UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

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

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

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

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE
Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement
le 1er Septembre 2010

par

Adèle CORTET
Née le 03 Août 1986

Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT — Chef de projet, Haute Autorité de Santé

GUIDE DU MEMOIRE :
Mme Marie-Françoise LEMETAYER-DARTOIS — Sage-femme Formatrice

N° du mémoire: 2010PA05MA10

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

TABLE DES MATIERES

Liste des acronymes p.V

Remerciements p.VI

Introduction p.1

Partie I : le cadre conceptuel p.2

I1. La préparation à la naissance : une histoire de femmes: p.2

I.1.1. Les prémices de la Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) en France p.2

I.1.2. De la préparation à la naissance à la PNP: les années 2000 p.5

I.1.3. L'apparition de la notion de parentalité p.10

I.1.4. La PNP dans la communauté internationale p.12

I.1.5. La pratique de la préparation à la naissance dans le métier de sage-femme p.13

I2. Les recommandations de la HAS de Novembre 2005: p.15

I.2.1. L'historique des recommandations p.15

I.2.2. Les principaux axes de recommandations p.16

I.3. La diffusion et la mise de place de l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de PNP, suite à ces recommandations p.19

I.3.1. La diffusion p.19

I.3.2. L'évaluation des pratiques professionnelles en matière de PNP p.20

Partie II : Méthodologie de la recherche et résultats : p.24

II1. Protocole de l'étude : p.24

II.1.1. La problématique p.24

II.1.2. Les objectifs p.25

II.1.3. Les hypothèses p.25

II.1.4. L'outil de l'étude (le questionnaire), la démarche p.26

II.1.5. La population interrogée, le lieu de l'enquête, la période, les méthodes statistiques utilisées p.28

II2. Les limites de l'étude p.29

II3. Présentation des principaux résultats p.29

II.3.1: la population étudiée p.30

II.3.2: La pratique de PNP p.32

II.3.2.1: l'entretien précoce du premier trimestre p.32

II.3.2.2: Les séances de PNP p.38

II.3.2.3: L'accouchement et les suites de couches immédiates p.42

II.3.2.4: Le post-partum p.44

II.3.3: Evaluation de la pratique de PNP p.46

II.3.4: Approche des recommandations de la HAS par les sages-femmes p.47

Partie III : Discussion p.52

III1. Analyse et interprétation des principaux résultats, vérification des hypothèses: p 52

III.1.1: Hypothèse n°1 p.52

III.1.2: Hypothèse n°2 p.53

III.1.3: Hypothèse n°3 p.53

III.1.4: Hypothèse n°4 p.57

III.1.5: Autres résultats p.58

III2. Discussion sur les recommandations de la HAS relatives à la PNP p.60

III.2.1: Un manque de connaissances dû à un manque de diffusion p.60

III.2.2: Des offres de soins à améliorer p.61

III.2.3: Une offre d'accompagnement à développer p.61

III3. Rôle de la sage-femme p.62

Conclusion p.64

Bibliographie p.66

Annexes p.69

Résumé p 98

Mots clés p 98

LISTE DES ACRONYMES:

AcBUS: Accord de Bon Usage des Soins
ASD: Accouchement Sans Douleur
AFREE: Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement
ANSFL: Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
APD: Anesthésie Péridurale
CNAM: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
DGS: Direction Générale de la Santé
DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS: Haute Autorité de Santé
INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
NGAP: Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONSSF: Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
PMI: Protection Maternelle et infantile
PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PPO: PsychoProphylaxie Obstétricale
SA: Semaine d'Aménorrhée
UNCAM: Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie
UNSSF: Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
URSS: Union des Républiques Socialistes et Soviétiques

Remerciements:

Je tiens à remercier Mme Pauchet-Traversat, ainsi que Mme Lemetayer-Dartois, pour avoir respectivement dirigée et guidée ce mémoire, ainsi que pour leurs conseils toute au long de ce travail.

Je voudrais également remercier Mme Michèle RIVIERE, pour avoir toujours répondu à mes sollicitations tout au long de cette dernière année d'études.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes parents pour leur aide, leur soutien et leur présence durant ces six années d'études supérieurs qui s'achèvent.

Pour finir, je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Introduction:

Suite aux recommandations relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité, éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en novembre 2005 (1), il nous a paru intéressant de faire un état des lieux de la préparation à la naissance, en 2010. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'impact de ces recommandations sur la pratique des sages-femmes afin d'améliorer celles-ci. Ce mémoire a donc pour ambition de présenter cet état des lieux.

Afin d'atteindre cet objectif, nous avons mené une enquête auprès d'un échantillon de 49 sages-femmes du département de Paris, sous la forme d'un questionnaire destiné aux sages-femmes libérales et hospitalières, afin de connaître leur pratique dans le domaine de la préparation à la naissance et à la parentalité. Ce mémoire peut donc constituer un outil, notamment pour les sages-femmes parisiennes, afin d'améliorer leur savoir-faire, en ciblant les éventuels éléments faiblesses.

Il conviendra, dans un premier temps, de revenir sur l'histoire de la préparation à la naissance, en soulignant ce qu'elle a apporté aux femmes et à la profession de sage-femme. Ce rappel historique permettra de présenter le cadre conceptuel, pour mieux exposer et comprendre les grands axes des recommandations de la HAS. Nous décrirons, à cette occasion, les actions de diffusion de ces recommandations, réalisées auprès des sages-femmes.

Les bases ainsi posées, nous présenterons le protocole et les modalités de réalisation de l'enquête, ainsi que ses résultats.

Enfin, il sera nécessaire d'analyser et d'interpréter ces différentes données, afin de vérifier les hypothèses émises. Cette analyse doit être menée en tenant compte du contexte actuel de la préparation à la naissance, pour évaluer les bonnes applications des recommandations de la HAS.

Partie I : Le cadre conceptuel

I1. La préparation à la naissance: une histoire de femmes:

En premier lieu, il convient d'étudier l'apport de la préparation à la naissance dans la vie des femmes. Cela permettra de comprendre les demandes actuelles de celles-ci et d'évaluer leur niveau de satisfaction par rapport à la préparation qui leur est proposée aujourd'hui. Ce préalable semble indispensable à une meilleure analyse des résultats de notre enquête.

Dans ce chapitre, nous allons décrire l'histoire de la préparation à la naissance en la rattachant à l'histoire des femmes.

I.1.1. Les "prémices" de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité en France (2):

La première forme de préparation à la naissance apparaît à la fin du XIXème siècle, début du XXème en France. Il s'agit de l'hypnose (définition: annexe n°1), appelée "analgésie psychologique", qui consiste à mettre les parturientes en état de sommeil hypnotique au cours du travail, afin de leur suggérer des comportements ou des sensations, c'est-à-dire de concentrer leur esprit sur autre chose que la douleur, un souvenir par exemple. L'hypnose est développée à partir des travaux menés par les professeurs Jean-Martin Charcot et Hippolyte Bernheim à partir de 1880.
Cette technique est utilisée entre 1880 et 1920 dans quelques hôpitaux parisiens, mais les cas publiés sont rares, car peu de femmes sont hypnotisables et beaucoup de médecins restent sceptiques, face à "[…] cette méthode toujours connotée aux charlatans et aux artistes de music-halls".

Ensuite vint "l'accouchement sans crainte", qui fut exploité en Grande-Bretagne au début des années trente par le docteur Dick Grantly Read, qui publia en 1933 le livre " Natural Childbirth" dans lequel il décrit sa méthode.

Pour Read, la douleur est "un stigmate de la civilisation", l'accouchement est un acte naturel, c'est la société qui a créé la peur de l'accouchement entraînant la douleur. Il préconise une éducation des femmes, à la fois psychologique pour "dédramatiser l'accouchement" et à la fois physique pour leur apprendre à se relaxer. En 1938, il fait une conférence à Paris, qui a peu de retentissement sur les médecins français.

Puis vient la théorie russe, qui est à l'origine de la préparation à la naissance en France. Elle commence à se développer au début des années 30 en URSS, à partir des observations d'Ivan Pavlov sur la réflexologie.
C'est le docteur Nicolaiev, qui pratique cette méthode dans son service de Leningrad, il vient l'exposer au congrès international de gynécologie obstétrique, qui se tient à Paris en 1951.
Le but est de diminuer la douleur, grâce à un conditionnement des femmes au cours de la grossesse. Cette méthode comprend la mise en place d'un parcours de séances de préparation à l'accouchement, débuté à 30 semaines d'aménorrhée (SA) et composé de six séances. C'est la première forme de parcours de préparation à la naissance en Europe.

En 1951, suite à un voyage en URSS, le Docteur Lamaze, chef de service de la maternité des Métallurgistes (Les Bluets) à Paris, s'inspire de la méthode russe pour créer et développer "l'accouchement sans douleur" (ASD). Cette méthode se compose d'une séance préliminaire en début de grossesse (au cours du 3ème mois), et par la suite de dix séances, qui se déroulent dans les deux derniers mois de la grossesse. Le contenu de ses séances est principalement axé sur de l'anatomie et de la physiologie. Les médecins et les sages-femmes, qui animent ces cours, apprennent aux femmes à se déconditionner de leur peur de la douleur et à utiliser des techniques de relaxation, avec notamment un grand travail sur le souffle.

Grâce à l'ASD, les femmes prennent la maîtrise de leur accouchement. C'est une révolution féministe et médicale. Les femmes apprennent à contrôler leur propre corps, grâce à "l'action de leur cerveau", elles ne sont plus esclaves de la douleur. Elles deviennent actrices de leur accouchement, ce qui créé un nouveau rapport avec les praticiens.
L'ASD a permis aux femmes de revaloriser l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes, mais également de changer l'approche de leur mari vis-à-vis de l'accouchement.

Celui-ci est alors perçu comme un exploit sportif et mental et non plus comme un évènement exclusivement réservé à l'univers féminin. Les années 1950 correspondent à l'arrivée des pères auprès de leur femme lors de l'accouchement. Cette nouvelle organisation, est due au docteur Annie Rolland, médecin dans les Hautes-Pyrénées, qui après un stage aux Bluets, retourne dans sa région où les accouchements ont lieu en majorité à domicile. C'est elle qui la première forme les pères à l'ASD et les incite à assister leur femme lors de l'accouchement, afin que ces dernières ne perdent pas le contrôle du travail tant que le médecin n'est pas arrivé.

Il faut préciser que l'ASD est une méthode russe, qui est développée en France par des partisans communistes en plein contexte de guerre froide. Elle a donc des difficultés à s'imposer dans le monde médical et Lamaze entreprend de grandes campagnes de communication (journaux généralistes, conférences, formations) afin de faire adopter la méthode par les équipes obstétricales et surtout par le grand public. C'est une révolution dans la médecine patriarcale de l'époque, car les patientes sont informées des techniques médicales et elles en sont actrices. Mais, pour des raisons politiques, l'ASD est fortement décriée, ce qui entraîne l'apparition d'un nouveau terme celui de la PPO: PsychoProphylaxie Obstétricale, avec sous l'impulsion du docteur Vellay la création d'une "Société Internationale de PsychoProphylaxie Obstétricale" en 1958.
En 1956 la gauche majoritaire à l'Assemblée nationale, souhaite généraliser l'ASD. Ainsi, en 1957, les députés communistes incitent "le gouvernement à prévoir […] les crédits nécessaires à la généralisation de la méthode psychoprophylactique". La même année "La commission du Travail et de la Sécurité sociale invite le gouvernement à prévoir l'inscription des séances de préparation à l'ASD à la nomenclature des actes remboursés".

Dans les années 1970, la PPO évolue vers la préparation physique, l'écoute et l'information des femmes et des couples. Les professionnels consacrent une partie de chaque séance de PPO à la prise de parole des femmes et des couples.
A cette même période, la PPO devient la préparation à la naissance. Le concept se modifie avec l'avènement de l'anesthésie péridurale (APD). Les femmes ont alors moins besoin d'accompagnement pour gérer leur douleur. L'APD rentre progressivement dans les salles d'accouchement et supplante l'ASD, car cette

dernière nécessite la présence d'un personnel qualifié tout au long de l'accouchement, dont les hôpitaux ne disposent pas en nombre suffisant. Avec l'APD, la prise en charge de la douleur ne semble plus un problème, la préparation à la naissance évolue alors vers l'accompagnement des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

L'apparition de l'APD en obstétrique est un tournant pour la préparation à la naissance. La prise en charge de la douleur n'est plus une priorité, car elle est maîtrisée par l'APD, les professionnels doivent revoir leur offre de préparation à la naissance. En parallèle la société évolue, les femmes travaillent plus et plus longtemps. Les mères sont moins présentes au côté de leurs filles lors de la grossesse et de la période post-natale. Les femmes enceintes sont plus demandeuses d'un accompagnement par les professionnels et d'une démédicalisation de l'accouchement (3).

Les séances de préparation classique prennent alors la forme que nous connaissons aujourd'hui, c'est-à-dire qu'une partie de chaque séance est consacrée à la délivrance d'informations théoriques sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum et l'autre partie est réservée à des exercices physiques (4).

A la préparation classique, s'ajoutent des "techniques" moins conventionnelles, comme la sophrologie, l'haptonomie ou encore l'acupuncture (4).

Afin de cadrer les informations délivrées par les professionnels (essentiellement les sages-femmes), depuis le début des années 2000, les représentants de la profession de sage-femme, du gouvernement et de la sécurité sociale se réunissent et créent des réglementations.

I.1.2. De la préparation psychoprophylactique PNP: les années 2000:

Ainsi en 2002, la sécurité sociale, représentant la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, signe avec

les syndicats représentatifs des sages-femmes, notamment des sages-femmes libérales (ONSSF, UNSSF) un accord de bon usage des soins (AcBUS), qui est un avenant à la convention en vigueur et indique les informations qui doivent nécessairement être abordées lors des séances de préparation à la naissance (5).

Cet AcBUS a pour but d'être signé par les sages-femmes libérales, qui sont conventionnées avec la sécurité sociale. Il entraîne des obligations pour les deux parties (5).

Il prévoit l'obligation de mettre en place une démarche qualité concernant les séances de préparation à la naissance. Pour ce faire, l'AcBUS envisage deux mesures.

- L'élaboration d'un document de synthèse, qui doit être rempli par la sage-femme signataire pour chaque femme ayant suivi son parcours de préparation à la naissance, afin de vérifier la bonne pratique de la préparation à la naissance conformément à l'AcBUS (il s'agit là d'une forme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)),
- Une enquête anonyme qualitative auprès des usagers (5).

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature, d'article relatant la mise en pratique de ces obligations.

De plus, il stipule l'obligation pour les sages-femmes de faire tous les ans "une action de formation conventionnelle". Sa finalité est une évaluation de cette formation, avec notamment l'évaluation de l'impact de celle-ci sur l'activité professionnelle (5).

L'AcBUS reprend les objectifs que doit atteindre le parcours de préparation à la naissance, qui sont les suivants:

- "Dépister et prévenir les situations de vulnérabilité pour la mère et l'enfant
    - Responsabiliser les femmes et les couples pour être acteurs de leur santé et en particulier lors de cette période périnatale
    - Encourager et aider la mère à avoir confiance en elle et en ses capacités de mère, dans le but d'aider à instaurer le lien mère-enfant
    - Effectuer un travail corporel

- Apporter une information sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum." (5)

Cet avenant reprend la notion de début de la préparation à la naissance très précocement au cours la grossesse, au cours du premier trimestre.

L'annexe de l'avenant prévoit trois thèmes à aborder obligatoirement (5):
"Thème I : Apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale. L'information porte également sur les droits sociaux afférents à la maternité

Thème II : Responsabiliser les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître

Thème III : Ménager un temps d'écoute permettant aux médecins et aux sages-femmes de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et d'orienter, le cas échéant, les futurs parents vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents."

Dans cette même ligne de conduite, la DHOS a édité en 2004, un rapport, suite à une mission confiée au Dr.Molénat, pédopsychiatre au CHU de Montpellier, qui avait pour but d'identifier les besoins des parents et des professionnels de la périnatalité (6).

Il ressort de ce rapport que la prévention des éventuels troubles psychologiques de la femme enceinte et de la mère (par exemple la dépression du post-partum) peut être effectuée précocement au cours de la grossesse. Il en va de même pour les troubles psychologiques et psycho-affectifs de l'enfant et de l'adolescent.
Afin de mener à bien les dépistages de ces troubles, il est primordial que les professionnels soient formés à l'écoute et à l'accompagnement des mères et des couples. Le rapport préconise également l'amélioration de la collaboration entre les équipes de maternité, les psychologues et psychiatres qui prennent en charge les patientes (6).

On retrouve, comme précédemment, la notion d'entretien précoce entre un professionnel et les femmes enceintes, pour mieux les prendre en charge (6).

Le rapport Molénat est l'un des travaux dont s'inspire le plan de périnatalité 2005-2007.

Ce dernier marque un grand tournant dans la préparation à la naissance en France. Il représente la prise en compte par le gouvernement, des évolutions et des besoins des femmes et de la société en général, dans la prise en charge de la grossesse et plus généralement de la période périnatale. Dans son introduction, il souligne "la surmédicalisation" actuelle de la grossesse et de l'accouchement et prône la restitution du "caractère naturel" de cette période de la vie (3).

Ce plan est issu de l'enquête de périnatalité, qui s'est déroulée en France en octobre 2003. Elle est la continuité des enquêtes et plans de périnatalité débutés et répétés régulièrement depuis la fin des années 1970, avec notamment les deux précédentes datant de 1995 et 1998 (7).
Le principal objectif des enquêtes périnatales était de "montrer l'évolution des principaux indicateurs de l'état de santé et des pratiques médicales" (8).

Pour rappel, l'enquête de périnatalité de 1995 a abouti à la publication des décrets de périnatalités de 1998. Ces décrets régissent de façons détaillées l'organisation des maternités dans le but d'améliorer la sécurité de femmes et incitent les professionnels de la périnatalité à s'organiser en réseau (9).

Les résultats de l'enquête de périnatalité 1998 ont permis l'amélioration des mesures mises en place suite au plan de 1995, notamment la classification des maternités par type en fonction des possibilités de prises en charge néo-natales (10).

Lors de l'enquête de périnatalité de 2003, les objectifs étaient les suivants:
"- Connaître les principaux indicateurs de l'état de santé, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et les facteurs de risque périnatal […]
- Fournir un échantillon national auquel on pourra comparer les données départementales ou régionales provenant d'autres sources ;

- Apporter des informations pour guider les décisions en santé publique et évaluer les actions de santé dans le domaine périnatal, à partir de questions spécifiques introduites dans le questionnaire de 2003." (7)

A la suite de cette enquête de périnatalité, le Ministère de la santé a publié le plan de périnatalité 2005-2007 (3), qui est à l'origine des recommandations qui font l'objet de ce mémoire (1). Ce plan est basé sur quatre grands axes: "Humanité, proximité, sécurité et qualité".
La préparation à la naissance est abordée dans le chapitre humanité du plan (3).

On a pu voir précédemment que l'idée de débuter le parcours de préparation de la naissance par un entretien revient fréquemment, sans pour autant être réellement mise en place. Le plan de périnatalité 2005-2007 a formalisé cette notion, en reprenant le concept de "l'entretien individuel du 4ème mois", déjà proposé lors de l'enquête de périnatalité de 1998 (3) (10).

Cette mesure est l'un des éléments importants de ce plan, un chapitre entier lui est consacré, ainsi qu'une part de 26 millions d'euros du budget total du plan, qui devaient être utilisés dans un délai de trois ans (3).

Il est prévu que ces 26 millions d'euros soient répartis à la fois dans le financement de certaines mesures, mais surtout dans la mise en place concrète de l'entretien par les professionnels, en particulier par les sages-femmes. Le financement comprend dans les remboursements des séances de préparation à la naissance prévus par la sécurité sociale, par le biais de la T2A dans le secteur hospitalier, soit directement via la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) par la mise en place d'un acte spécifique, pour le secteur libéral. Sa mise en place était prévue dès 2005 dans les établissements de santé (3).

Il est envisagé dans le plan, que l'entretien soit "systématiquement proposé" à toutes les femmes ou à tous les couples au cours du 4ème mois de la grossesse. Cet entretien a pour but d'aborder les sujets que les professionnels n'ont pas le temps de détailler lors des consultations médicales prénatales, comme les modifications du corps, la vie professionnelle, l'entourage… (3).

Le plan formalise également une nouvelle tendance, qui émerge depuis la fin des années 1990, en particulier à la demande des femmes: la prise en charge

psychologique de la grossesse. Dans le plan, on peut lire qu'il est important de mieux prendre en compte "l'environnement psychologique de la naissance". C'est-à-dire de mieux dépister les situations de vulnérabilité des couples, qui peuvent exister et avoir des conséquences à long terme sur l'enfant (3). Le but escompté est "d'améliorer la sécurité émotionnelle des parents" (3), en guidant chaque professionnel impliqué, en périnatalité, dans l'écoute des angoisses, des vulnérabilités et des émotions exprimées par les parents à chaque moment de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum, mais également à les accompagner dans des prises en charge répondant à leurs besoins (6) (3).

Au total, le plan de périnatalité était prévu pour une durée de trois ans (2005 à 2007). Son application s'est finalement prolongée en 2008 et 2009.

Afin d'évaluer le plan de périnatalité 2005-2007, une nouvelle enquête périnatale a été réalisée en mars 2010. Cette enquête a été confiée à l'unité 953 de l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) par le ministère de la santé, en particulier la DGS (Direction Générale de la Santé), afin de répondre au mieux aux évolutions de la société, à la fois du point de vue des usagers, mais également de celui des professionnels (et donc des pratiques) dans le domaine de la naissance. Ses résultats seront publiés à l'automne 2010 (11).

I.1.3. L'apparition de la notion de parentalité

L'évolution de la préparation à la naissance, au cours de ces dernières années illustre une nouvelle notion, qui prend toute son ampleur au début du XXI^{ème} siècle, la parentalité.

Il s'agit d'un néologisme, dont la notion reste encore très floue (12). Il est probablement dérivé des termes anglo-saxons "parenting ou parenthood" ou encore de l'expression québécoise "parentage" (12). Le dictionnaire Larousse (13), le définit ainsi: "*Fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel*". En 2004, le centre "Recherche en systèmes de santé" de l'école de santé publique

de Huy-Waremme en Belgique propose la définition suivante: la parentalité est " *l'ensemble des savoir être et savoir faire qui se déclinent au fil des situations quotidiennes en paroles, actes, partages, émissions et plaisirs, en reconnaissance de l'enfant, mais également en autorité, exigence, cohérence et continuité" (14).*

Ce concept est apparu avec les nouvelles formes de cellules familiales (mono-parentale, homo-parentale…) (12). Il se distingue du concept de parenté par son caractère multiple et périodique. En effet, la parenté est accordée aux parents biologiques de l'enfant, il est donc exclusif, alors que la parentalité est accordée aux personnes qui contribuent à l'éducation de l'enfant, au sein du ménage, au sens juridique du terme. Ces personnes peuvent être multiples, les parents biologiques en premier lieu, mais parfois le conjoint du parent biologique, les parents adoptifs, les grands-parents, les frères et sœurs. Elles sont également variables au cours de la vie de l'enfant et de l'adolescent (12).

