NC	83,3	66,7	0	91,7	NC	NC	61,5	69,0
% EPP dont l'information diffusée a été jugée complète	85,9	99,5	88,5	96,8	96,0	99,4	84,6	92,3	84,8	91,8
% femmes orientées	91,7	88,6	40,7	23,4	23,0	93,9	44,2	76,9	39,8	65,9
% femmes adhérent totalement aux propositions d'orientation	59,4	94,8	68,4	66,7	70,8	52,6	68,4	89,5	54,0	64,7
% travail de liaison réalisé suite à une orientation (avant, au cours ou après l'EPP)	41,9	20,5	76,5	33,3	55,6	21,6	21,7	73,3	8,4	35,1
% travail de liaison réalisé au cours ou précédemment à l'EPP	30,7	4,5	37,3	14,3	44,4	NC	NC	33,3	NC	20,2

NC : effectif < 5

Annexe II

Recueil de données permettant le recrutement des patientes orientées

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance :

Vulnérabilité dépisté :

- Addictions (alcool, toxicomanie)
- Tabac
- Problèmes de conduites alimentaires
- Situations précaires
- Problèmes familiaux
- Pathologies psychiatriques
- Violences conjugales
- Pathologies médicales
- Autre

Dossier que vous allez présenter au réseau :

- Oui
- Non

Personnes ou organismes recommandés à la patiente et/ou contacté par vous :

Annexe III

Grille de recueil de données

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

Nom :

Prénom :

Age :

SA révolues de l'EPP :

Origine ethnique : France DOM-TOM Afrique du Nord
 Afrique Noire Europe centrale Asie

Nombre d'enfants à charge :

Mode de vie : Seule En couple Dans sa famille

Activité professionnelle durant la grossesse : Travail Chômage

Dossier présenté au réseau : Oui Non

Vers qui sont-elles orientées ? : Psychologue Tabacologue
 Diététicienne Addictologue Assistante sociale Services de PMI
 UMB Autre

Nombre de consultations pour chaque orientation :

Suivi des consultations proposées : Oui Partiellement Non

Si non, patiente recontactée par le réseau ou le spécialiste : Oui
Non

Hospitalisation pendant la grossesse : Oui Non

Issue de la grossesse : FCS IMG Accouchement prématuré
 Accouchement à terme

Existence d'un retour aux professionnels : Oui Non

Si oui, par quel biais ? : Dossier Réunion/ Dossier