L'apparition de cette nouvelle notion soulève un problème, celui de la responsabilité des parents dans l'éducation des enfants et la prise en charge de la société. Il est d'actualité de parler de délégation du rôle éducatif des parents à la société, en particulier à l'éducation nationale, voir de démission des parents (15).

Afin de résoudre ce nouveau problème, les professionnels de la santé et les services du ministère de la santé, travaillent depuis le début des années 2000, à prendre en charge les parents précocement (15). C'est ainsi que le concept de parentalité, s'applique dès la grossesse.

En effet, la préparation à la naissance a un nouveau rôle, qui est celui de prendre en charge la femme dans sa globalité, en particulier de dépister les facteurs de risques psycho-médico-sociaux afin d'orienter les femmes vers les professionnels adéquats, dans le but de prévenir les conséquences de l'environnement à la fois sur le devenir de la mère (dépression du post-partum, maltraitance…) (16), mais également les conséquences à long terme pour l'enfant, conséquences médicales, mais surtout psychologiques. En effet le postulat actuel est qu'une préparation adéquate du couple lui permet d'anticiper le futur rôle de parents et de préparer l'arrivée de l'enfant en particulier dans la fratrie, ce qui réduirait les affections psychologiques de l'enfant, manifestées à la fois par les angoisses enfantines

(troubles du sommeil, troubles alimentaires…) et également par la dépression de l'adolescent (6).

C'est ainsi, qu'en soixante ans, la préparation à la naissance est passée de la prise en charge de la douleur, à l'accompagnement des couples dans le développement de leur rôle de parents et à leur parentalité.

L'évolution que nous avons observée en France, se retrouve également dans la communauté internationale qui, par l'intermédiaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a voulu prolonger l'accompagnement à la parentalité au-delà de la période pré-natale.

I.1.4: La préparation à la naissance dans la communauté internationale:

En 2002, l'OMS a édité un important support de travail concernant la périnatalité: *"Essentiel antenatal, perinatal and postnatal care" (17).* Parmi les 27 modules qui le composent, le module 6 est entièrement consacré à la préparation à la naissance et s'intitule "Education for Parenthood".

Il nous a paru important de développer ce module dans cet exposé, car il est à l'origine de certaines parties des recommandations de la HAS (18).

Comme en France, la communauté internationale préconise des séances très précocement au cours de la grossesse, aux environs de 12SA, avec en plus de l'entretien avec une sage-femme, une rencontre entre les futurs parents et des parents ayant récemment vécu l'accouchement, afin de créer un moment d'échanges et un compagnonnage (17).

De plus, dans ce module, l'OMS incite les professionnels à discuter avec les futurs parents de leur place dans la nouvelle cellule familiale, qui va se créer avec l'arrivée de l'enfant et des changements que cela va générer dans le couple (17).

L'une des grandes innovations de ce module est la proposition de mise en place des séances post-natales de préparation à la parentalité " into the first years of parenthood" (au cours des premières années de parentalité). Il s'agit donc là d'un réel accompagnement dans le métier de parent, qui répond à un manque actuel (17).

Nous avons pu constater que depuis les débuts de la préparation à la naissance, le point de vue et les prises en charge ont beaucoup évolué.

En soixante ans, nous sommes passés de l'Accouchement Sans Douleur (2) à l'entretien du 4ème mois (6), la prise en charge psycho-affective (6) et les séances post-natales (17).

La préparation à la naissance a pour but d'accompagner le mieux possible les femmes dans leur grossesse et leur accouchement. Elle est actuellement proposée quasiment exclusivement par les sages-femmes. Il n'en a pas été toujours ainsi. Il paraît donc utile d'étudier l'évolution du métier de sage-femme en fonction de la préparation à la naissance.

I.1.5. La pratique de la préparation à la naissance dans le métier de sage-femme:

Pour comprendre les résultats de notre enquête, il paraît important de revenir sur le métier de sage-femme, les changements qu'il a connu depuis l'arrivée de la préparation à la naissance en France et comment il est devenu ce qu'il est aujourd'hui.

Comme nous l'avons vu précédemment, c'est un gynécologue-obstétricien qui est à l'origine de l'arrivée de la préparation à la naissance en France: le docteur Lamaze.

Dés son retour d'URSS, il commence à élaborer des cours pour les femmes enceintes et pour cela il s'entoure des trois sages-femmes présentes aux Bluets, du docteur Vellay, d'un neuropsychiatre et d'un kinésithérapeute de la maternité. Les cours sont dispensés par les médecins et le kinésithérapeute, M. Bourrel, qui

apprend aux femmes à identifier leurs sensations et adapter leur réponse corporelle en fonction de la phase de l'accouchement" (2). Ce n'est qu'en 1954 que, suite à de nombreux échecs de la méthode, le docteur Lamaze et son assistant le docteur Angelergues, concluent que l'ASD fonctionne d'autant mieux quand la personne qui prodigue les cours est présente à l'accouchement. C'est ainsi que les sages-femmes des Bluets, suite à une formation approfondie par les médecins, délivrent les cours de préparation aux femmes enceintes (2).

Au fur et à mesure que l'ASD se répand en France, les praticiens de province viennent se former aux Bluets. Il s'agit à la fois de médecins et de sages-femmes.

L'arrivée de l'anesthésie péridurale en France dans les années 1970, et la médicalisation de l'accouchement transforment la prise en charge des accouchements. Les médecins s'orientent plus volontiers vers des techniques scientifiques et médicales d'un autre ordre, comme l'amélioration des techniques de césarienne ou la procréation médicalement assistée. Les nouvelles générations de médecins se désintéressent de l'ASD et de la préparation à la naissance en général (2).

A contrario, les sages-femmes investissent pleinement ce domaine. L'ASD est petit à petit délaissée et de nouvelles formes d'accompagnement à l'accouchement et à la naissance voient le jour, comme l'haptonomie, la sophrologie ou l'acupuncture (2) (19).

Avec la médicalisation croissante de l'accouchement à partir de la deuxième moitié du XXème siècle, la profession de sage-femme connaît une grande évolution (arrivée massive de sages-femmes dans les hôpitaux, prise en charge des accouchements selon des protocoles que les sages-femmes doivent suivre…). Elles voient dans la préparation à la naissance un moyen de garder leur rôle d'accompagnant (19).

De plus, à partir des années 1980, les cliniques réalisant un nombre restreint d'accouchement par an, ferment les unes après les autres, ce qui engendre une augmentation d'activité dans les grandes maternités. Pour autant, les effectifs de sages-femmes hospitalières n'y sont pas proportionnellement augmentés, ces dernières sont alors affectées en priorité dans les services de salle de naissance, de suites de couches et de grossesses pathologiques. Elles n'ont plus la possibilité de

délivrer les séances de préparation à la naissance au sein des structures hospitalières (19). En parallèle, le nombre de sages-femmes libérales augmente chaque année (15,8% en 2007, 16,6% en 2008 selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé: IRDES (20)). C'est en particulier dans ce secteur que les séances de préparation à la naissance sont organisées. En outre l'accouchement à domicile étant une pratique marginale, la préparation à la naissance constitue la principale source de revenus des sages-femmes libérales (19).

L'étude de ces deux histoires parallèles, celle de la préparation à la naissance et celle des sages-femmes, permet de comprendre le contexte dans lequel les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 ont été rédigées.

I2. Les recommandations de la HAS de Novembre 2005, leur diffusion et les EPP déjà existantes:

Il est maintenant indispensable de décrire succinctement les recommandations, qui font l'objet de notre étude. Il est également utile de connaître les mesures mises en place pour permettre leur diffusion, dans le cadre de la formation initiale et continue.

I.2.1. L'historique des recommandations

Comme nous l'avons évoqué précédemment, depuis de nombreuses années, le Ministère de la santé, par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé (DGS), instaure des enquêtes de périnatalité, qui aboutissent à des plans de périnatalité. Les enquêtes les plus récentes datent de 1998 et 2003, les résultats de la dernière ont permis d'élaborer le plan de périnatalité 2005-2007 (3).

Afin de permettre la mise en application de ce plan, la DGS et les associations de sages-femmes (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF)) ont demandé à

la HAS d'élaborer des recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité (18).

Cette demande a abouti à la publication des recommandations professionnelles intitulées « Préparation à la naissance et à la parentalité » par la HAS en novembre 2005. Elles accompagnent les mesures du plan périnatalité 2005-2007 en proposant aux professionnels de santé, impliqués en périnatalité, une démarche qui vise à (1):

1. "Préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées.
2. Repérer les situations de vulnérabilité en prévention des troubles de la relation parents-enfants.
3. Soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux.
4. Favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal.

Ces recommandations sont complétées par une série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles (31).

I.2.2. Les principaux axes des recommandations:

Le plan de périnatalité 2005-2007 propose la mise en place d'un entretien dans la période du 4ème mois de grossesse (3). Les recommandations reprennent cette notion, en favorisant la période du premier trimestre de grossesse. Cet entretien entre dans le parcours de PNP comme étant la première des huit séances remboursées par la sécurité sociale. Les recommandations précisent qu'il est important que ce moment soit exclusivement dédié à la prise en charge psycho-sociale de la femme et du couple, et donc qu'il soit fait en dehors d'une consultation médicale de grossesse (1).

Cet entretien a pour objectifs d' (1):

- "Etayer le projet de naissance par la femme ou le couple.

- Repérer les situations de vulnérabilités ou de violences et orienter les patientes vers les professionnels adéquats.
- Délivrer des informations sur le réseau de proximité.
- Créer un lien entre le réseau de professionnels et la femme ou le couple.
- Evaluer les attentes et les besoins des couples en matière de prise en charge.
- Préparer avec la femme le parcours de PNP qui lui est le plus adapté.
- Compléter les informations sur le suivi médical de grossesse."

La HAS incite les professionnels menant cet entretien (principalement des sages-femmes) à faire un compte-rendu de cet entretien destiné aux professionnels vers lesquels ils pourraient être amenés à orienter la femme ou le couple par la suite (1).

Les recommandations modifient la forme du parcours de PNP tel qu'il a été établi avant 2005, il préconise que la première séance soit l'entretien précoce, qui a lieu au premier trimestre (1).

L'une des innovations qu'apporte la HAS réside dans les méthodes d'apprentissage, le contenu et le but de la préparation à la naissance, notamment en introduisant des objectifs, qui visent également à préparer la parentalité, par exemple: décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant, contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité, comprendre les comportements habituels de l'enfant (1).

Les approches proposées par la HAS pour mener les séances de PNP sont (18):

" L'instruction à la santé": "Elle représente les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de façon à promouvoir ou maintenir une bonne santé" (22).

"L'éducation thérapeutique": "L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement

psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées" (23).

Ces deux démarches éducatives ont pour but l'acquisition de compétences, et font l'objet d'une liste déterminée par le groupe de travail de ces recommandations. On peut retrouver cette liste en annexe n°2 de ce mémoire (21).

Dans ces recommandations, il est également préconisé d'améliorer le suivi post-natal (1). Ce concept est issu des exemples étrangers, en autre des recommandations de l'OMS, citées précédemment.

Il s'agit d'une forte demande des patientes, comme l'a souligné une étude publiée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en septembre 2008 "Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement". L'objectif de cette enquête est de permettre "d'explorer les comportements de recours des usagers et leurs perceptions, y compris en terme de satisfaction et de rapprocher les données quantitatives disponibles sur l'organisation de l'offre de soins avec des éléments plus qualitatifs". Les résultats de cette enquête montrent que "15% et 35% [des femmes interrogées] sont respectivement plutôt pas ou pas du tout satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches" et "près de quatre femmes sur dix déplorent avoir été mal préparées aux éventuels troubles du post-partum" (25).

La HAS n'insiste pas sur une organisation particulière du suivi post-natal (séance individuelle ou collective, à domicile, en établissement de santé ou en cabinet privé), mais conseille de l'augmenter et de le mettre en place tôt, dès la sortie de la maternité, afin d'optimiser l'allaitement et d'aider les femmes et les couples dans les premiers jours avec l'enfant au retour à la maison. Ce suivi permettrait aux femmes de renforcer les connaissances acquises, lors des séances prénatales (1).

A la suite de ces recommandations, le Ministère de la santé a publié dans le journal officiel en date du 22 avril 2008, une "[…] décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie [UNCAM] relative à la liste des actes et prestations prise en charge par l'assurance maladie" datant du 5 février 2008 (26). Le dernier point de cette décision est relatif aux séances postnatales. Il préconise des séances

individuelles au cabinet de la sage-femme ou au domicile des parents, dont les objectifs sont les suivants:

"– De compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement.

– De favoriser les liens d'attachement mère-enfant.

– De s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant.

– De rechercher des signes de dépression du post-partum.

– D'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité."

L'UNCAM s'engage à rembourser deux séances entre le 8ème jour suivant l'accouchement et la consultation postnatale, selon la nouvelle lettre clé créée à cet effet: SP.

I.3. Diffusion des recommandations et mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de PNP suite à ces recommandations:

I.3.1. La diffusion:

Afin de savoir comment les recommandations ont été diffusées, nous nous sommes renseignés auprès de la secrétaire de l'ANSFL, Mme Madeleine Moyroud, qui a mis en place le département formation de cette association. Nous avons également exploité trois revues professionnelles de sages-femmes (27) (28) (29).

Ces recherches nous ont permis de constater, que le plan de périnatalité est connu des sages-femmes libérales et évoqué à plusieurs reprises dans les revues professionnelles. En particulier, l'entretien prénatal précoce est abordé à de nombreuses reprises dans les revues, en voici quelques exemples: Réseau Aurore "Entretien précoce: mise en place d'une fiche de liaison portée par la patiente. A propos de l'expérience du réseau Aurore" (27); Nour Richard-Gwerroudj "Entretien prénatal précoce, de l'écoute dans le soin" (28); M. Debarre et M. Poutas "Entretien individuel du 4ème mois en Lorraine: expérience de sage-femme" (29). Un guide

d'entretien a été publié par l'AFREE (Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement) en Juillet 2008 " Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre" (30).

Lors de notre formation initiale, nous avons pu constater que les recommandations de la HAS sont peu diffusées dans notre formation initiale et qu'elles ne sont pas la base des enseignements de préparation à la naissance.

Ainsi nous pouvons constater, grâce à nos recherches dans la presse professionnelle destinée aux les sages-femmes, que seule une partie des recommandations de la HAS est diffusée largement à savoir l'entretien prénatal précoce, principalement nommé entretien du 4ème mois.

I.3.2: l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP):

D'autre part, suite à la publication des recommandations, la HAS a éditée en décembre 2007 une liste de critères de qualité en matière de PNP (annexe n°3) (31), dans le but d'aider les professionnels à mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles.

Pour mettre au point ces critères d'évaluation, la HAS a mis en place un groupe de travail, qui s'est basé sur « le guide méthodologique : Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » (32) publié en mai 2007 par la HAS.

De plus, dans la littérature, on peut retenir deux exemples proches d'une mise en pratique de cette EPP, à travers des mémoires de fin d'études d'étudiants sages-femmes.

Le premier a été mené dans la ville de Marseille, auprès des sages-femmes exerçant la PNP en secteur hospitalier (public ou privé) en PMI et en secteur libéral entre Septembre 2006 et Janvier 2007. Afin de conduire cette étude, l'auteur a élaboré un questionnaire basé sur les recommandations de la HAS (3).

"L'objectif de ce travail est d'établir l'état des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Marseille, afin de comprendre les limites éventuelles de l'application des recommandations actuelles (3)"

L'auteur a utilisé le questionnaire comme outil d'enquête. Ce questionnaire a été élaboré à partir des recommandations de la HAS. 24 questionnaires ont pu être exploités.

Cette étude n'a pas pour but d'évaluer la pratique des sages-femmes marseillaises, il s'agit essentiellement d'une étude descriptive.

Les résultats le plus pertinent de cette étude ont été les suivants:
Les sages-femmes marseillaises proposent des séances de PNP plus nombreuses et plus longues que celles remboursées par la sécurité sociale. Le nombre de femmes par séance est restreint (en moyenne six femmes par séance), ce qui est conforme aux recommandations de la HAS.
Concernant les thèmes abordés lors des séances, le moins fréquemment évoqué par les sages-femmes par ordre croissant était le suivi de grossesse, puis les droits sociaux, puis venaient la sexualité, la grossesse, l'hygiène et l'alimentation. Le thème systématiquement abordé par les sages-femmes de cette étude était l'allaitement. Aucune sage-femme n'a évalué son parcours de PNP.
Dix-huit des 24 sages-femmes interrogées proposaient un entretien du quatrième mois, ce qui est pour l'auteur un résultat positivement surprenant.
Les séances post-natales étaient proposées par seulement 9 des 24 sages-femmes de l'étude. Mais il est bon de remarquer qu'en 2006, les remboursements par la sécurité sociale ne sont pas encore mis en place.

La seconde étude a été menée dans les départements des Yvelines et des Hauts-de-Seine entre décembre 2007 et Février 2008, auprès des sages-femmes libérales exclusivement.

"Le premier objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques professionnelles sur la préparation à la naissance et à la parentalité, pour faire un état des lieux sur ce qui est fait aujourd'hui. […] Le deuxième objectif est de voir s'il y a une différence dans les cours réalisés, entre les sages-femmes, qui ont lu le rapport et celles qui n'ont pas lu le rapport de la HAS. Afin de mettre en valeur l'importance des recommandations de la HAS." (33).

L'outil utilisé pour cette étude est également le questionnaire, dont l'élaboration est basée sur les recommandations de la HAS (33), comme précédemment.

Lors de cette enquête 20 questionnaires ont été exploités.

Cette étude contrairement de la précédente a la volonté de s'inscrire dans une démarche d'EPP. Cependant le questionnaire n'a pas été élaboré à partir de la "Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles" éditée en Décembre 2007 par le HAS (31), ni des guides méthodologiques d'élaboration de critères d'EPP édités par la HAS en mai 2007 (32), comme cela a été le cas dans notre travail.

L'étude de Claire Paquié a obtenu les résultats suivants:

Concernant la connaissance des recommandations de la HAS, 13 sages-femmes ont lu les recommandations. Parmi celles-ci "un peu plus de la moitié disent avoir changé au moins partiellement leur pratique".

90% des sages-femmes de cette étude réalisent un entretien prénatal (nommé comme précédemment entretien du quatrième mois) dans le cadre du parcours de préparation qu'elles proposent aux femmes. Dans les deux groupes "le taux de réalisation est identique" (33). Dans cette étude, les modalités de mise en place de cet entretien ne sont pas détaillées.

60% des sages-femmes proposent 8 séances et ce sans différences entre les deux groupes. Les nombres de femmes par séance est de 3 pour 60% des sages-femmes interrogées.

Les principaux thèmes abordés par les sages-femmes lors des séances de PNP sont les suivants: la grossesse et l'accouchement, le séjour à la maternité, l'allaitement, les suites de couches. A contrario, le thème les moins évoqué est le suivant: l'alimentation de l'enfant ; ce thème est toujours mentionné chez les sages-femmes qui ont lu les recommandations, il est présent seulement chez la moitié des sages-femmes qui ne les ont pas lu. L'auteur retrouve les mêmes tendances concernant le comportement et le rythme de l'enfant, qui n'est cité que par 43% des sages-femmes qui n'ont pas lu le rapport, mais qui est abordé par toutes celles qui l'ont lu. Il en est de même pour les thèmes qui concernent la prévention des risques pour l'enfant. Les sages-femmes qui ont lu les recommandations ont tendance à les aborder d'avantage que celles qui ne les ont pas lues.

Afin de compléter ces deux études, il nous a paru intéressant de mener une enquête, couvrant un effectif plus large de sages-femmes et s'appuyant sur la "Série de critères qualités pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles (31) et le "Guide de méthodologiques d'élaboration de critères d'EPP" (32), afin que notre questionnaire se rapproche au mieux d'un outil d'EPP, comme définit par la HAS.

Ainsi, l'étude que nous allons présenter, s'inscrit dans une dynamique d'EPP, grâce à la comparaison de la pratique des sages-femmes aux recommandations de la HAS.

Dans cette première partie, nous avons repris l'historique de la préparation à la naissance et les évolutions que celle-ci a connu, qui a permis d'aboutir aux recommandations de la HAS en 2005. Notre étude s'inscrit dans cet historique.

Dans suite de notre travail, nous exposons la méthodologie de notre étude et les principaux résultats de notre enquête.

Partie II : La Méthodologie de la recherche et les résultats

II1. Protocole de l'étude :

II.1.1. La problématique

Comme nous l'avons exposé dans le première partie de ce mémoire, la préparation à la naissance a une histoire de 60 ans, qui a connu de nombreuses évolutions, à la fois dans son contenu, dans sa forme ou dans ses acteurs. A partir des années 2000, le Ministère de la santé et la CNAM en collaboration avec les sages-femmes, ont élaboré des textes réglementaires (convention des sages-femmes (5), rapport Moléna (6)), afin de cadrer cette pratique. L'accompagnement des femmes au cours de leur grossesse, a pris une place plus importante dans le suivi de grossesse, comme nous avons pu le voir dans le plan de périnatalité 2005-2007, qui est à l'origine des recommandations de la HAS (1).

De plus, nos recherches bibliographiques nous ont permis de mettre en lumière, que le mode d'exercice professionnel des sages-femmes a fortement évolué, depuis le début des années 1960. L'exercice salarié a augmenté et leur travail se consacre de moins en moins à la préparation à la naissance dans les établissements. A contrario, la préparation à la naissance représente une grande partie du travail des sages-femmes libérales.

A l'issue de ces recherches et de nos expériences en stages, nous nous sommes intéressés à la préparation à la naissance, que proposent les sages-femmes en 2010, afin de savoir si celle-ci correspond aux recommandations de la HAS et si le mode d'exercice professionnel influence cette préparation.

Ainsi, pour mener à bien cette étude, nous avons posé la problématique suivante:

"Quelle préparation à la naissance proposent les sages-femmes parisiennes en 2010? Est-ce que cette préparation à la naissance respecte les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005? Est-ce que le mode d'exercice (libéral ou salarié) professionnel a une influence sur cette préparation à la naissance?"

II.1.2.Les objectifs:

Ce mémoire a pour but de répondre aux objectifs suivants:

→ Décrire la pratique des sages-femmes en matière de PNP, depuis la publication des recommandations de la HAS de novembre 2005.

→ Evaluer l'impact des recommandations de 2005 sur l'organisation et le contenu des séances de PNP.

→ Comparer la mise en place de la PNP, selon que les sages-femmes ont un exercice libéral ou hospitalier.

II.2.3.Les hypothèses:

Afin de mener notre enquête, nous nous sommes appuyés sur les hypothèses suivantes:

→ 65% (il s'agit de pourcentage retrouvé dans l'étude de Claire Paquié) des sages-femmes chargées des séances de préparation à la naissance connaissent les recommandations de novembre 2005.

→ Les sages-femmes ont adapté systématiquement l'organisation (nombre de séances, durée et nombre de femmes par séance) et le contenu (thèmes abordés) de leurs séances de PNP à la suite de la publication des recommandations de la HAS.

→ Le contenu du parcours de PNP proposé par les sages-femmes correspond aux recommandations de 2005.

→ L'organisation (nombre de séances, durée et nombre de femmes par séance) et le contenu (thèmes abordés) des séances de PNP diffèrent selon que la sage-femme est libérale ou hospitalière.

II.2.4.L'outil de l'étude: le questionnaire:

Pour mener cette étude, nous avons rédigé un questionnaire (annexe n°4) à l'intention des sages-femmes du département de Paris.
Nous nous sommes appuyés sur les recommandations de la HAS de Novembre 2005 (1) et sur les critères établis par la HAS en 2007 (21) (31), pour l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de PNP, ainsi que sur "Guide méthodologique: Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles " (32) publié en Mai 2007 par la HAS.

Notre questionnaire se compose de quatre grandes parties:

- Première partie: l'identité professionnelle: afin de connaître la population interrogée (âge, date du diplôme, le nombre d'année de pratique de la PNP, le mode d'exercice professionnel).

- Deuxième partie: pratique professionnelle en matière de PNP: cette partie est déclinée en quatre sous parties:
  - → Partie 2a: L'entretien précoce du premier trimestre
  - → Partie 2b: Les séances de PNP
  - → Partie 2c: L'accouchement et les suites de couches immédiates
  - → Partie 2d : Le post-partum

Cette deuxième partie permet de faire l'état des lieux de la PNP en 2010. Nous allons comparer les réponses obtenues aux recommandations de la HAS (ceci sera fait dans la dernière partie de ce mémoire).

- Troisième partie : Evaluation de la pratique de PNP.

Les recommandations de la HAS préconisent aux sages-femmes de mener une évaluation et une autoévaluation de leur pratique afin de l'améliorer. Dans ce but, la HAS a édité des critères d'évaluations (32).

- Quatrième Partie : Les recommandations de la HAS de 2005 relatives à la

PNP.

Dans cette dernière partie, nous avons interrogé les sages-femmes sur leur connaissance des recommandations et l'influence que celles-ci ont sur leur pratique. Nous avons tenu à aborder les recommandations à la fin du questionnaire, afin de ne pas influencer les sages-femmes dans leurs réponses aux parties précédentes.

Dans le questionnaire et les résultats, nous utilisons les expressions "faible part, part importante", ainsi que "jamais, rarement, souvent et toujours" et "Pas du tout adapté à la pratique, peu adapté à la pratique, bien adapté à la pratique, tout à fait adapté à la pratique", nous allons ici les définir, comme elles sont employés dans cette étude.

Partie 1:

Question n°1g: Quelle part de votre activité la PNP représente-t-elle approximativement?

-Faible part: moins de la moitié de l'activité totale de la sage-femme.

-La moitié.

-Une part importante: plus de la moitié de l'activité totale de la sage-femme.

-La totalité

Les expressions "Jamais", "Rarement", "Souvent" et "Toujours" sont utilisées à de nombreuses reprises dans les questionnaires. Dans notre étude, elles signifient:

-Jamais

-Rarement: la sage-femme fait exceptionnellement ce qui est mentionné dans l'intitulé de la question.

-Souvent: la sage-femme fait fréquemment (avec plus de 50% des femmes), ce qui est mentionné dans l'intitulé de la question.

-Toujours.

Partie 4:

Question 4e: Globalement, comment trouvez-vous les recommandations de la HAS comparativement aux besoins des femmes que vous rencontrez en séances de PNP?

-Pas du tout adaptées à ma pratique: les recommandations de la HAS ne sont applicables à aucune situation ou femme rencontrées dans la pratique.

-Peu adaptées: les recommandations ne peuvent s'appliquer qu'à un nombre restreint de femmes (moins de 20% de la patientèle).

-Bien adaptées: les recommandations peuvent s'appliquer à la majorité des femmes.
-Tout à fait adaptées: Les recommandations de la HAS s'appliquent à toutes les femmes.

Avant le début de l'étude, ce questionnaire a été testé par deux sages-femmes de la maternité Port-Royal. Nous leur avons demandé de tester la compréhension des questions, l'ergonomie du questionnaire et la durée de réponse.

II.1.5.La population interrogée, le lieu de l'enquête, période, méthode statistique utilisée:

Notre étude a été menée auprès des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières dans le département de Paris. Nous avons choisi de mener notre enquête dans ce département, car il s'agit de la ville dans laquelle nous effectuons nos études, pour des raisons matérielles, nous n'avons pas pu agrandir le terrain d'étude aux départements limitrophes.

Pour obtenir les noms et adresses des sages-femmes libérales, ainsi que les coordonnées des hôpitaux et cliniques, nous nous sommes référés au site internet des pages jaunes (34), ainsi qu'à l'annuaire disponible sur le site internet du conseil national de l'ordre des sages-femmes (35).

L'enquête s'est déroulée d'octobre 2009 à avril 2010.

Les cadres supérieurs sages-femmes de vingt et un hôpitaux ou cliniques ont préalablement été contactées par téléphone, à l'issu de ses appels sept maternités ont été exclues de l'étude, car elles ne proposaient pas de PNP. Puis deux questionnaires ont été envoyés par courrier postal aux quatorze maternités proposant de la PNP. Dans un second temps, nous les avons recontactées par téléphone et nous nous sommes déplacés dans les établissements afin de recueillir les questionnaires remplis. Nous avons recueillis 16 questionnaires, dont 13 étaient exploitables.

Soixante sages-femmes libérales ont été contactées par courrier postal. Nous leur avons envoyé en Février 2010 un second courrier, afin d'obtenir d'avantage de

réponses. 39 questionnaires ont été reçut, 36 ont pu être exploités, dont 25 remplis par des sages-femmes ayant un mode d'exercice exclusivement libéral et 11 un mode d'exercice mixte (salarié et libérale).

Pour analyser ces questionnaires, nous avons utilisé le logiciel excel 2003.

II2. Les limites de l'étude

La première limite de cette étude est le nombre de questionnaires exploités. En effet, 49 questionnaires-réponses ne semblent pas permettre aux résultats de notre étude d'être représentatifs et extrapolables à l'ensemble des sages-femmes de France.
Ce petit effectif peut s'expliquer par l'outil lui-même : le questionnaire de cette étude, compte 12 pages et un total de 50 questions, ce qui peut être à l'origine de l'absence de réponse de certaines sages-femmes. Lors de la rédaction de ce questionnaire, nous étions conscients de son volume, nous avons fait le choix de garder son caractère exhaustif, afin que les résultats soient le plus précis possible pour répondre à nos hypothèses. De plus, a postériori, nous pensons que le taux de réponses des sages-femmes libérales aurait pu être plus important si nous les avions contactées par téléphone. Nous n'avons pas fait ce choix pour cette étude fautes de moyens.

L'un des objectifs de cette étude est de comparer la pratique des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières en matière de PNP. Cet objectif semble difficilement atteignable, de par l'effectif de chacun de ces groupes est trop disparate (25 libérales et 13 hospitalières).
L'effectif du groupe « hospitalières » est restreint : un certain nombre des hôpitaux contactés ne pratiquent pas de PNP dans leur établissement [7] et orientent les femmes vers les sages-femmes libérales. Pour le reste des établissements, soit la cadre du service n'a pas pu être contactée malgré les relances [4], soit notre questionnaire n'a pu être rempli par manque de temps des sages-femmes [7].

II3. Présentation des principaux résultats:

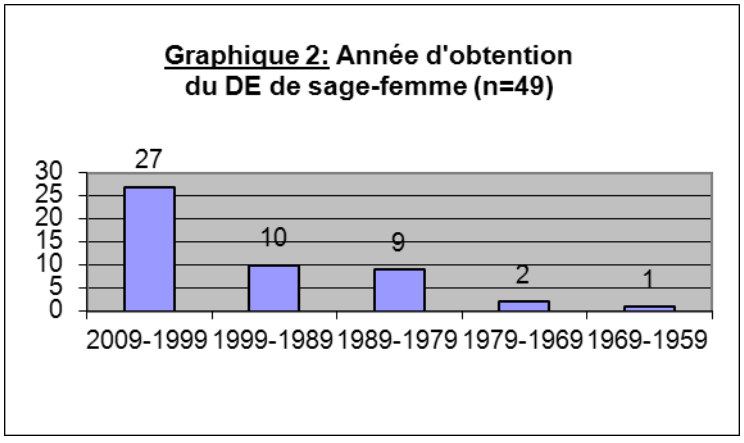
Dans ce chapitre, seuls les principaux résultats sont présentés. L'ensemble des résultats est disponible dans l'annexe n°4 de ce mémoire.
Dans la majorité des graphiques, les résultats sont présentés sous la forme du nombre absolu de réponses obtenues à la question.
Afin de permettre une meilleure lisibilité des résultats, nous avons rappelé l'intitulé exact de la question pour certains graphiques.

Comme nous l'avons précisé précédemment, il ne nous est difficile de comparer le groupe des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières. Cependant, pour certains résultats, nous avons tenu à spécifier cette différence, car les écarts sont intéressants à relever.

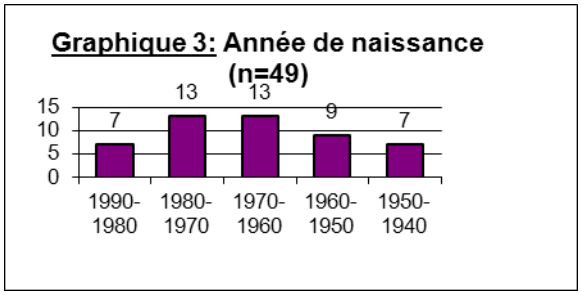
II.3.1: la population étudiée:

Dans cette étude, la population se répartie en trois catégories, selon le secteur d'activité des sages-femmes interrogées, à savoir le secteur libéral [25], le secteur hospitalier [13] (nommé salarié dans les résultats, car l'était dans le questionnaire) et les sages-femmes qui ont une pratique mixte [11] (à la fois libérale et à la fois salariée).

Afin de mieux connaître cette population, nous avons demandé aux sages-femmes leur année d'obtention du diplôme d'état et leur année de naissance.
Les résultats sont reportés dans les graphiques 2 et 3 :

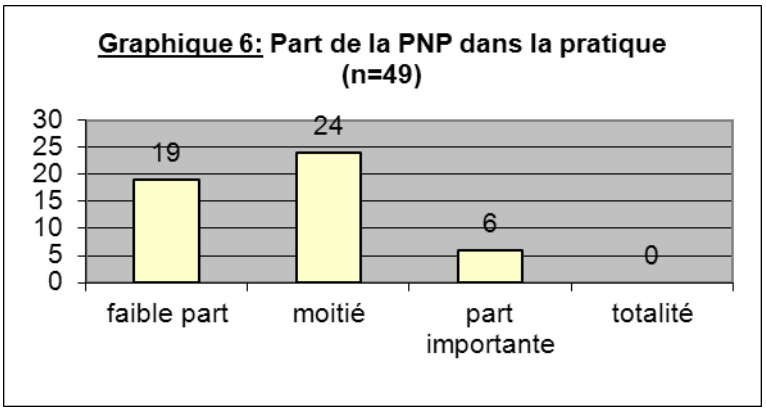


Ce graphique nous permet de constater que notre population est composée en majorité de jeunes sages-femmes (10 ans de diplôme ou moins). Nous pouvons donc supposer que lors de leurs études, elles ont été sensibilisées aux recommandations de la HAS.



Le graphique n°3, nous permet de constater que la répartition des âges des sages-femmes interrogées est globalement équilibrée, avec une majorité de sages-femmes nées entre 1980 et 1960 (26 = 53%).

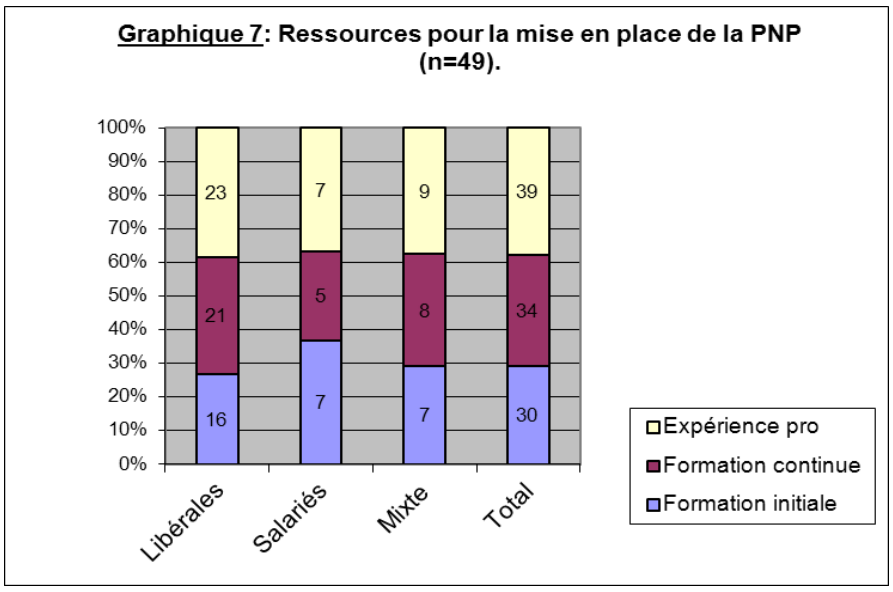
Nous avons demandé aux sages-femmes, la part que prend la PNP dans leur pratique. Les résultats sont exposés dans le graphique n°6:



Ce graphique nous permet de constater que pour 49%(24) de la population, la PNP représente la moitié de leur exercice et pour 38% (19) une faible part.

Pour clore cette première série de questions, nous avons interrogé les sages-femmes à propos des ressources sur lesquels elles s'appuient pour créer leur parcours de PNP.

Les résultats sont exposés dans le graphique n°7 (des réponses multiples étaient possibles):



Dans ce graphique, nous remarquons que 79% (39) des sages-femmes interrogées basent le parcours de PNP, qu'elles proposent à leurs patientes, sur leur expérience personnelle, 69% (34) sur la formation continue et 61% (30) sur la formation initiale. Nous constatons de plus, que pour la majorité des sages-femmes interrogées, les ressources sont multiples.

L'expérience personnelle et la formation continue sont les principales sources qu'utilisent les sages-femmes (en particulier les libérales: 92% et 84%)) pour mettre en place le parcours de PNP, qu'elles proposent à leurs patientes.

II.3.2: La pratique de PNP:

II.3.2.1: L'entretien précoce du premier trimestre

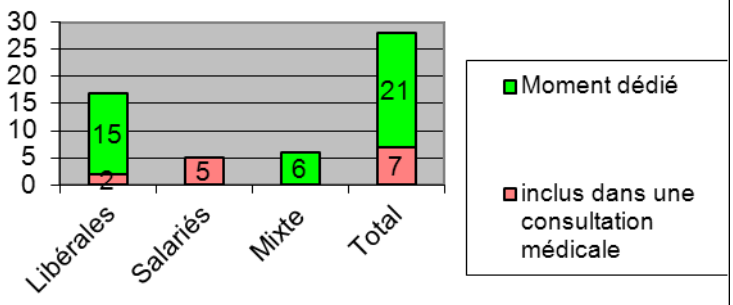
→ Pour débuter cette série de questions, nous avons demandé aux sages-femmes, si elles réalisent un entretien prénatal précoce. La moitié des sages-femmes interrogées réalisent un entretien prénatal précoce (57%= 28).

Ainsi pour la suite de cette série de questions, seules les 28 sages-femmes, qui réalisent l'entretien prénatal précoce, ont répondu.

→ Les recommandations de la HAS (14) préconisent que l'entretien soit réalisé en-dehors d'une consultation médicale, lors d'un rendez-vous qui lui est dédié.
Nous avons interrogé les sages-femmes afin de savoir si elles respectent ces recommandations.

Les résultats sont présentés dans le graphique n°9:

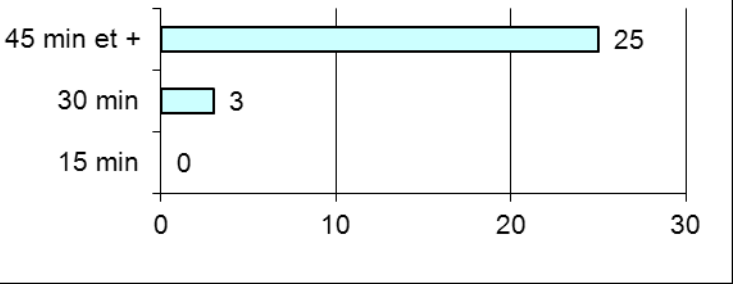
Graphique 9: Conditions de réalisation de l'entretien (n=28)



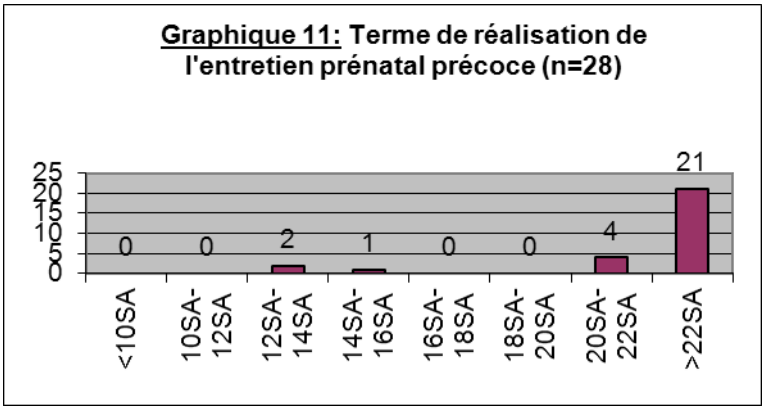
21, soit 75% des sages-femmes réalisant un entretien prénatal précoce, le font lors d'un moment qui lui est dédié. Nous remarquons qu'aucune sage-femme hospitalière ne consacre un rendez-vous exclusivement à cet entretien.

→ Les graphiques suivants présentent les résultats, en ce qui concerne la mise en application des recommandations de la HAS (14).

Graphique 10: Durée de l'entretien prénatal précoce (n=28)



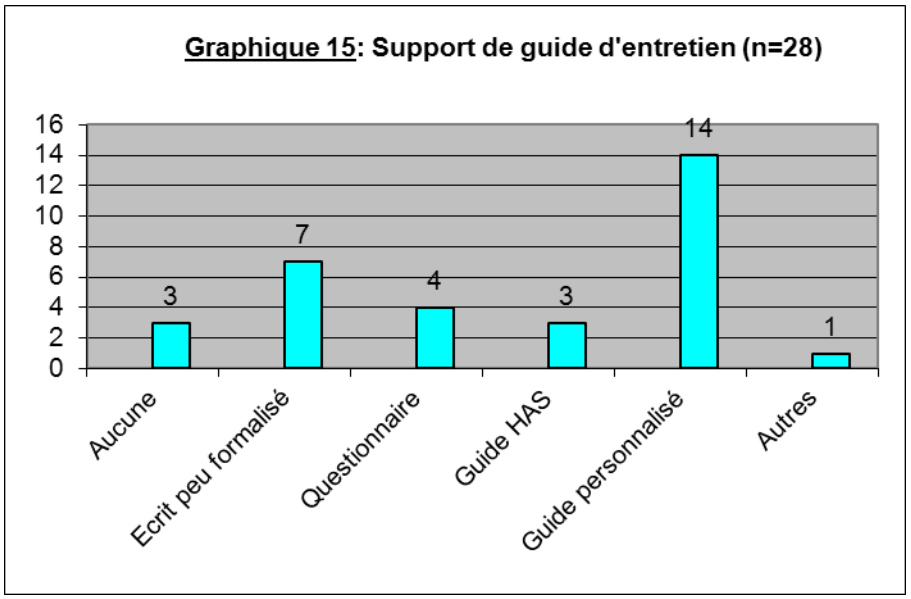
→ Graphique n°11:



Pour 22 d'entre elles, l'entretien prénatal précoce est proposé au-delà de 22SA.

→ Nous avons également demandé aux sages-femmes, si elles conviaient la femme seule ou le couple à l'entretien. Nos résultats montrent que 57% (16) des sages-femmes, qui proposent l'entretien prénatal, y convient le couple, alors que 43% (12) y convient seulement la femme.

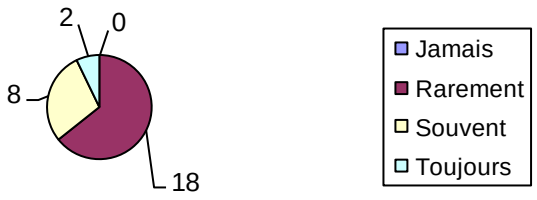
→ Le graphique 15 représente les résultats à la question suivante: Quel support utilisez-vous pour mener l'entretien? (plusieurs réponses étaient possibles)



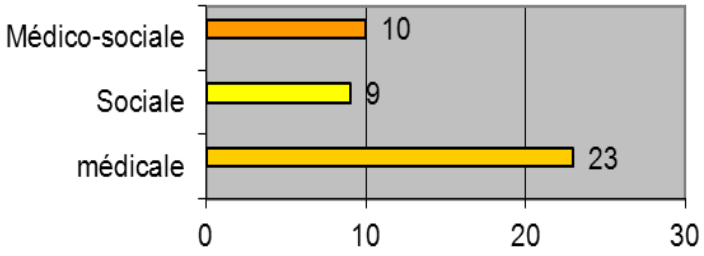
Le graphique n°15 nous montre que 25 des 28 sages-femmes réalisant l'entretien utilisent un support. Parmi elles, 50% (14) utilisent un guide personnalisé pour mener l'entretien et 7 utilisent un écrit peu formalisé, 4 utilisent un questionnaire et 10% utilisent le guide proposé par le HAS. 3 n'utilisent aucun support.

→ L'un des objectifs de l'entretien prénatal précoce est le dépistage des situations à risques. Les deux graphiques suivants présentent les résultats relatifs aux questions sur le dépistage des situations à risques.

Graphique 16: Dépistage de situations à risque (n=28)



Graphique 17: Types de situations dépistées (n=28)



Dans le graphique n°16, nous constatons que 18 des sages-femmes dépistent rarement de situations à risque, 8 en dépistent souvent, 2 toujours et aucune n'en dépiste jamais.

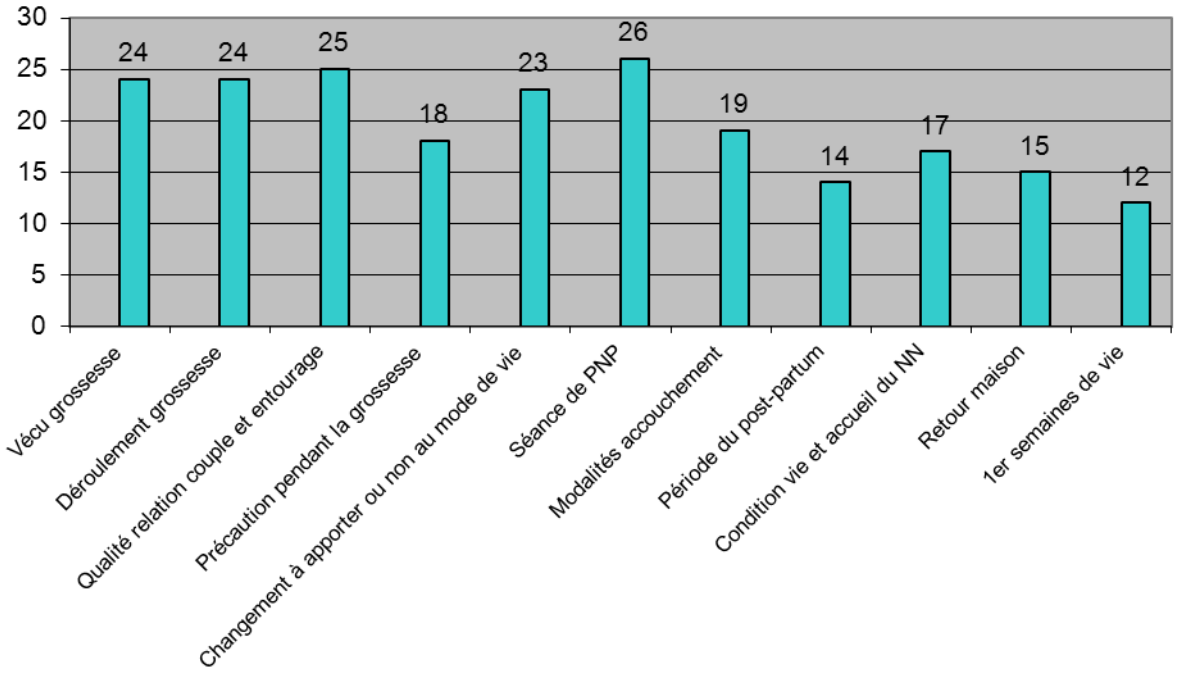
→ Les principales situations à risque dépistées sont des situations médicales (54,7% = 23), puis au second rang viennent les situations médico-sociales (31,5%= 10) et en dernier lieu les situations sociales (28% = 9) (cette question était à choix multiples).

→ Nous avons demandé aux sages-femmes, si elles consacrent une partie de l'entretien prénatal précoce à l'élaboration, avec les femmes, de leur projet de naissance. Les résultats sont les suivants: pour 18, une partie de l'entretien prénatal précoce est toujours consacrée à l'élaboration du projet de naissance. Pour 7, le

projet de naissance est rarement élaboré en entretien prénatal précoce et pour 3, il l'est souvent.

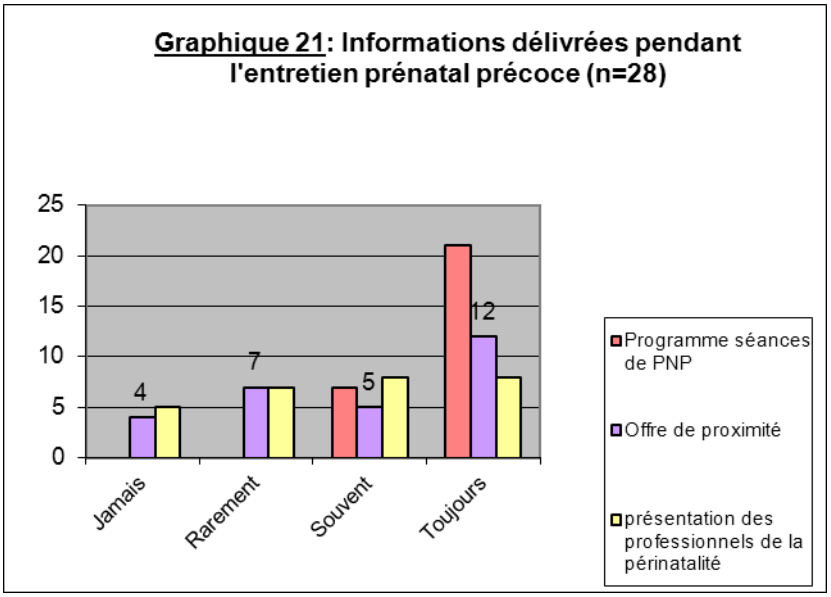
→ Le graphique n°20 présente les résultats à la question relative aux thèmes que les sages-femmes abordent lors de l'entretien prénatal précoce (pour cette question plusieurs choix étaient possibles).

Graphique 20: Thèmes abordés lors de l'entretien prénatal précoce (n=28)



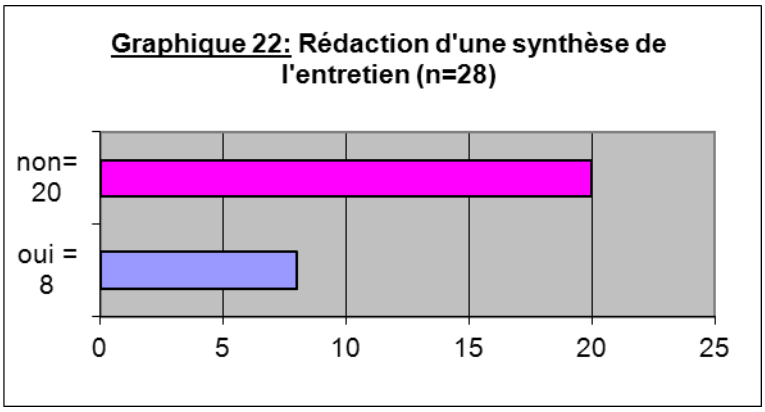
Nous constatons que les thèmes les plus souvent abordés sont ceux relatifs à la grossesse et à ce qu'elle génère comme changements. Les thèmes concernant le nouveau-né sont moins abordés.

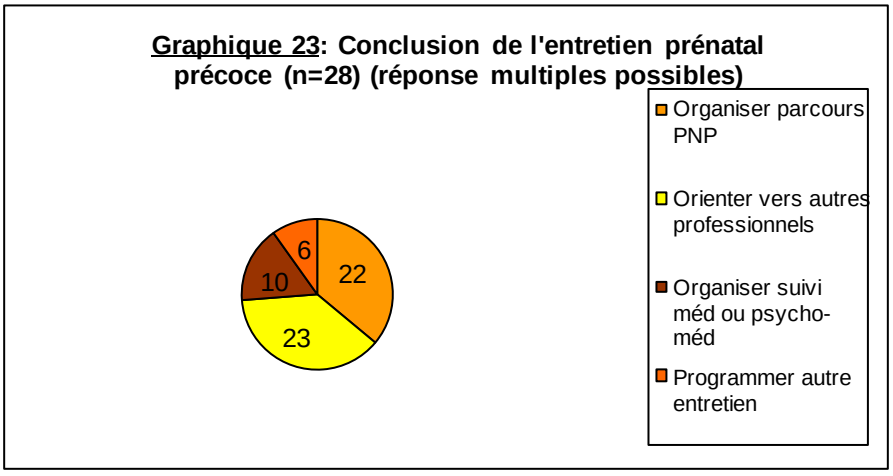
→ Nous avons demandé aux sages-femmes si elles complètent, lors de l'entretien prénatal précoce, les informations relatives aux programmes de PNP, à l'offre de proximité et si elles présentent les professionnels de la périnatalité.
Les résultats sont présentés dans le graphique n°21.



Le graphique n°21 montre que 21 des sages-femmes présentent toujours le parcours de PNP qu'elles proposent, lors de cette entretien, 7 le font souvent.
Concernant la présentation des professionnels de la périnatalité, 12 des sages-femmes le font toujours, 5 ne le font jamais, 5 le font souvent et 7 le font rarement.

→ Les graphiques 22 et 23 présentent les résultats des questions relatives à la conclusion de l'entretien prénatal précoce.

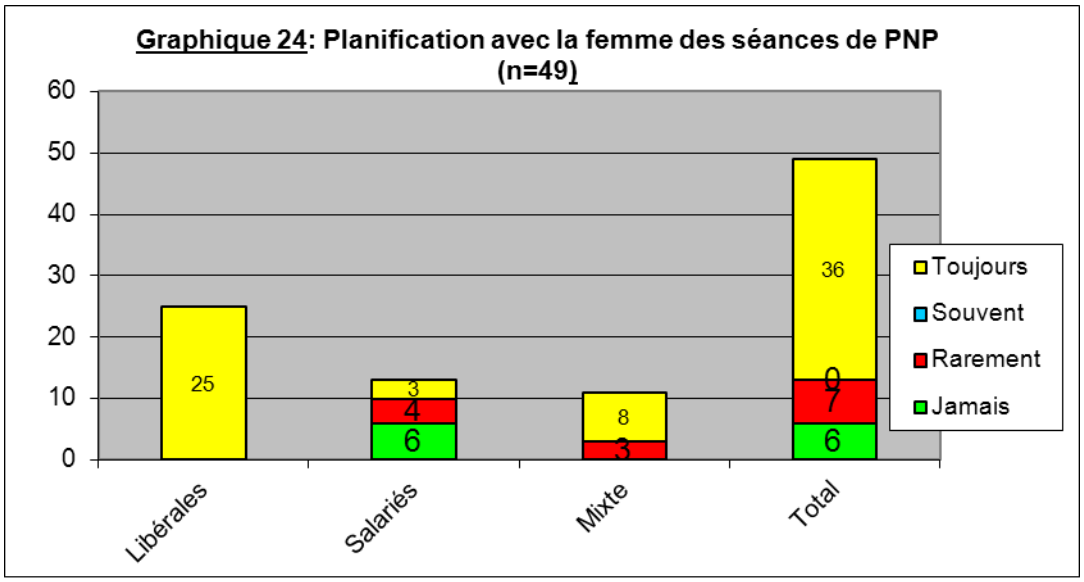




Le graphique n°23 permet de constater que pour 23 des sages-femmes cette synthèse est destinée à d'autres professionnels, qui contribuent au suivi de la femme. Pour 22 des sages-femmes, la synthèse permet d'organiser le parcours de PNP. Pour 10, elle contribue à organiser le suivi médical ou psycho-médical et pour 6, cette synthèse est la base de la programmation d'un autre entretien.

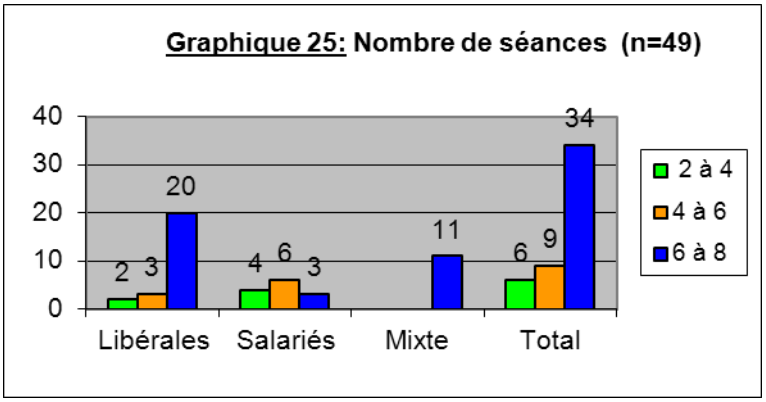
II.3.2.2: Les séances de PNP

→ La première question de cette série a pour thème la planification des séances de PNP avec les femmes. Les résultats sont présentés dans le graphique n°24.



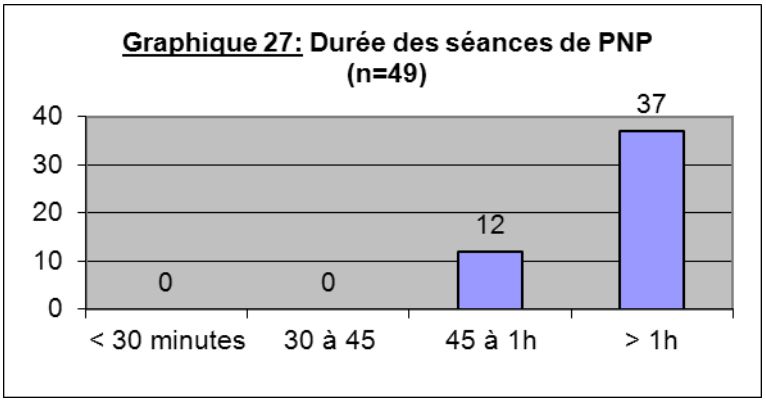
Dans ce graphique, nous remarquons que 73,5% (36) des sages-femmes planifient toujours les séances de PNP avec les femmes. Cependant, nous pouvons également constater que toutes les sages-femmes libérales organisent toujours le parcours de PNP avec les femmes, alors que 3 des sages-femmes hospitalières, parmi les 13 de notre étude, le font toujours et 6 ne le font jamais.

→ Le graphique suivant expose les résultats à la question: Combien de séances de PNP proposez-vous à chaque femme ? (dans cette question l'entretien prénatal précoce n'est pas pris en compte dans le nombre de séances)



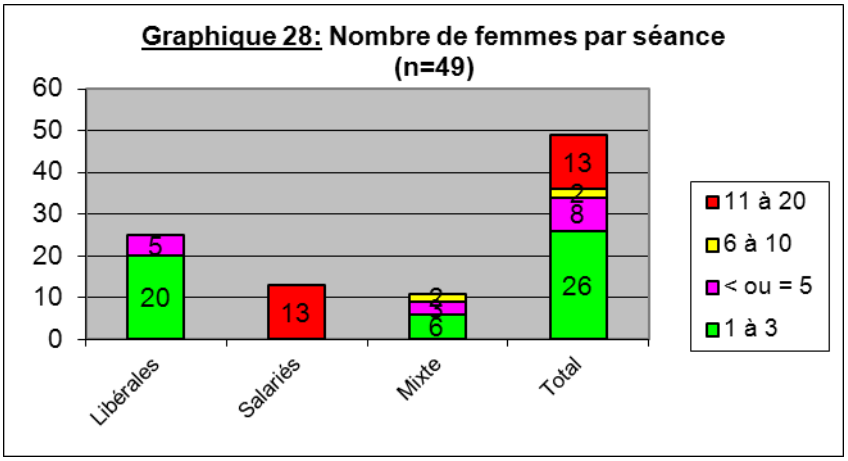
69% (34) des sages-femmes proposent entre 6 et 8 séances de PNP aux femmes. On peut remarquer que parmi ces 69%, 58% (20) sont des sages-femmes libérales et que celles qui proposent 2 à 4 séances.

→ En ce qui concerne la durée et le nombre de femmes par séance, les résultats sont présentés dans les deux graphiques suivants:



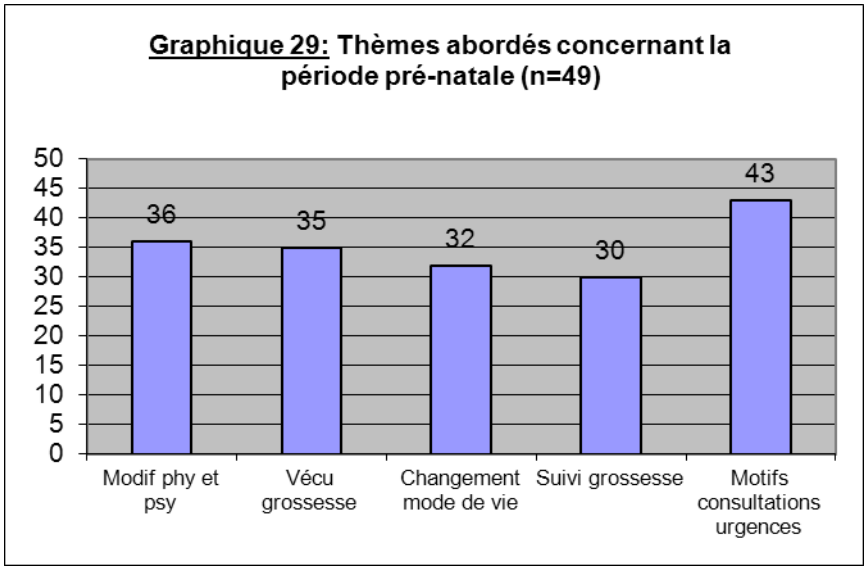
75,5% (37) des sages-femmes interrogées proposent des séances de PNP d'une durée supérieure à une heure et 24,5% (12) proposent des séances d'une durée comprise entre 45 minutes et une heure.

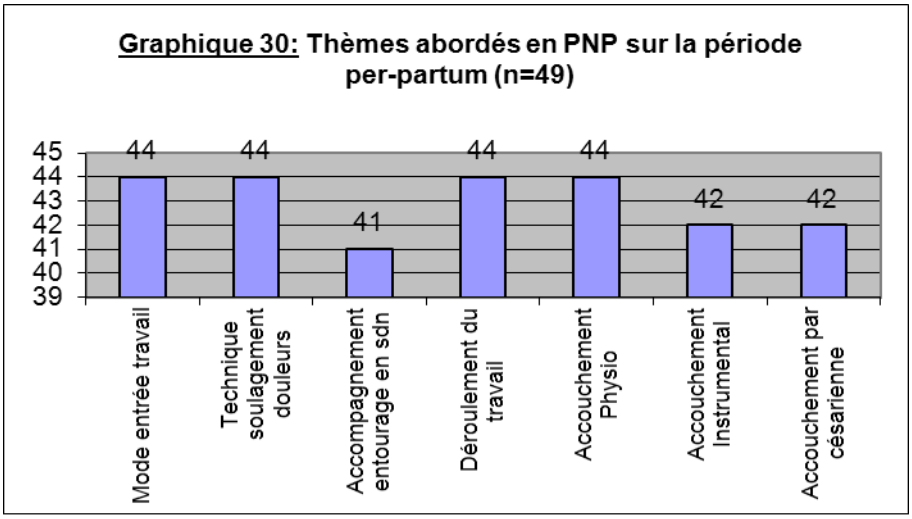
→ Graphique n°28:

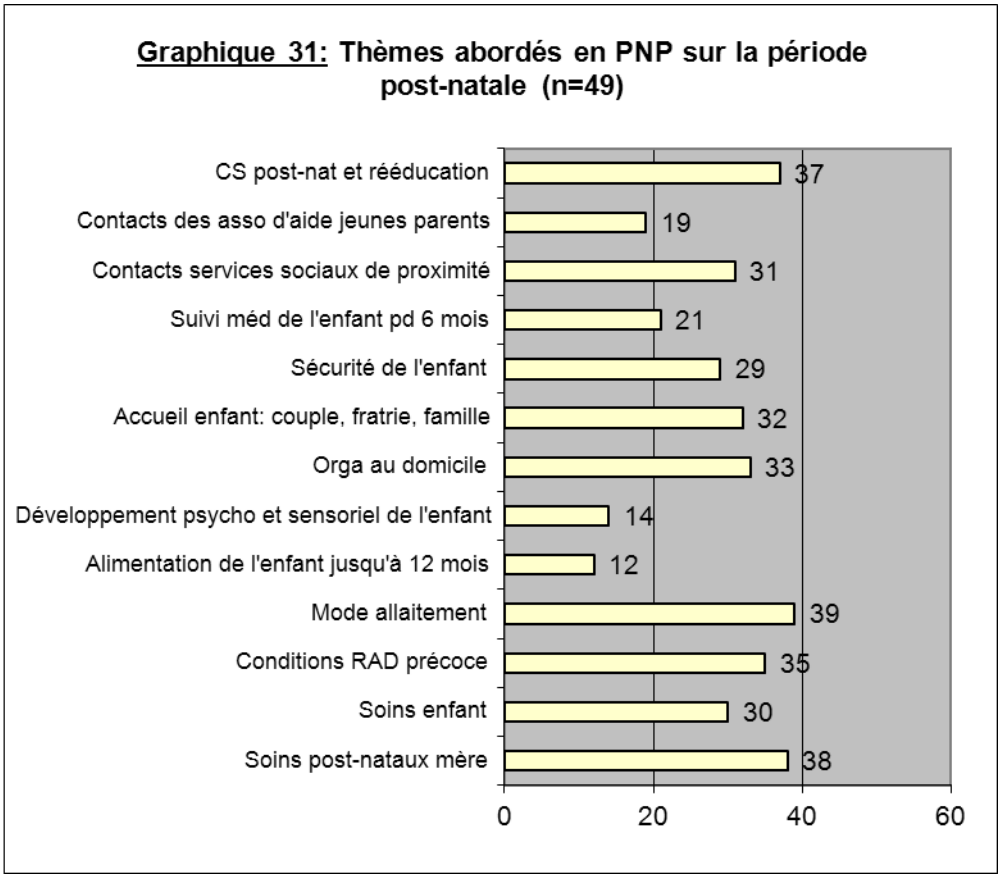


Dans le graphique 28, nous constatons que 53% (26) des sages-femmes accueillent de 1 à 3 femmes par séance de PNP. Toutes les sages-femmes comprises dans ces 53% exercent soit en secteur libéral, soit ont une activité mixte. 26,5% (13) des sages-femmes accueillent de 11 à 20 femmes par séance, il s'agit exclusivement de sages-femmes hospitalières. Il est également intéressant de noter qu'aucune sage-femme libérale n'accueille plus de 5 femmes par séance, elles sont au total 8 sages-femmes à accueillir entre 3 et 5 femmes par séance.

→ Les trois graphiques suivants, présentent les résultats aux questions concernant les thèmes abordés en séances de PNP, selon les trois périodes: le pré-partum, le per-partum et le post-partum (elles étaient toutes à choix multiples).







D'une façon globale, les thèmes concernant la période du per-partum sont le plus abordés en séances de PNP, puis suivent ceux concernant la période du pré-partum et les moins évoqués sont ceux concernant le post-partum.

La dernière question de cette série concerne la pratique d'un travail corporel lors des séances de PNP. Nos résultats montrent que 100% des sages-femmes interrogées proposent un travail corporel en fin de séance de PNP.

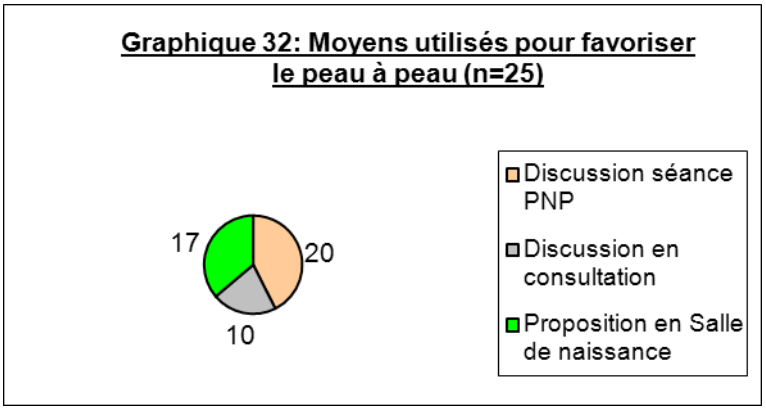
II.3.2.3: L'accouchement et les suites de couches immédiates:

Cette partie du questionnaire concerne l'accouchement et ses suites. Seules les sages-femmes hospitalières, les sages-femmes ayant une activité mixte et les sages-femmes libérales ayant accès au plateau technique ou pratiquant des accouchements ont pu y répondre, soit 25 questionnaires exploités pour cette partie.

→ 100% des sages-femmes interrogées favorisent le « peau à peau » dans les premiers instants de la naissance.

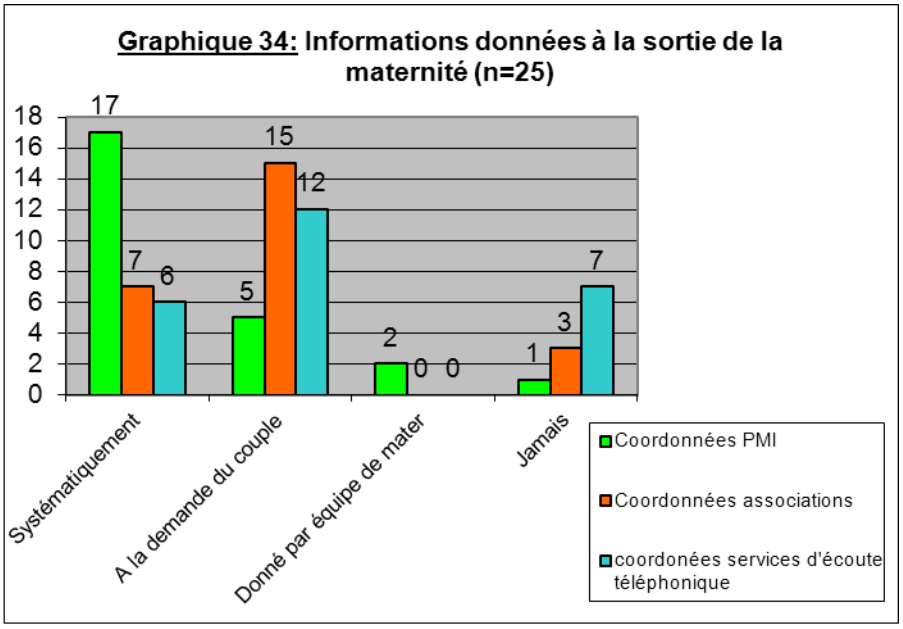
→ Les moyens qu'elles utilisent pour le faire sont exposés dans le graphique 32 (des réponses multiples étaient possibles):

Graphique 32: Moyens utilisés pour favoriser le peau à peau (n=25)



20 sages-femmes conseillent le « peau à peau » aux femmes lors des séances de PNP, 17 en salle de naissance. Ce dernier chiffre est à nuancer, car les sages-femmes libérales n'ont, pour la plupart, pas accès aux plateaux techniques et donc ne font pas d'accouchement. 10 des sages-femmes discutent du « peau à peau » lors des consultations.

→ La dernière question de cette série porte sur les informations délivrées aux femmes lors de leur sortie de la maternité. Les résultats sont présentés dans le graphique n°34.



Ce graphique nous montre que 17 sages-femmes donnent les coordonnées de PMI systématiquement, alors que 5 les donnent à la demande du couple et 2 considèrent que l'équipe de maternité se charge de les donner.

Les coordonnées des associations d'aide aux jeunes parents sont données par 15 sages-femmes à la demande des parents, alors que 7 sages-femmes les donnent systématiquement. 3 sages-femmes ne donnent jamais les coordonnées de ces associations.

Les coordonnées des services d'écoute téléphonique pour jeunes parents sont données à la demande des parents par 12 sages-femmes, elles ne sont jamais données par 7 sages-femmes. Elles sont données systématiquement par 6 des sages-femmes interrogées.

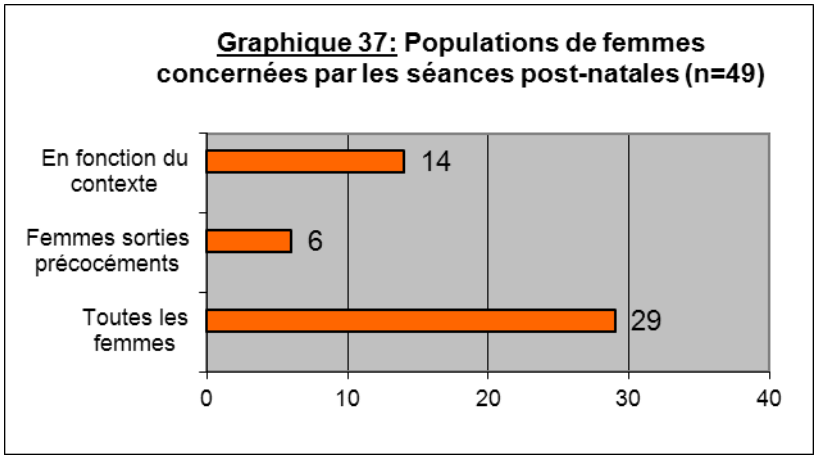
II.3.2.4: Le post-partum

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de ce mémoire, les séances post-natales d'accompagnement à la parentalité sont l'une des innovations de ces recommandations.
Nous avons donc interrogé les sages-femmes à ce sujet.

→ La première question de cette série, nous a permis de savoir si les sages-femmes pratiquent ou non ces séances.
Vingt-sept sages-femmes interrogées n'ont pas intégré de séances post-natales dans leur parcours de PNP. Nous avons pu remarquer lors de l'exploitation des questionnaires, que de nombreuses sages-femmes estiment que la consultation post-natale, qu'elles proposent, correspond à une séance de soutien à la parentalité. Or ce n'est pas ce que préconisent les recommandations de la HAS. Le chiffre de 22 est donc très probablement surestimé.

→ Nous avons demandé par la suite aux sages-femmes, si elles estiment que ces séances sont utiles.
44/49 des sages-femmes interrogées estiment que les séances de soutien à la parentalité dans la période du post-partum sont utiles.

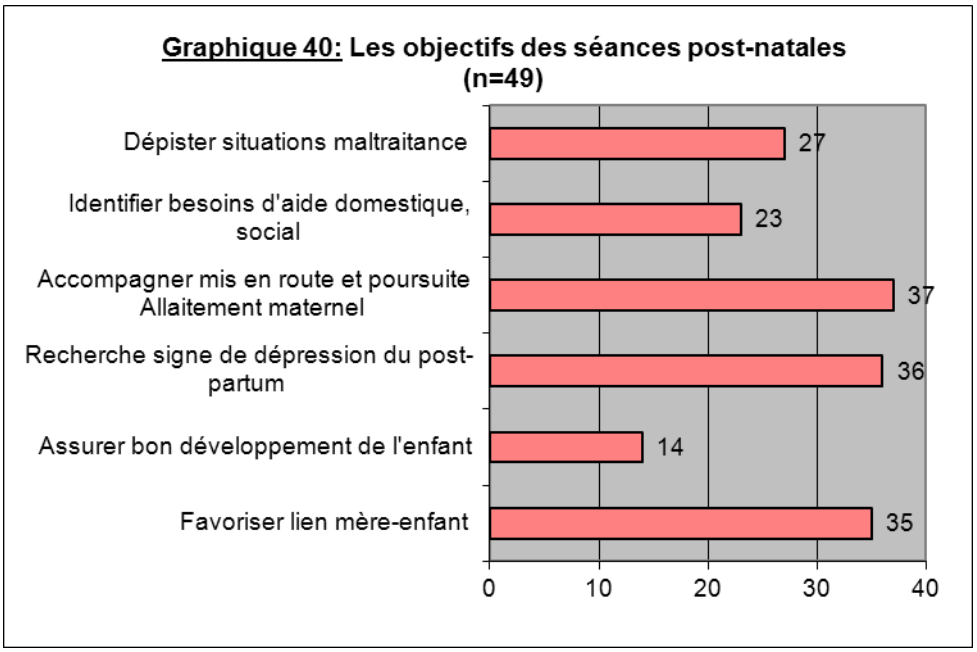
→ Le graphique n°37 représente les populations des femmes concernées par ces séances selon les sages-femmes.



Nous remarquons dans ce graphique, que 59% (29) des sages-femmes estiment que ces séances concernent toutes les femmes, 28,5% (14) des sages-femmes considèrent que ces séances concernent les femmes selon le contexte et 6 sages-femmes estiment que ces séances ne concernent que les femmes qui sont sorties précocement de la maternité.

Afin de clore cette série de questions, nous avons demandé aux sages-femmes quels seraient, selon elles, les objectifs de ces séances post-natales d'accompagnement à la parentalité.

Les résultats sont présentés dans le graphique n°40 (des réponses multiples étaient possibles).



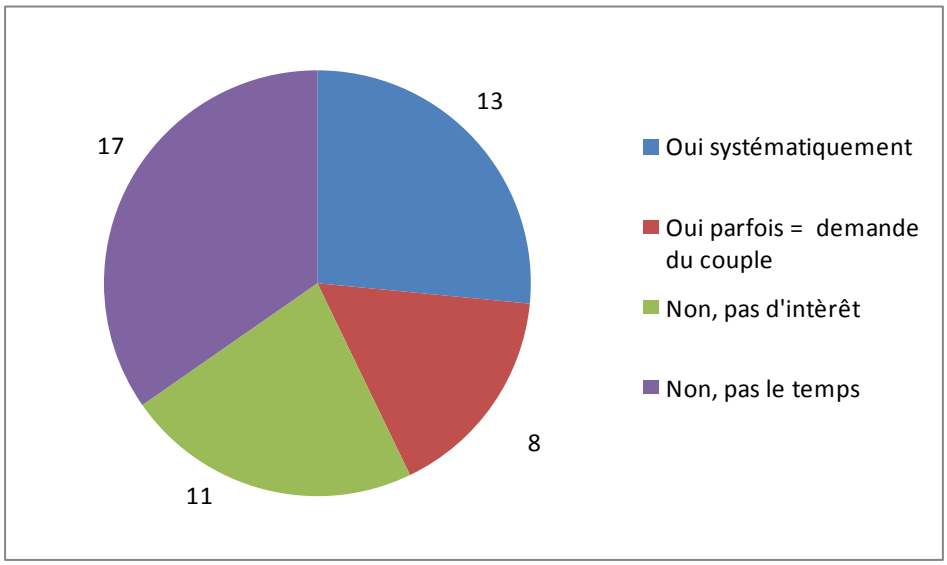
L'objectif que l'on retrouve le plus fréquemment est l'accompagnement à la mise en route et à la poursuite de l'allaitement (75,5%=37), suivi par la recherche de signe de dépression du post-partum (73,4%=36) et par "Favoriser le lien mère-enfant" (71,4%=35). L'objectif le moins souvent évoqué est "Assurer le bon développement de l'enfant" (28,5%=14). "Dépister des situations de maltraitance" et "Identifier les besoins d'aide domestique et sociaux" sont évoqués respectivement par 55% (27) et 47% (23) des sages-femmes.

II.3.3: Evaluation de la pratique de PNP:

→ Une partie des recommandations de la HAS est consacrée à l'évaluation de la pratique PNP par les sages-femmes.
Nous avons donc questionné les sages-femmes sur ce point.

Nous leur avons demandé, si elles effectuaient une évaluation de leur parcours de PNP avec les femmes qui y assistaient. Les résultats sont présentés dans le graphique n°41.

Graphique n°41: Evaluation du parcours de PNP par les femmes (n=49)

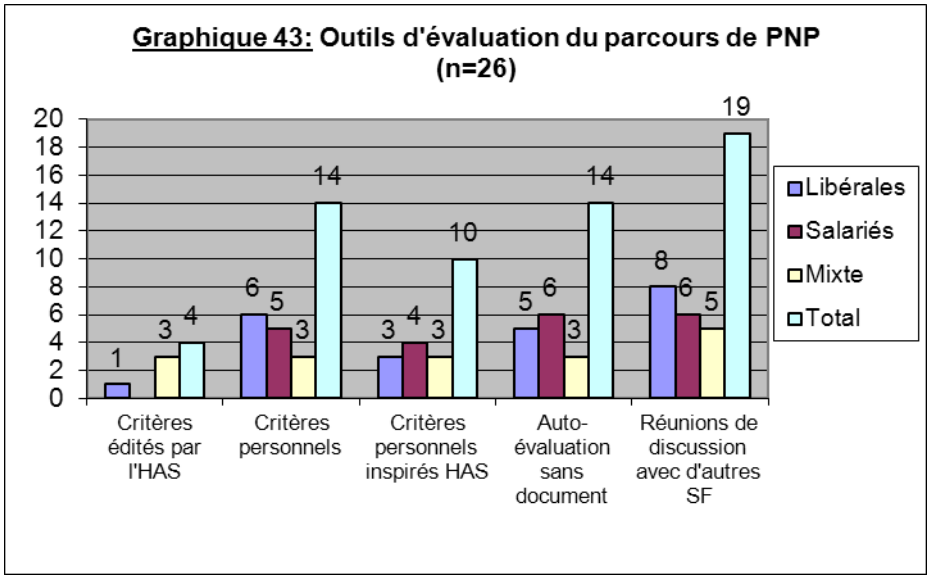


Dans le graphique n°41, on remarque que 34,7% (= 17) des sages-femmes interrogées ne réalisent pas d'évaluation de leur parcours de PNP avec chaque femme (ou couple), car elles n'ont pas le temps et 22,4% (= 11) estiment qu'il n'y a pas d'intérêt à le faire. Alors que 26,5% (13) font cette évaluation avec les patientes systématiquement. Huit la font parfois.

→ En ce qui concerne l'autoévaluation du parcours de PNP, on constate que 51% (=26) des sages-femmes font une autoévaluation de leur parcours de PNP. A contrario 49% (= 23) n'en font pas.

→ Afin de préciser les réponses à la question précédente, nous avons questionné les sages-femmes à propos du support qu'elles utilisent pour faire cette autoévaluation.

Les résultats sont présentés dans le graphique n°43 (des réponses multiples étaient possibles):



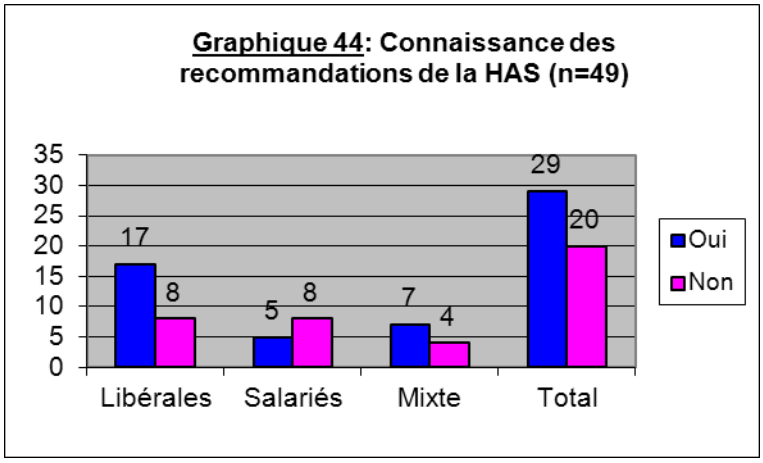
Dans ce graphique, nous pouvons remarquer que la majorité des sages-femmes effectuant une autoévaluation de leur parcours de PNP le font lors de réunions informelles entre sages-femmes (76%=19) et que 56% (14) d'entre elles le font soit avec des critères personnels soit sans document.

II.3.4: Approche des recommandations de la HAS par les sages-femmes

La dernière partie du questionnaire est consacrée aux connaissances que les sages-femmes ont des recommandations.

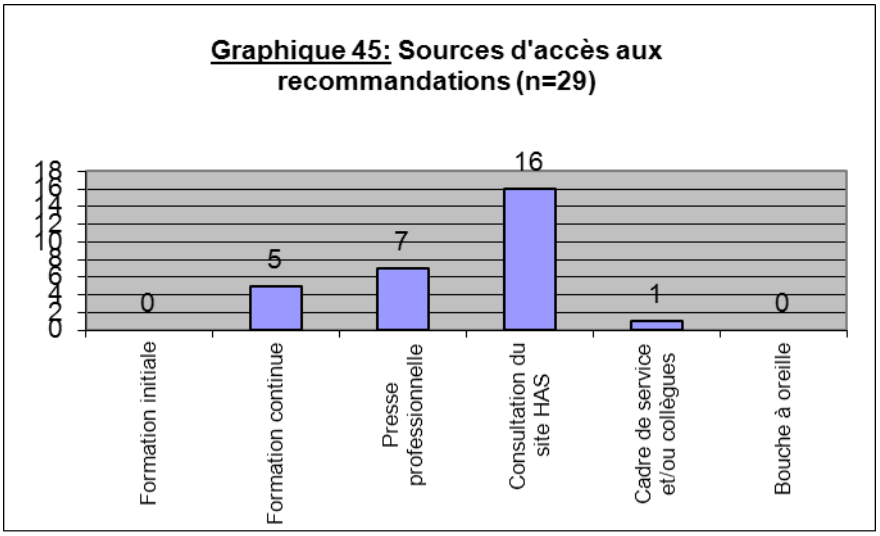
→ Pour débuter cette série de questions, nous avons demandé aux sages-femmes si elles connaissaient les recommandations de la HAS relative à la PNP (14).

Les résultats sont présentés dans le graphique n°44:



Ce graphique, nous montre que 59% (29) des sages-femmes interrogées connaissent les recommandations de la HAS relatives à la PNP, alors que 41% (20) ne les connaissent pas. Une majorité se dégage nettement, ne ce qui concerne les sages-femmes libérales.

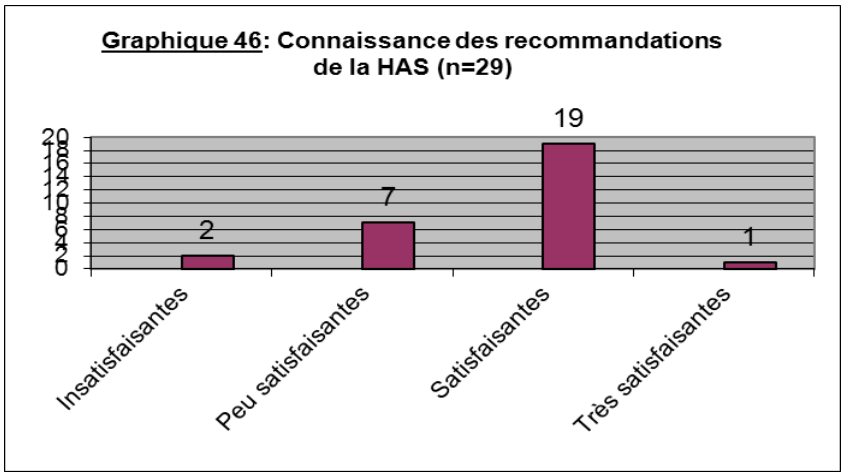
→ Le graphique n°45 présente les résultats à la question, qui porte sur les sources d'accès aux recommandations.



Le premier moyen d'accès aux recommandations est le site de la HAS (55% (16) des sages-femmes), le second étant les revues professionnelles (24%=7). La formation continue est mentionnée tout de suite après.

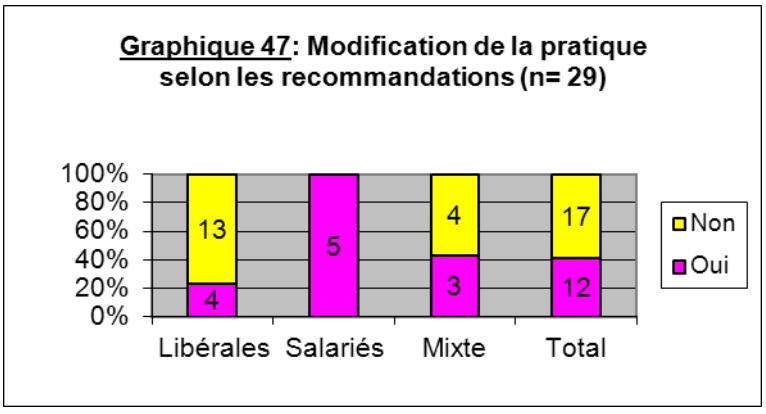
→ Par la suite, nous avons demandé aux sages-femmes d'évaluer leurs connaissances du contenu des recommandations.

Les résultats sont exposés dans le graphique n°46:



65,5% (19) des sages-femmes connaissant les recommandations de la HAS, considèrent que leurs connaissances sont satisfaisantes et 24,3% (7) d'entre elles considèrent leurs connaissances comme peu satisfaisantes.

→ Le graphique n°47 présente les résultats à la question: " Avez-vous apporté des modifications à votre pratique de PNP à partir de la publication des recommandations de la HAS?"

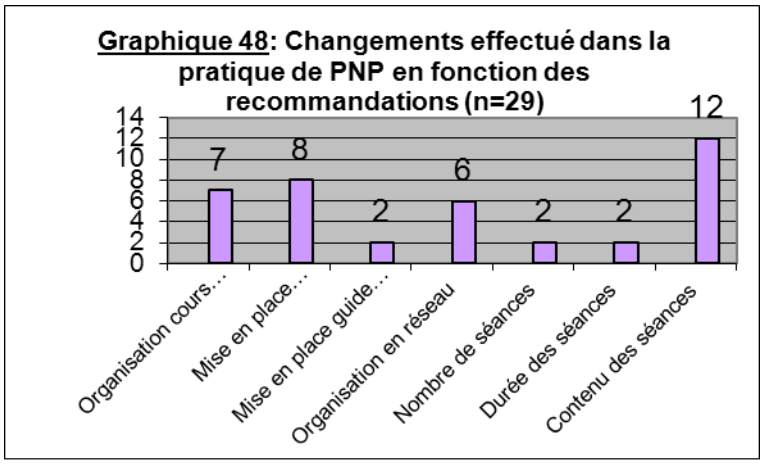


58,6% (17) des sages-femmes n'ont pas modifié leurs pratiques de PNP, en fonction des recommandations de la HAS, alors que 41,4% (12) l'ont fait.

On peut remarquer également que la totalité des sages-femmes salariées ont modifié leurs pratiques en fonction de la HAS, alors que 76,4% (13) des sages-femmes libérales n'ont pas fait de changement dans leur parcours de PNP.

→ Afin de préciser la question précédente, nous avons interrogé les sages-femmes sur la nature des modifications qu'elles avaient effectuées.

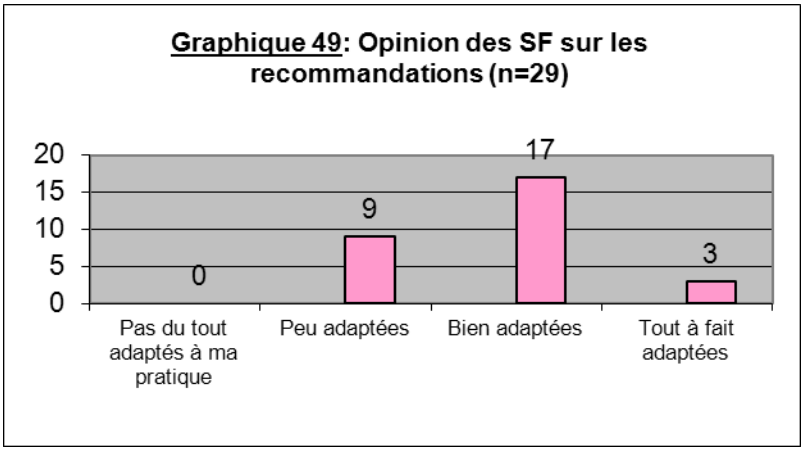
Les résultats sont présentés dans le graphique n°48 (plusieurs réponses étaient possibles):



Les principales modifications ont été effectuées sur le contenu des séances de PNP (la totalité des sages-femmes ayant fait des modifications: 12), puis dans la mise en place du parcours de PNP (8). Viennent ensuite l'organisation des séances de PNP (7), l'organisation en réseau (6) et 2 des sages-femmes qui ont effectué des modifications, l'ont fait pour le nombre, la durée des séances et la mise en place d'un guide d'entretien.

→ La dernière question de ce questionnaire porte sur l'opinion que les sages-femmes ont des recommandations de la HAS relatives à la PNP.

Les résultats sont présentés dans le graphique n°49:



Ce graphique nous permet de constater que 58,6% (17) des sages-femmes connaissant les recommandations, les trouvent bien adaptées aux besoins des femmes, 31% (9) les trouvent peu adaptées et 3 les trouvent tout à fait adaptées.

Nous allons dans la dernière partie de ce mémoire répondre aux hypothèses que nous avons formulées précédemment, ce grâce à nos résultats.

Partie III : Discussion

La dernière partie de ce mémoire s'articule en trois chapitres.
Dans le premier, nous tenterons des répondre aux hypothèses, que nous avons formulées précédemment, ce qui constituera l'état des lieux de la PNP en 2010.

Dans la seconde partie, nous proposerons des solutions, afin d'améliorer la pratique des sages-femmes et leur connaissance des recommandations de la HAS.

La dernière partie sera consacrée au rôle de la sage-femme en matière de PNP.

III1. Analyse des principaux résultats et réponses aux hypothèses:

III.1.1: Hypothèse n°1: 65% sages-femmes chargées des séances de préparation à la naissance connaissent les recommandations de novembre 2005.

Grâce aux résultats de notre enquête, nous constatons que seulement 59% de notre population, soit 29 sages-femmes, connaît les recommandations de la HAS, parmi elles 19 considèrent les connaître de façon satisfaisante.
Ainsi, nos résultats nous montrent une tendance moins encourageante que celle retrouvée de Claire Pasquié (34). Les sages-femmes parisiennes semblent moins bien connaître les recommandations de la HAS que celles interrogées en 2008.

En outre, il intéressant de souligner que la principale source d'accès aux recommandations est le site internet de la HAS. En effet, 16 sages-femmes ont pris connaissance des recommandations en consultant le site internet de la HAS. Ce qui souligne le manque de diffusion des recommandations dans la littérature professionnelle et qui peut expliquer la méconnaissance de ces recommandations par les sages-femmes. Aucune des trois sages-femmes de notre population ayant eu leur diplôme après 2006, n'a eu connaissance de ces recommandations lors de sa formation initiale, alors que la préparation à la naissance et à la parentalité fait partie du programme des études datant de 2001.

En conclusion, notre étude nous permet de constater que moins de 65% des sages-femmes connaissent les recommandations de la HAS, concernant la préparation à la naissance en raison semble-t-il, d'un manque de diffusion de celle-ci.

Notre première hypothèse est donc invalidée.

III.1.2: Hypothèse n°2: Les sages-femmes ont adapté systématiquement l'organisation (nombre de séances, durée et nombre de femmes par séance) et le contenu (thèmes abordés) de leurs séances de PNP à la suite de la publication des recommandations de la HAS.

Dans notre étude, 58,6% (17) de la population connaissant les recommandations de la HAS, n'ont pas modifié les séances de PNP en fonction des recommandations. Dans l'étude de Claire Pasquié, 6/13 n'ont pas changé leur pratique. Ces résultats sont donc superposable et cela nous amènent donc à conclure, que même lorsque les sages-femmes connaissent les recommandations de la HAS, moins de 50% d'entre elles modifient leur pratique.

Notre seconde hypothèse est invalidée.

De plus, il est intéressant de remarquer que les principales modifications portent sur le contenu des séances de PNP et la mise en place de l'entretien précoce prénatal. En particulier, 57% (28) de notre population réalisent un entretien prénatal précoce, dont 17 sont des sages-femmes libérales, nous y reviendrons par la suite. Ceci est de nouveau à corréler à notre recherche bibliographique, qui a mis en évidence que les revues professionnelles avaient majoritairement mis en avant l'entretien prénatal précoce, comparativement au reste des recommandations.

III.1.3: Hypothèse n°3: Le contenu du parcours de PNP proposé par les sages-femmes correspond aux recommandations de 2005.

Pour répondre à cette hypothèse, nous allons reprendre les principaux résultats concernant l'entretien prénatal précoce, les séances de PNP et les séances post-natales.

L'entretien prénatal précoce:

Les recommandations de la HAS préconisent que cet entretien se fasse lors d'un rendez-vous qui lui est dédié. Dans notre étude 75% (21) des sages-femmes respectent cette recommandation, il s'agit exclusivement de sages-femmes libérales ou ayant une activité mixte. Selon les recommandations, cet entretien doit être proposé lors du premier trimestre de la grossesse. Or dans notre étude, 75% (21) des sages-femmes réalisant un entretien prénatal précoce, le proposent au-delà de 22SA.

Concernant les thèmes abordés lors de cet entretien, nous en avons sélectionné quelques-uns, parmi ceux proposés par la HAS, de façon à être représentatif des périodes: pré, per et post-natales. Les principaux thèmes abordés sont ceux relatifs aux séances de PNP (26/28), à la grossesse et à son vécu (24/28). Les moins développés sont ceux concernant l'accueil du nouveau-né (17/28), le retour à domicile (15/28) et les premières semaines de vie de l'enfant (12/28). Ceci peut s'expliquer par l'histoire même de la préparation à la naissance, qui était dans ses premiers temps, consacrée à la préparation à l'accouchement et la prise en charge de la douleur. La parentalité est apparue récemment dans la préparation à la naissance, les sages-femmes manquent très probablement de formation en la matière.

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce, nous pouvons conclure que les sages-femmes interrogées respectent peu les recommandations de la HAS. En effet, seules les sages-femmes libérales consacrent un rendez-vous exclusivement à cet entretien, en revanche, il est souvent proposé lors du deuxième trimestre de la grossesse.

Ainsi, pour l'entretien prénatal précoce, la mise en application correspond partiellement aux recommandations de la HAS, alors qu'il s'agit de l'information la plus diffusée par les revues professionnelles.

Concernant l'entretien prénatal précoce, la troisième hypothèse est partiellement validée, car les sages-femmes proposent en majorité cet entretien, mais ne respectent pas ou peu les modalités de mise en place proposées par la HAS.

Les séances de PNP:

La HAS recommande de planifier les séances de PNP avec les femmes. Selon notre étude, ceci est respecté par 36 des 49 sages-femmes de notre population (en particulier par les sages-femmes libérales:25)).
Concernant le nombre de séances, la HAS préconise d'utiliser les 8 séances remboursées par la sécurité sociale. Dans notre étude 34 sages-femmes proposent entre 6 et 8 et 9 sages-femmes entre 4 et 6. Cependant, nous avons pu remarquer dans les commentaires des questionnaires, que beaucoup de sages-femmes regroupent deux séances de PNP de 45 minutes (critères de la sécurité sociale) en une séance de 1h30, il est donc probable que le nombre de 34 soit sous-estimée.
Pour finir sur ce parcours de PNP, nous avons demandé aux sages-femmes quels thèmes elles abordaient lors des séances de PNP, en reprenant (comme pour l'entretien prénatal précoce) un panel des thèmes proposés par la HAS.

Les thèmes concernant la période prénatale (motifs de consultation aux urgences sont abordés par 43 sages-femmes sur 49; modifications physiques et psychiques pendant la grossesse par 36 d'entre elles) et per-natale (mode d'entrée en travail, techniques de soulagement de la douleur, déroulement du travail par 44 d'entre elles) sont abordés par la majorité des sages-femmes. A contrario, les thèmes concernant le développement de l'enfant (par 14 sages-femmes), son suivi médical (par 21 sages-femmes) ou son alimentation jusqu'à 12 mois (par 12 sages-femmes), sont beaucoup moins abordés que les thèmes concernant les suites de couches maternelles (consultation post-natales et rééducation sont abordées par 37 sages-femmes et les soins post-natals de la mère par 38 d'entre elles).

Pour conclure sur cette partie, l'organisation et le contenu des séances de PNP, proposés par les sages-femmes de notre étude, correspondent aux recommandations de la HAS, à l'exception des thèmes orientés sur le développement de l'enfant, ce que nous expliquons comme pour l'entretien prénatal

précoce, par un manque de formation des sages-femmes. De plus, elles ne considèrent probablement pas, que ces thèmes doivent être abordés lors des séances pré-natales.

Les séances post-natales:

Les recommandations de la HAS préconisent d'organiser des séances de PNP en période post-natale et cela avant l'examen pédiatrique obligatoire du premier mois. Elles laissent à la libre appréciation au praticien, la forme de ces séances (individuelle ou en groupe), mais le conseillent pour toutes les femmes, notamment lors du séjour en maternité.

Ainsi, nous avons demandé aux sages-femmes si elles organisaient des séances post-natales de PNP. Nous avons eu 27 réponses favorables, réparties équitablement entre les différents modes d'exercices. Cependant, ce chiffre est à modérer, car dans les commentaires de nos questionnaires, la majorité des sages-femmes précisent qu'elles considèrent la consultation post-natale, comme une séance de PNP post-natale.

Nous leurs avons également demandé, quelles profils de femmes (selon le contexte, sorties précoces) étaient concernées par ces séances, 29 sages-femmes considèrent que toutes les femmes l'étaient.

Lorsque nous demandons aux sages-femmes, les objectifs de ces séances, nous remarquons comme pour les séances prénatales, que les sujets concernant le développement de l'enfant sont les moins abordés (assurer le développement de l'enfant par 14 sages-femmes), alors que ceux concernant la mère sont évoqués plus facilement (recherche de signe de dépression du post-partum par 36 sages-femmes).

Pour conclure, les séances post-natales sont encore peu mise en place comme le conseille la HAS, même si 44/49 sages-femmes les jugent utiles. Cette mise en place est une idée récente, nous sommes donc amenés à penser que les sages-femmes n'ont soit, pas connaissance de cette recommandation et des outils pour la mettre en place (remboursements de la sécurité sociale), soit elles n'ont pas prise le temps de les introduire dans le parcours de PNP qu'elles proposent.

En conclusion de cette partie, seules les séances de PNP prénatales correspondent quasiment aux recommandations de la HAS, aussi bien dans leur organisation (nombre de séance, durée…) que dans leur contenu.

En revanche, concernant l'entretien prénatal précoce et les séances post-natales, les sages-femmes de notre étude respectent peu les recommandations de la HAS.
Selon nous, les explications sont diverses. Pour l'entretien prénatal précoce, il s'agit d'informations erronées. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, ce concept est évoqué depuis de nombreuses années, sans avoir été défini avant les recommandations. Il est donc probable que les sages-femmes aient eu connaissance de ce concept sans avoir pris connaissance de sa définition exact et donc des modalités de réalisation.

A contrario, les séances post-natales sont un concept récent, très peu diffusé par les revues professionnelles. Il est donc légitime de penser que la mauvaise application est due à un manque d'information.

III.1.4: Hypothèse n°4: L'organisation (nombre de séances, durée et nombre de femmes par séance) et le contenu (thèmes abordés) des séances de PNP différent selon que la sage-femme est libérale ou hospitalière.

Comme nous l'avons spécifié dans la deuxième partie de notre mémoire, les effectifs de sages-femmes libérales et de sages-femmes hospitalières ne soient pas équivalents. Les chiffres que nous obtenons pour ces deux populations ne semblent pas significativement différents. Il nous paraît donc difficile de répondre correctement à cette dernière hypothèse.

Toutefois de grandes tendances se dégagent, qu'il serait intéressant de confirmer grâce à une autre étude, qui aurait de plus grands effectifs, de surcroît comparables entre les deux populations.

La pratique des sages-femmes libérales semble plus proche des recommandations de la HAS que celle des sages-femmes hospitalières, voici quelques exemples qui illustrent cette constatation. L'entretien prénatal précoce est réalisé par 17 des 25 sages-femmes libérales, contre 5 des 13 sages-femmes hospitalières. Sur les 17 sages-femmes libérales réalisant un entretien prénatal, 15 le font lors d'un rendez-vous, qui lui est dédié, alors que toutes les sages-femmes hospitalières incluent l'entretien prénatal dans une consultation médicale. Aucune sage-femme libérale n'accueille plus de 5 femmes par séances, alors que toutes les sages-femmes hospitalières accueillent entre 11 et 20 femmes par séances.
Ceci peut s'expliquer par l'activité globale de chacun des deux groupes. En effet la PNP représente une part plus importe de la pratique quotidienne des sages-femmes libérales (pour 20 d'entre elles la PNP occupe la moitié ou plus de la moitié de leur activité) alors que pour 7 des 13 les sages-femmes hospitalières la PNP représentent une faible part de leur activité et pour les 6 restantes, la moitié de leur activité. Nous pouvons donc penser que les sages-femmes libérales ont d'avantage cherché à se former à la PNP, que les sages-femmes hospitalières.

III.1.5. Autres résultats:

En plus de ceux évoqués dans nos hypothèses, nous avons abordé de nombreux autres items présents dans les recommandations. Nous avons voulu ici reprendre un autre résultat intéressant.

Les recommandations de la HAS préconisent aux sages-femmes de faire une évaluation du parcours de PNP avec les femmes, ainsi qu'une autoévaluation.
Seules 13 sur 49 sages-femmes font systématiquement une évaluation avec le couple. Et seulement 25 sur 49 font une autoévaluation.

Parmi ces 25, 19 le font lors de réunions informelles entre sages-femmes et 14 sans document. Nous pouvons supposer que les sages-femmes manquent de connaissances concernant l'évaluation des pratiques professionnelles et les techniques d'autoévaluation. Cette dernière est une méta-compétence, qui doit être acquise lors de la formation initiale ou continue, afin d'être dans un dynamisme

d'amélioration de sa pratique. Il serait intéressant de développer ce sujet lors d'une autre étude, car il nous semble important de faire évaluer la pratique et de s'autoévaluer dans le but d'améliorer l'offre de soins et de la faire correspondre aux attentes des patientes.

En conclusion de cet état des lieux, il semble que les sages-femmes de notre étude suivent les grandes lignes des recommandations de la HAS, sans forcément en avoir pris connaissance. Il subsiste cependant des lacunes dans l'application des propositions de la HAS, en particulier concernant l'entretien prénatal précoce, les séances post-natales, l'évaluation et l'autoévaluation de leurs pratiques.

Pour confirmer ces tendances, il serait intéressant de mener une étude à plus grande échelle avec des moyens plus importants. Les résultats de l'enquête périnatale 2010, dont la publication est prévue à l'automne 2010, seront un premier pas et permettrons d'avoir un aperçu de la pratique des sages-femmes dans ce domaine. De plus, l'un des thèmes abordés dans ce mémoire et l'évaluation de la pratique des sages-femmes. Nous avons constaté qu'en matière de PNP, elle peut paraître faible. Il serait intéressant d'étendre cette réflexion à d'autres champs de compétence des sages-femmes, afin de savoir où en sont les sages-femmes vis-à-vis de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans le chapitre suivant, nous allons proposer des solutions, afin d'améliorer l'application des recommandations de la HAS relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité.

III2. Discussion sur les recommandations de la HAS relative à la préparation à la naissance et à la parentalité:

Notre étude nous a permis de révéler les axes d'améliorations de la pratique professionnelle des sages-femmes, en ce qui concerne des recommandations de la HAS. Dans ce chapitre, nous allons proposer des solutions afin d'y remédier.

III.2.1: Un manque de connaissance dû à un manque de diffusion:

Ce qui ressort de notre étude est un réel manque de connaissances des recommandations. Car, même si la majorité des sages-femmes interrogées les connait, nous avons pu constater qu'elles les appliquent de manière imparfaite.

Nous proposons quelques solutions, pour mieux faire connaître ces recommandations.

La fiche synthèse des recommandations, qui a pour titre "Objectifs spécifiques et contenus des séances de PNP" (21) devrait être publiée dans les revues professionnelles de sages-femmes, avec des références aux recommandations.

De plus, il serait intéressant que les recommandations soient diffusées dans les sociétés savantes et les associations de sages-femmes, lors de sessions de formation continue des sages-femmes, avec un lien sur leur site internet, amenant aux sites de la HAS. Il serait également intéressant d'inclure les recommandations dans la formation initiale, avec des cours qui leur seraient dédiés.

D'autre part, la HAS pourrait créer un journal, diffusé dans les établissements de santé, auprès des praticiens libéraux et en accès libre sur la page d'accueil du site de la HAS, dont le contenu serait les recommandations récemment éditées par la HAS.

Notre étude met en avant que la principale source d'accès aux recommandations est le site internet de la HAS (16/49). Avec l'arrivée des sages-femmes nouvellement diplômées sensibilisées aux recommandations de la HAS, pendant leurs études et la généralisation de l'outil informatique dans les cabinets libéraux et les hôpitaux, nous pensons que dans les années à venir les sages-femmes auront une meilleure

connaissance de ces recommandations. Il sera intéressant de mener une étude similaire dans cinq ans pour confirmer ou non cette idée.

III.2.2: Des offres de soins à améliorer:

Dans les grandes innovations des recommandations, il y a le détail de la mise en place de l'entretien prénatal précoce qui, avant les recommandations, était préconisé au cours du 4ème mois de grossesse. On le retrouve dans notre enquête, car la majorité des sages-femmes interrogées proposent cet entretien au-delà de 22SA. On peut donc se féliciter de la mise en place massive de cet entretien, mais il y a encore de grands progrès à faire sur les modalités de réalisation. Il serait cohérent que la mise en application de cet entretien entre dans un programme de formation continue, par exemple dans le cadre de formation sur les consultations prénatales ou sur les parcours de PNP. Il en est de même dans le cadre de la formation initiale.

III.2.3: Une offre d'accompagnement à développer:

Pour terminer nos propositions, nous avons tenu à revenir sur l'une des innovations de ces recommandations: les séances post-natales.
Lors de notre formation initiale, nous avons rencontré de nombreuses patientes en service de suites de couches ou lors de visites à domicile dans le post-partum. Nous avons pu identifier les besoins de celles-ci ou du couple. Ces demandes concernaient l'évolution du corps de la femme dans les mois à venir, mais également et majoritairement, l'aide pour les soins de l'enfant et des questions sur son développement qui, nous l'avons constaté précédemment sont les thèmes les moins abordés du parcours de PNP. Nous avons trouvé dans les recommandations de la HAS une réponse à cette demande, dans les séances post-natales. Notre étude à ce propos, nous a confirmé ce que nous avions pu constater lors de nos stages : les séances post-natales ne sont pas exploitées par les sages-femmes. Alors que, comme l'a mis en évidence l'étude de satisfaction publiée par la DREES en 2008 (19), les femmes souhaitent que ces séances soient mises en place. Ce d'autant plus

que l'UNCAM la même année, a mis en place des remboursements pour deux séances post-natales.

Nous pensons que cette absence est due à une certaine ignorance des sages-femmes concernant les remboursements.
Ces séances post-natales sont, à notre avis, la principale formation à la parentalité que peut proposer un parcours de PNP. En effet, il permet aux parents de mettre directement en application les connaissances qu'ils ont pu acquérir. Il permet de les accompagner dans leur nouveau rôle de parent.
Ces séances sont également favorables à la poursuite de l'allaitement, grâce à un encadrement privilégié du couple mère-enfant. Elles sont également, l'occasion de dépister la dépression du post-partum chez la mère (ou chez le père).

Pour conclure, afin d'améliorer la diffusion de ces recommandations, il serait intéressant que la HAS par exemple, ou les organismes de formation continue rédigent une plaquette résumant les recommandations de la HAS, qui serait diffusée à l'ensemble des sages-femmes (par l'intermédiaire du conseil de l'ordre par exemple), ainsi qu'aux étudiants sages-femmes lors de leurs études.

III3. Le rôle de la Sage-Femme

Comme nous l'avons exposé dans la première partie de ce mémoire, la sage-femme a acquis au fil du temps une place privilégiée dans l'offre de PNP faite aux femmes (couples). Elles sont les professionnelles de première ligne en ce qui concerne l'accompagnement des femmes, ce qui est leur rôle ancestral.
En outre, la PNP constitue une part importante de la pratique des sages-femmes libérales (pour 14 d'entre elles, la PNP représente la moitié de leur activité et pour 6 plus de la moitié de leur activité), elle est l'une de leur principale source de revenu.

Le monde de la santé est en perpétuelle évolution et la sage-femme se doit de suivre ce mouvement. Ainsi, il est important qu'en matière de préparation à la naissance et

à la parentalité, créneau quasiment dévolu aux sages-femmes, celles-ci sachent utiliser les outils qui leur sont proposés pour améliorer leur pratique. Les recommandations de la HAS relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité (14) sont l'un d'entre eux.

Cependant, comme nous l'avons constaté dans notre étude, les sages-femmes semblent se l'être peu approprié. Nous pouvons supposer que les sages-femmes nouvellement diplômées et celles qui le seront dans les années à venir seront plus au fait de ces recommandations, ceci grâce à une amélioration de la formation initiale, notamment dans le recherche de références scientifiques.

Conclusion

Les recommandations de la HAS, relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité, fruit du plan de périnatalité 2005-2007, est un outil primordial pour l'amélioration de la pratique des sages-femmes.

Ainsi, cinq ans après leur publication, notre enquête, auprès de 49 sages-femmes parisiennes, permet de dresser un état des lieux de la pratique professionnelle dans ce domaine.

A l'issue de notre travail de recherche, les tendances suivantes se dégagent. Les sages-femmes respectent les grands axes des recommandations de la HAS à savoir: l'entretien prénatal précoce, qui est réalisé par 57% de notre population et l'organisation des 8 séances de PNP par patiente (67%) par exemple.

Cependant, lorsque nous les interrogeons sur des points précis des recommandations tels que les thèmes abordés lors de l'entretien et des séances, la mise en place de séances post-natales, les sages-femmes de notre population ont une pratique qui s'éloigne des recommandations. En particulier, le terme de réalisation de l'entretien prénatal précoce réalisé au début du deuxième trimestre (75%). De même, les thèmes les plus abordés lors de l'entretien et des séances pré et post-natales sont ceux concernant principalement la mère: 85% des sages-femmes évoquent le déroulement de la grossesse et 89% le déroulement du travail, les thèmes dédiés à l'enfant et son évolution ont tendance à être moins facilement développés: par 24% des sages-femmes pour l'alimentation de l'enfant jusqu'à 12 mois et par 34% pour les conditions d'accueil et de vie du nouveau-né.

Nos recherches bibliographiques nous amènent à penser que la différence essentielle entre la pratique de notre population et les recommandations est due à un manque de diffusion de ces dernières dans les revues professionnelles, lors de la formation continue et de la formation initiale des sages-femmes. Nous proposons d'améliorer cette diffusion avec la publication de la fiche de synthèse des recommandations (21) dans les revues professionnelles, l'organisation de formations continues axées autour de ces recommandations et l'inclusion dans la formation initiale d'enseignement dédiée à celles-ci. De plus, l'évolution que devra connaître, selon nous, la PNP dans les années à venir, passera par la mise en place de séances post-natales, dont tous les outils sont disponibles, mais qui restent très peu utilisées.

Pour qu'une profession évolue, elle doit savoir utiliser les outils mis à sa disposition. Les recommandations de la HAS sont l'un d'entre eux. En matière de PNP, les recommandations de 2005 sont une référence pour les sages-femmes. Cinq ans après leur publication, elles semblent encore peu connues des sages-femmes et leur application n'est pas généralisée. Cependant, nous avons bon espoirs que l'accès aux recommandations s'améliore et ce grâce à l'informatisation des cabinets libéraux et des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, Novembre 2005, "Recommandations professionnelles: préparation à la naissance et à la parentalité". [en ligne] www.has-sante.fr (consulté le 15 mai 2009)
2. M. Caron-Leuilliez, J. Georges, 2004, "*L'accouchement sans douleurs: histoire d'une révolution oubliée*" ed, PARIS. Les éditions de l'Atelier, Patrimoine, 233p.
3. Bréart, 2004, "Plan de périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité*",* Ministère de la santé et des sports [en ligne] www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf (page consulté le 05 octobre 2009).
4. Aurélie Bazin, 2006, mémoire d'études de sages-femmes, école de sages-femmes de Marseille, 58 p.
5. Caisse d'Assurance Maladie, 2002, "Avenant à la convention nationale des sages-femmes*."* [en ligne] www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/outils-conventionnels/votre-accord-de-bon-usage-des-soins.php (page consultée le 05 octobre 2009).
6. F. Molénat, 2004, " Périnatalité et prévention en santé mentale Collaboration médico-psychologique en périnatalité " DHOS [en ligne] www.afree.asso.fr/Rapport final 230204 FM.pdf (page consultée le 05 octobre 2009).
7. B.BLONDEL, K. SUPERNANT, C. du MAZAUBRUN, G. BREART "Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998" Inserm U-149. [en ligne] (consulté le 18 Novembre 2009)
8. www.refdoc.fr[en ligne] (consulté le18 Novembre 2009)
9. www.hosmat.eu[en ligne] (consulté le 18 Novembre 2009)
10. G. BREART, F. PUECH, J.C ROZE " Mission de périnatalité: conclusion" Ministère de la santé [en ligne] *www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/**enquete**.pdf* (consulté le 4 Juin 2009)
11. www.perinat-france.org[en ligne] (consulté le 16 Septembre 2009)
12. C. Martin, Avril 2003, "La parentalité en question, perspectives sociologiques", Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille. [en ligne] *www.ladocumentationfrancaise.fr* (consulté le 24 Novembre 2009)

13. www.larousse.fr [en ligne] (consulté le 24 Novembre 2009)
14. http://fr.wikipedia.org/wiki/Parentalit%C3%A9 [en ligne] (consulté le 03 Décembre 2009)
15. DHOS/DGS, 4 juillet 2005 " Circulaire relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité." [en ligne] *www.sante.gouv.fr* (consulté le 18 Novembre 2009)
16. Zeynep Or, Laure Com-Ruelle, Décembre 2008, "La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?"**,** IRDES. [en ligne] www.irdes.fr (consulté le 4 Novembre 2009)
17. OMS, 2002, *"*Essentiel antenatal, perinatal and postnatal care", Regional Office for Europe [en ligne] *www.ncbi.nlm.nih.gov* (consulté le 18 octobre 2009)
18. Haute Autorité de Santé, Novembre 2005, "Recommandations pour la pratique clinique: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), Argumentaire*."* [en ligne] www.has-sante.fr (consulté le 15 Mai 2009)
19. Y. Knibiehler "Accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieux du XXème siècle"Rennes, ed ENSP
20. www.irdes.fr[en ligne] (consulté le 05 Juin 2010)
21. HAS novembre 2005, "Objectifs spécifiques et contenus des séances de PNP". [en ligne] www.has-sante.fr (consulté le 15 Mai 2009)
22. www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire[en ligne] (consulté le 18 Novembre 2009)
23. www.sante.gouv.fr[en ligne] (consulté le 18 Novembre 2009)
24. www.sogc.org/health/pregnancy-beginnings_f.asp[en ligne] (consulté le 18 Novembre 2009)
25. M.Collet, Septembre 2008, "Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement." Etudes et résultats, n°660, 1-6. [en ligne] *www.sante-sports.gouv.fr* (consulté le 03 Mars 2010)
26. Journal officiel de la république française " Décision du 5 février 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie" le 22 avril 2008, texte 22 sur 113. [en ligne] *www.**journal**-**officiel**.gouv.fr* (consulté le 17 Juillet 2010)
27. La revue sage-femme, Février 2009 « Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. A propos de l'expérience du réseau Aurore » C. Dupont et Al. p.11-16.

28. Profession sage-femme "Entretien prénatal précoce, de l'écoute dans le soin" Nour Richard-Gwerroudj n°151 Décembre 2008 p.36-38.
29. Profession sage-femme n°120 "Entretien individuel du 4ème mois en Lorraine: expérience de sage-femme" M.Debarre et M. Poutas (39) mai 2005 p.20.
30. AFREE " Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre". Juillet 2008[en ligne] *www.**afree**.asso.fr* (consulté le 03 Mars 2010)
31. HAS: Décembre 2007, "Evaluation des pratiques professionnelles: Préparation à la naissance et à la parentalité: Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles." [en ligne] www.has-sante.fr (consulté le 15 Mai 2009)
32. HAS Mai 2007, "Guide méthodologique Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles." [en ligne] www.has-sante.fr (consulté le 15 Mai 2009)
33. Claire Paquié, 2009, "La préparation à la naissance et à la parentalité: les recommandations et son évaluation."Poissy, 65 p.
34. www.pagesjaunes.fr[en ligne] (consulté le 18 Aôut 2009)
35. www.ordre-sages-femmes.fr[en ligne] (consulté le 18 Août 2009)
36. www.hypnose-therapeutique.com [en ligne] (consulté le 04 Avril 2009)

ANNEXES

Annexe n°1: Définitions:

1. L'état Hypnotique est un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. Il s'agirait d'un état physiologique bien particulier du cerveau (25).

Annexe n°2: Objectifs des séances de PNP (21)

Objectifs spécifiques et contenus des séances de PNP

1. *Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé*

- Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage.
- vécu de la grossesse, de la transformation du corps, conséquences de la grossesse sur le couple, la vie familiale, sociale, professionnelle, l'environnement affectif, attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, importance d'un soutien social après la naissance (soutien affectif, partage d'informations, ressources matérielles, services)
- expérience et connaissance acquises pour les soins du bébé, sa sécurité, ses comportements habituels (sommeil, pleurs), son alimentation.

2. Comprendre, s'expliquer

- Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des suites de l'accouchement
- S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse

La grossesse

- changements physiques et affectifs, modifications psychologiques durant la grossesse et adaptation à ces changements
- symptômes mineurs durant la grossesse
- nutrition durant la grossesse et après l'accouchement
- sexualité durant la grossesse
- Renforcement des messages délivrés en consultation de suivi de la grossesse sur les méfaits et conséquence de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues

L'accouchement et la naissance déroulement du travail et de la naissance

- soulagement de la douleur durant le travail
- aborder la question de la présence de l'entourage pendant le travail
- pratiques habituelles durant le travail
- autres modes d'interventions au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne)
- Visite de la salle de naissance souhaitable

En salle de naissance

- contact "peau-à-peau" avec le nouveau-né, mise au sein et allaitement maternel si souhaité
- explication des soins à la naissance : surveillance attentive et évaluation clinique du nouveau-né
- Comprendre les risques liés au mode de vie
- Consommation de drogues, tabac, alcool
- Automédication
- Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant

Le développement de l'enfant et ses acquisitions :

♉ Développement psycho-moteur :

- suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents
- appréciation des différentes acquisitions lors des examens successifs dont bénéficiera l'enfant, notamment lors des consultations « charnières » du carnet de santé (4 mois, 9 mois, 24 mois).

♉ Au niveau sensoriel *:*

- l'orientation visuelle vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit une cible sur 90°.
- les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort : il sursaute ou grimace, modifie son état de vigilance.
- en cas de doute, un examen ophtalmologique ou un dépistage auditif peuvent être réalisés dès les premiers jours de vie.

Le développement psycho-moteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.

♉ S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant
♉ Association de la vie de couple à la fonction de parent
♉ attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille
♉ présence ou non de supports familiaux au moment de la naissance et à distance de la naissance
♉ modes d'accueil de l'enfant après le congé maternité, vie professionnelle

3. Repérer, analyser

♉ Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance
♉ changements normaux durant la grossesse et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence
♉ signes précurseurs du début du travail, conseils pour gérer les contractions et venir au bon moment à la maternité
♉ Analyser une situation à risque
♉ Signes d'alerte précoce pour la mère après la naissance : fièvre, saignements, difficultés d'allaitement
♉ Signes d'alerte précoce pour le bébé : troubles fonctionnels du nourrisson (tristesse, changement de comportement, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance)

5. Faire face, décider

♉ Décider d'être accompagnée durant l'accouchement
♉ Place du père ou d'une autre personne lors de l'accouchement
♉ Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer
♉ Pour la mère : périnée, cicatrice de césarienne, seins
♉ Pour l'enfant : bain, soins du cordon, précautions d'hygiène générale,
♉ Décider du mode d'alimentation du bébé
♉ Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant
♉ Contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité

Alimentation du nourrisson à la naissance :

♉ Avantages de l'allaitement maternel, allaitement à la demande, cohabitation mère-enfant à la maternité, etc.

Alimentation du nourrisson jusqu'à 4 à 6 mois :

♉ Avantages de l'allaitement maternel (nutritionnels, immunologiques et relationnels).
♉ Les préparations pour nourrissons (ex, laits 1er âge) répondent aux besoins nutritionnels de l'enfant pendant cette période.

Alimentation de transition et de diversification de 4-6 mois à 9-12 mois

♉ Le lait est soit le lait maternel, soit une préparation de suite (ex, laits 2ème âge).
♉ La diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers six mois.

Alimentation après 9 -12 mois

♉ L'alimentation est quasiment de type adulte avec apport de lait de croissance de façon prolongée.
Les suppléments indispensables
♉ vitamine D et fluor, tous les jours
♉ vitamine K, toutes les semaines pendant l'allaitement maternel exclusif

La prévention de l'allergie alimentaire s'adresse aux nouveaux-nés issus de famille « allergique » (père, mère ou fratrie avec manifestations allergiques). L'explosion de l'allergie alimentaire avec ses conséquences (eczéma, douleurs abdominales, asthme, urticaire, choc) en fait un problème de santé publique.
♉ Débuter précocement les mesures suivantes :
♉ allaitement maternel exclusif ou lait hypo-allergénique jusqu'à six mois,
♉ retard de la diversification alimentaire au-delà de six mois : fruits et légumes à six mois (en évitant les fruits exotiques), oeuf et poissons à partir de douze mois, arachide et fruits à coque vers cinq-six ans.

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique. Sa prévention doit être précoce par la promotion d'une alimentation équilibrée riche en fruits et légumes, la proscription des boissons sucrées et du grignotage entre les repas, l'encouragement à l'exercice physique dès l'âge de la marche
♉ Comprendre les comportements habituels de l'enfant
♉ Faire face aux pleurs de l'enfant
Protéger le sommeil de l'enfant dès la naissance est essentiel pour préserver sa santé :
♉ environnement calme
♉ respect de son rythme de sommeil
♉ Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers trois mois, 10 heures vers six mois.
♉ Avertir les parents *du danger de secouer un enfant* parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énervement (risque de séquelles neurologiques redoutables) Manières de faire face à une agitation de l'enfant :
- mettre l'enfant en sécurité dans son lit
- se faire aider
- en parler, demander conseil
♉ La survenue de *cris excessifs* –« coliques du nourrisson »
- est fréquente (notamment en fin d'après-midi et le soir):
♉ Ils sont calmés par l'alimentation et sont isolés (absence de troubles digestifs objectifs et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers trois mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique et rassurera les parents.
♉ Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance
♉ Décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences
♉ Fatigue après la naissance et dans les premiers mois de vie de l'enfant : se reposer ou dormir entre les tétées ou les biberons.
♉ Difficultés d'allaitement (douleur, lésions des mamelons, engorgement, mastite, insuffisance de lait lors de la reprise des activités) : position correcte du nourrisson lors des tétées, augmentation transitoire de la fréquence et la durée des tétées et recherche de soutien auprès de professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés (Anaes allaitement maternel 2002).

L'enfant malade

♉ Pendant les premières semaines de vie, prévenir les parents que la persistance d'un symptôme anormal (modification du comportement, arrêt de la prise alimentaire, respiration rapide, changement de coloration, fièvre au-delà de 38°C) impose une consultation médicale rapide.
♉ Conduite à tenir en cas de fièvre : lutter contre l'inconfort de l'enfant et prévenir la déshydratation : découvrir l'enfant et lui donner à boire fréquemment)

♉ Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés
♉ Connaissance des modalités de recours de proximité en cas de complication ou de perception d'une situation d'urgence (sage-femme, médecin généraliste)
♉ Mise en contact avec des associations, un service d'écoute téléphonique, les services de la PMI, etc.

6. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation

♉ Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant

Activité physique, gestion du stress
Aménagement du temps de travail et du temps de transport
Conseils pour le choix du matériel de puériculture
Conseils pour la qualité de l'environnement à domicile : température ambiante, tabagisme de l'entourage y compris passif, plomb.

♉ Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions.

Modalités de sortie précoce de la maternité
Organisation des conditions domestiques de retour à domicile (aide de la famille proche, congé du père, travailleuse familiale, etc.)

♉ Résoudre des difficultés d'allaitement Position pour une succion efficace

Reconnaissance d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée
Vérification à la maternité ou à domicile de la prise correcte du sein et de l'efficacité de la succion.
Recours à des associations de soutien, à la PMI
Conseils de prévention de l'engorgement (tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée)

♉ Comprendre la prévention des risques pour l'enfant

La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite :

♉ choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit
♉ éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les sur-pyjamas ou les turbulettes
♉ préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des six premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée.
♉ limiter la température de la pièce à 19°C
♉ éviter le tabagisme autour de l'enfant.

Les circonstances d'accidents les plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte).

6. Pratiquer, faire

♉ Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins

Exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme
Techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter le travail et la naissance
Positions de protection du dos pendant la grossesse
Positions de protection du dos pour la période postnatale (soulever et porter l'enfant, ramasser les jouets)
De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée, sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, acupuncture, yoga.

♉ Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse

Rééducation postnatale : rééducation du *post-partum* (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.

♉ Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé:

Conseils d'hygiène générale
Bain, change, habillement, soins des yeux, du nez et des oreilles
Conseils pour le choix des produits d'hygiène du nouveau-né

7. Adapter, réajuster

♉ Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né

Mesures simples pour prévenir les infections virales chez le nouveau-né :

♉ lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant,
♉ port de masque lors des repas chez les parents qui toussent,
♉ éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et soeurs,
♉ éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transport en commun, supermarchés).
♉ Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques

Équilibre alimentaire durant la grossesse, après l'accouchement et en cas d'allaitement

♉ S'ajuster aux besoins d'un bébé Comprendre les exigences d'un nourrisson et savoir y répondre

Confiance en sa capacité de donner les soins essentiels au bébé (mère et père)

8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits

♉ Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible

Connaissance de l'offre de soins de proximité

♉ Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé

Le carnet de maternité : remis à chaque femme enceinte contient les informations sur le suivi de la grossesse et des messages d'éducation à la santé et de prévention.

Objectifs de la consultation postnatale pour la mère dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

♉ Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.
♉ Parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.
♉ Rechercher des signes évocateurs d'une dépression du *post-partum*
♉ Faire un examen gynécologique
♉ Aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple
♉ Envisager la rééducation du *post-partum*
♉ Le suivi de l'enfant

Les examens médicaux obligatoires pour l'enfant (9 la première année : un par mois pendant les 6 premiers mois) pour :

♉ la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psycho-moteur et affectif de l'enfant
♉ le dépistage précoce des anomalies ou déficiences
♉ la pratique des vaccinations.
♉ Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents.
♉ Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé.

Le carnet de santé :

- a valeur de carnet de vaccination
- est la propriété des parents (document médical confidentiel).
- La famille est seule à décider de sa présentation au médecin et seul le médecin de la crèche ou de l'école est habilité à en prendre connaissance. Il doit accompagner l'enfant lors de ses déplacements en dehors de son lieu de résidence habituel. Il constitue un outil d'éducation pour la santé par les informations et conseils à destination des parents qu'il contient
- Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement

Orientation vers des contacts possibles avec des professionnels médico-sociaux, des associations d'usagers

Informations utiles sur les ressources de proximité disponibles pour mener à bien le projet de naissance et créer les liens sécurisants en particulier pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité et pour les femmes ayant un handicap ou une maladie invalidante (accompagnement, solutions pour faciliter la vie dans les domaines de mise en difficulté du fait de leur handicap)

- Rechercher de l'information utile Renvoi vers des brochures crédibles qui complètent l'information orale
- Faire valoir des droits (travail, maternité) Informations sur les droits et avantages liés à la maternité

Annexe n°3: Liste des critères d'EPP pour la PNP (31)

1. Entretien individuel ou en couple : première séance de la préparation à la naissance

Objectif 1.

Proposer et réaliser l'entretien individuel ou en couple prévu par la réglementation

- Proposition systématique de l'entretien à toute femme enceinte au moment de la confirmation de la grossesse
- Recherche de l'accord de participation de la femme ou du couple après explication des objectifs de l'entretien
- Réalisation de l'entretien individuel ou en couple durant le 1er trimestre de la grossesse
- Durée minimum de 45 min pour l'entretien individuel ou en couple
- Entretien dédié, individuel ou en couple, distinct d'une consultation médicale de suivi de la grossesse
- Utilisation d'un guide d'entretien comme support à la communication
- Rédaction d'une synthèse de l'entretien
- Transmission, avec l'accord de la femme enceinte, de la synthèse de l'entretien au professionnel qui assure le suivi médical de la grossesse et à celui qui assure les séances de PNP.

Objectif 2. Identifier les besoins d'information et les éventuelles vulnérabilités, définir les besoins éducatifs des femmes enceintes

- Informations données sur la prévention des risques liés au mode de vie
- Informations données sur l'offre de soins de proximité
- Recherche chez la femme enceinte et le couple des éventuelles situations de vulnérabilité
- Définition pour chaque femme des contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales
- Présentation des offres de programmes de PNP au sein des ressources de proximité
- Mise en place si besoin d'une coordination et d'un suivi dès l'entretien individuel ou en couple
- Construction avec la femme enceinte ou le couple des réponses appropriées à leurs besoins d'aide et d'accompagnement

2. Mise en œuvre des séances prénatales

Objectif 3. Proposer des séances de PNP pour préparer la femme ou le couple à la naissance, à l'accueil de l'enfant et soutenir la parentalité

- ♉ Description du programme de PNP dans un document de référence pour la pratique
- ♉ Adaptation des thèmes développés au cours des séances de PNP aux besoins et aux attentes des femmes
- ♉ Réalisation d'une évaluation individuelle ou collective de la PNP au cours de la séance afin de réajuster les contenus si besoin
- ♉ Réalisation d'une évaluation individuelle de la PNP à la fin des séances prénatales avec chaque femme

3. Poursuite des actions de soutien à la parentalité durant le séjour à la maternité

Objectif 4. Proposer à la femme lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant

- ♉ Mise en oeuvre d'un soutien à la parentalité après la naissance de l'enfant
- ♉ Accompagnement de l'autonomie dans les pratiques parentales pour préparer le retour à domicile
- ♉ Réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile
- ♉ Avant la sortie de la maternité, information ou mise en relation avec des dispositifs de soutien et d'aide auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoin

4. Poursuite des séances à domicile en période postnatale

Objectif 5. Poursuivre les séances de PNP en période postnatale en cas de sortie précoce de la maternité ou de difficultés identifiées durant le séjour ou de demande des parents

- ♉ Réalisation de séances complémentaires après la naissance en cas de besoin et en coordination avec les professionnels qui suivent la mère et l'enfant
- ♉ Réalisation d'une évaluation individuelle des séances de soutien et des suivis complémentaires mis en œuvre à domicile

Annexe n°4: Outil d'étude: le questionnaire

Questionnaire relatif au mémoire de fin d'études
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP),
où en sont les pratiques en 2010 ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles pour un certain nombre de questions. Cochez dans ce cas, la ou les cases correspondante(s). L'intitulé de ces questions est suivi d'un astérisque*.

Première partie
Votre identité professionnelle:

Question 1a
Quel est votre mode d'exercice professionnel actuel?

□ Libéral
□ Salarié
□ Mixte (salarié et libéral)

Question 1b:
Depuis quelle année exercez-vous ce **dernier** mode d'activité ?
……...

Question 1c :
Quelle est votre année de naissance ?
……

Question 1d :
Quel est votre département d'exercice professionnel ?

□ 75
□ 77
□ 78
□ 91
□ 92
□ 93
□ 94
□ 95

Si vous êtes sage-femme salariée,
Question 1e :
Quel est votre lieu d'exercice ?

□ Etablissement public de santé
□ Etablissement privé a but non lucratif PSPH
□ Etablissement privé à but non lucratif non PSPH
□ Etablissement privé à but lucratif
□ AP-HP

Si vous êtes une sage-femme libérale
Question 1f:
Exercez-vous en?

□ Cabinet de groupe avec d'autres sages-femmes
□ Cabinet de groupe avec un ou des gynécologues-obstétriciens
□ Seule dans mon cabinet
□ Autre (précisez) : ….

Quel que soit votre mode d'activité:
Question 1g :
Quelle part de votre activité la PNP représente-t-elle approximativement ?

□ Une faible part

□ La moitié
□ une part importante
□ La totalité

Question 1h* :
A partir de quelle(s) ressource(s) avez-vous mis en place votre pratique de PNP ?

□ Des connaissances acquises en formation initiale
□ Des connaissances acquises en formation continue
□ Votre expérience personnelle et/ou professionnelle
□ Autres(préciser) :……...

Deuxième partie:

Votre pratique professionnel en matière de PNP:

Partie 2a
L'ENTRETIEN PRÉCOCE DU PREMIER TRIMESTRE :

Question n°1 :
Réalisez-vous un entretien individuel avant les séances de PNP?

□ Oui
□ Non

Si non passer directement à la **partie 2b**
Si oui poursuivez avec la question n°2

Si oui
Question n°2:
Cet entretien est-il ?

□ Inclus dans la consultation de suivi de la grossesse
□ Réalisé lors d'un moment dédié
□ Autre (précisez) : ……..

Question n°3:
Quelle est la durée de cet entretien?

□ 15 minutes
□ 30 minutes
□ 45 minutes

Question n°4 :
Vers quel terme de la grossesse réalisez-vous en général, cet entretien ?
……

Question n°5 :
Qui conviez-vous à cet entretien ?

□ La femme seule
□ Le couple
□ Autres……..

Question n°6 :
Les patientes et/ou les couples que vous voyez lors de l'entretien sont-ils les mêmes que ceux qui assistent à vos séances de PNP ?

□ Pas du tout
□ En partie
□ En majorité
□ Totalement

Question n°7 :
Inversement les patientes et/ou les couples, qui assistent à vos séances de PNP, sont-ils les mêmes que ceux que vous accueillez en entretien précoce ?

□ Pas du tout
□ En partie
□ En majorité
□ Totalement

Question n°8 :
Quel support utilisez-vous pour mener l'entretien?

□ Je n'en utilise pas
□ J'utilise un écrit peu formalisé
□ J'utilise un questionnaire
□ J'utilise le guide d'entretien proposé par la Haute Autorité de Santé
□ J'utilise un guide d'entretien personnalisé
□ Autres:……

Question n°9 :
Si vous utilisez un support (guide d'entretien, questionnaire, etc.) précisez ses références ou à partir de quelles sources vous l'avez construit ou adapté:
……
……
Question n°10 :
Vous arrive t-il de repérer des situations à risque lors de l'entretien ?

□ Jamais
□ Rarement
□ Souvent
□ Toujours

Si oui, précisez leur(s) nature(s) ?
□ Médicale
□ Sociale
□ Médico-sociale
□ Autres:……

Question n°11 :
Lors de cet entretien, complétez-vous les informations relatives à la prévention des facteurs de risques (ex: toxoplasmose, tabac, alcool…) ?

□ Jamais
□ Rarement

□ Souvent
□ Toujours

Question n°12:
Consacrez-vous une partie de l'entretien à l'élaboration du projet de naissance ?

□ Jamais
□ Rarement
□ Souvent
□ Presque toujours

Question n°13* :
Quels sont les thèmes que vous abordez lors cet entretien ?

□ Le vécu du début de la grossesse
□ Le déroulement de la grossesse
□ La qualité de la relation dans le couple et avec l'entourage
□ Les précautions à prendre pendant la grossesse
□ Les changements à apporter ou non au mode de vie (par exemple : l'alimentation, l'exercice physique, le sommeil, les déplacements)
□ Les séances de préparation à la naissance
□ Les modalités d'accouchement
□ La période du post-partum
□ Les conditions de vie et d'accueil de l'enfant à naître
□ Le retour à la maison
□ Les premières semaines de vie de l'enfant
□ Autres

Question n°14*:

Parmi la liste suivante quelles informations délivrez-vous lors de l'entretien?

Une présentation systématique du programme des séances de PNP que vous proposez vous-même ou au sein de votre équipe:
□ Jamais
□ Rarement
□ Souvent
□ Toujours

Une information sur l'offre de proximité en matière de PNP si vous n'animez pas de séances vous-mêmes ou si vous n'êtes pas disponibles:
□ Jamais
□ Rarement
□ Souvent
□ Toujours

Une présentation du rôle de chaque professionnel entourant la naissance.
□ Jamais
□ Rarement
□ Souvent
□ Toujours

□ Autres……..

Question n°15 :

Rédigez-vous systématiquement une synthèse de l'entretien individuel à l'intention d'autres professionnels à l'issue de cet entretien ?

□ Oui
□ Non

Si oui, à qui ?

□ La sage-femme ou le médecin qui suit la grossesse
□ Médecin traitant
□ Assistante sociale
□ Autre : ……..

Question n°16* :
La conclusion de cet entretien vous permet-il ?

□ D'organiser un parcours de PNP propre au besoin de la patiente et/ou du couple
□ D'orienter la patiente (le couple) vers d'autres professionnels du secteur médico-social
□ D'organiser un suivi médical approprié aux besoins médico-psychologiques de la patiente
□ De reprogrammer un autre entretien
□ Autres (préciser)……

Partie 2b
LES SÉANCES DE PNP :

Question n°1 :
Les séances de préparation à la naissance sont-elles planifiées avec chaque femme, par vous-même ?

□ Jamais
□ Rarement
□ Souvent
□ Toujours

Question n°2 :
Combien de séances de PNP proposez-vous à chaque femme ?
…….....

Pourquoi:
……
……

Ce nombre varie-t-il avec la parité ?

□ Oui
□ Non

Question n°3 :
Combien de temps dure en moyenne chaque séance?

□ Inférieur à 30 minutes
□ Entre 30 et 45 minutes
□ Entre 45 minutes et 1 heure
□ Supérieur à 1 heure

Question n°4 :
Combien de femmes et/ou couples accueillez-vous en moyenne par séance?

□ de 1 à 3
□ ≤ 5
□ Entre 6 et 10
□ Entre 11 et 20
□ > 21

Question n°5* :
Quel(s) thème(s) abordez-vous lors des séances de PNP ?

En ce qui concerne la période prénatale :
□ Les modifications physiques et psychologiques liées à la grossesse
□ Le vécu de la grossesse
□ Les changements de mode de vie liés à la grossesse (alimentation, tabac, alcool, sexualité…)
□ Le suivi de grossesse
□ Les motifs de consultations aux urgences
□ Autres……

En ce qui concerne la période per-natale :
□ Mode d'entrée en travail (spontanée, déclenchement)
□ Les techniques de soulagement de la douleur (péridurale, protoxyde d'azote, bain, ballon)
□ L'accompagnement de l'entourage en salle de naissance
□ Le déroulement du travail
□ L'accouchement physiologique
□ L'accouchement instrumental
□ L'accouchement par césarienne
□ Autres…….

En ce qui concerne la période post-natale :
□ Les soins post-nataux de la mère (périnée, cicatrices, seins)
□ Les soins de l'enfant (bains, soins du cordon, soin des yeux…)
□ Les conditions de retour précoce à domicile
□ Le mode d'allaitement (explication des différents modes d'allaitements)
□ L'alimentation de l'enfant jusqu'à 12 mois (supplémentations en vitamines)
□ Le développement psychomoteur et sensoriel de l'enfant
□ L'organisation au domicile
□ L'accueil de l'enfant dans le couple, la fratrie, la famille
□ La sécurité de l'enfant (prévention de la mort subite du nourrisson)
□ Le suivi médical de l'enfant dans les premiers 6 mois de vie
□ Les contacts des services sociaux de proximité (PMI, assistante sociale)
□ Les contacts des associations d'aides aux jeunes parents
□ La consultation post-natale et la rééducation périnéale et abdominale
□ Autres…….

Question n°6 :
Lors de vos séances de PNP prévoyez-vous un temps de travail corporel?

□ Oui
□ Non

Pourquoi ?
……
……

Si oui avec quelles techniques ?
……
……

Partie 2c
L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHE IMMÉDIATES :

Ce chapitre est destiné aux Sages-femmes hospitalières, ainsi qu'aux Sages-femmes libérales, qui ont accès à un plateau technique et effectuent des accouchements.

Question n°1 :
Encouragez-vous le peau à peau ?

□ Oui
□ Non

Si oui, par quel(s) moyen(s),

□ Discussion en séance de PNP
□ Discussion en consultation prénatale
□ Proposition en salle de naissance
□ Autres

Si non, pourquoi ?
……
……

Question n°2* :
Comment favorisez-vous le contact entre la mère et l'enfant?

□ En augmentant le délai entre la naissance et les premiers gestes de dépistage
□ En ayant une table de recueil dans la salle d'accouchement
□ En proposant de laisser l'enfant avec sa mère en suites de couches 24h sur 24
□ En accompagnant la mise en place de l'allaitement
□ En laissant la mère faire le plus de soins possible à son enfant
□ Autres

Question n°3* :
Quelles informations donnez-vous à la femme (ou au couple) à la sortie de la maternité

Coordonnées de la PMI
□ Systématiquement
□ Lorsque la femme ou le couple me le demande
□ C'est l'équipe de la maternité qui les donne
□ Jamais

Coordonnées d'associations
□ Systématiquement
□ Lorsque la femme ou le couple me le demande
□ C'est l'équipe de la maternité qui les donne
□ Jamais

Les services d'écoute téléphonique, associations d'aides aux parents
□ Systématiquement
□ Lorsque la femme ou le couple me le demande
□ C'est l'équipe de la maternité qui les donne
□ Jamais

Autres (préciser):……
……
……

Partie 2d :
LE POST-PARTUM :

Question n°1 :
Pratiquez-vous des séances post-natales de PNP ?
□ Oui
□ Non

Si **oui**, que proposez-vous ?
.....
.....

Si **non**, pourquoi ?
……
……

Question n°2:
Pensez-vous que des séances post-natales de PNP sont utiles?

□ Oui
□ Non

Quelle que soit votre réponse pourquoi?
……
……

Question n°3 :
A qui proposez-vous ces séances ?

□ A toutes les femmes
□ Aux femmes sorties précocement de suites de couches
□ A certaines femmes en fonction du contexte
□ Autres…….

Question n°4:
A qui pensez-vous qu'elles devraient être proposées en priorité?
……

Question n°5 :
Sous quelle forme proposez-vous le suivi post-natal en terme de PNP ?

□ Séance individuelle
□ Séance collective
□ je n'en propose pas

Préciser le lieu :……..

Question n°6:
Selon vous, sous quelle modalité devrait-elle se dérouler dans l'absolu? (séances collective ou individuelle/professionnel(s) intervenants…)
……
……

Question n7* :
Quels sont les objectifs principaux des séances post-natales ?

□ Favoriser le lien mère-enfant
□ S'assurer le développement psychomoteur de l'enfant
□ Rechercher les signes de dépression du post-partum
□ Accompagner la mise en route et la poursuite de l'allaitement maternel
□ Identifier des besoins d'aide domestique, sociale
□ Dépister les situations à risque de maltraitance
□ Autres…….

Troisième partie :
Evaluation de la pratique de PNP.

Question 3a :
Réalisez-vous une évaluation du parcours de PNP avec chaque femme et/ou couple ?

□ Oui systématiquement
□ Oui parfois quand le couple me le demande
□ Non, car je ne n'en vois pas l'intérêt
□ Non, je n'en ai pas le temps

Question 3b :
Effectuez-vous une autoévaluation de votre pratique de PNP ?

□ Oui
□ Non

Si oui,
Question 3c* :
Quel(s) outil(s) utilisez-vous ?

□ Les critères d'évaluation des pratiques professionnelles en matière de PNP édités par la HAS en 2007
□ Des critères d'évaluation élaborés par vous-même

□ Des critères d'évaluations personnels inspirés des critères édités par l'HAS.
□ Une auto-évaluation sans document en particulier
□ Des réunions de discussion avec d'autres sages-femmes
□ Autres……

Quatrième Partie :
Les recommandations de la HAS de 2005 relatives à la PNP :

Question 4a:
Avez-vous eu connaissance de ces recommandations ?

□ Oui
□ Non

Si **non** passer directement à la fin du questionnaire.

Question 4b* :
De quelle(s) façon(s) avez-vous eu connaissance de ces recommandations ?

□ Formation initiale
□ Formation continue (dont congrès ou journées professionnelles)
□ Presse professionnelle
□ Consultation du site de la HAS
□ Cadre de service et/ou collègue(s)
□ « Bouche à oreille »
□ Autres……

Question 4c :
Selon vous, vos connaissances des recommandations publiées par la HAS en 2005, en matière de PNP sont-elles?

□ Insatisfaisantes
□ Peu satisfaisantes
□ Satisfaisantes
□ Très satisfaisantes

Question 4d:
Avez-vous apporté des modifications à votre pratique de PNP à partir de la publication des recommandations de la HAS?

□ oui
□ non

Question 4e*:
Si oui, quelles modifications avez-vous effectuées au sein de votre pratique de la PNP ?

□ Organisation du parcours de PNP (séances prénatales, pendant séjour en maternité, séances natales)
□ Mise en place de l'entretien précoce du premier trimestre
□ Mise en place d'un guide d'entretien

□ Organisation en réseau avec d'autres professionnels médico-sociaux (médecin, assistante sociale, psychologue, organismes sociaux, associations, réseau de périnatalité…)
□ Nombre de séances (augmentation ou diminution)
□ Durée des séances (allongée ou raccourcie)
□ Contenu des séances (les thèmes abordés lors des séances)
□ Autres :……..

Question 4e:
Globalement, comment trouvez-vous les recommandations de la HAS comparativement aux besoins des femmes que vous rencontrez en séances de PNP?

□ Pas du tout adaptées à ma pratique
□ Peu adaptées
□ Bien adaptées
□ Tout à fait adaptées

Pourquoi?
……..……
……

A l'issue de ce questionnaire avez-vous des remarques à faire ou d'éventuelles suggestions :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
Je vous remercie vivement de votre participation à cette étude.

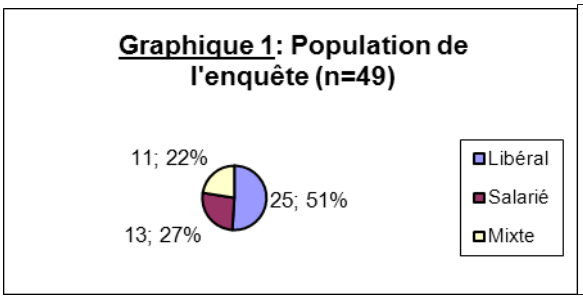
Si vous souhaitez en obtenir les résultats, vous pouvez remplir le coupon ci-dessous, de préférence sous pli séparé. Je vous les adresserai dès la soutenance du mémoire passée.

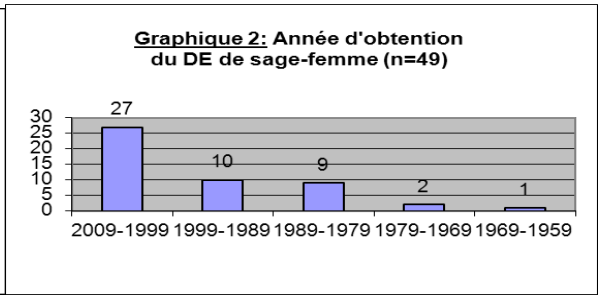
Nom……..
Prénom……
Adresse professionnelle et/ou privée:
……
……
……
Adresse e-mail : ……..

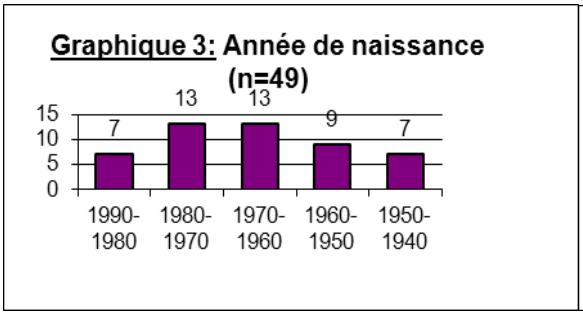
Annexe n°4: Ensemble des résultats de l'enquête

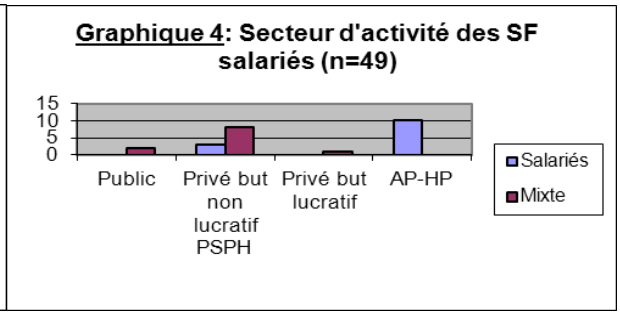
Les résultats sont présentés dans l'ordre des questions du questionnaire.

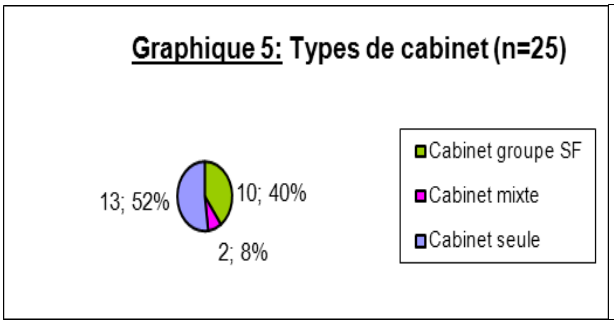
Partie 1: la population étudiée

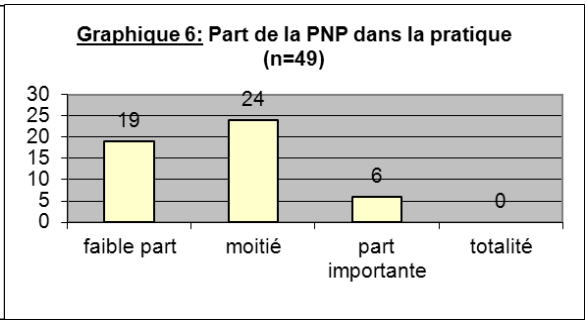


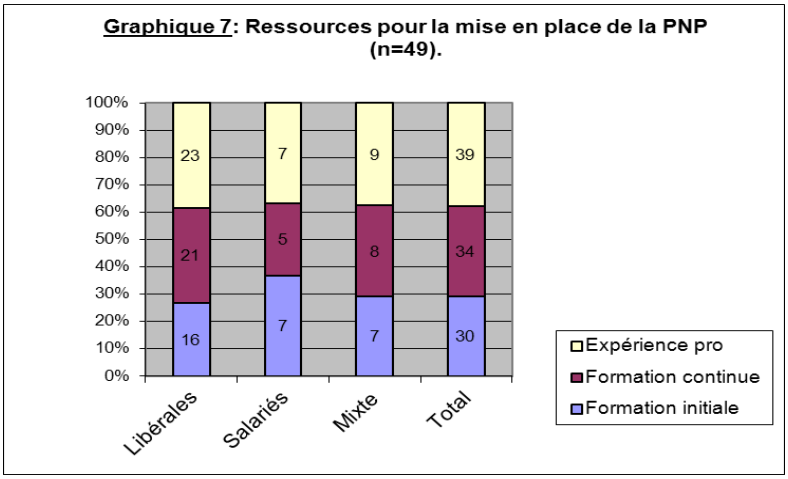






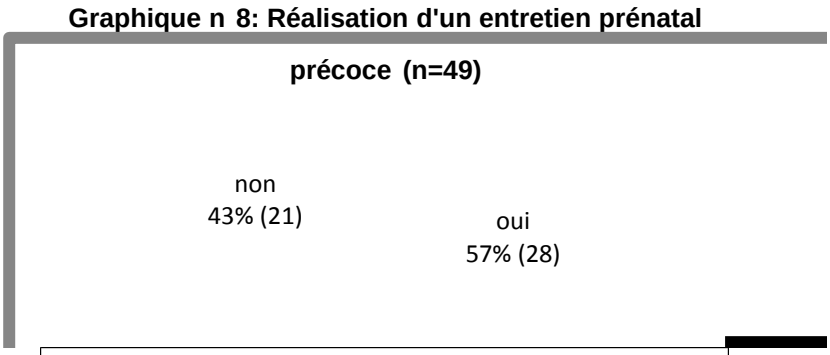


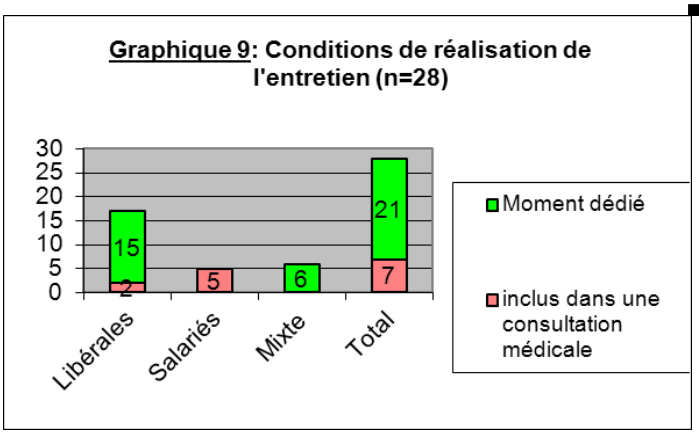


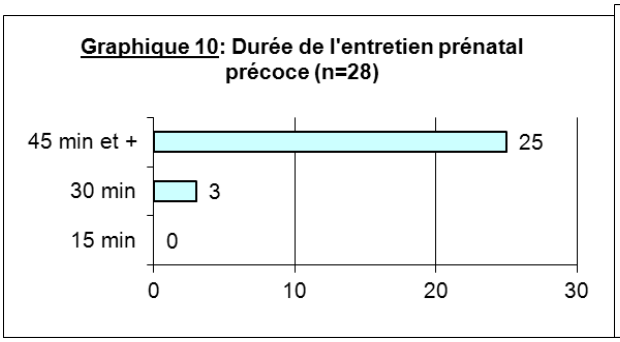


Partie 2: La pratique de PNP

Partie 2.a: l'entretien précoce du premier trimestre







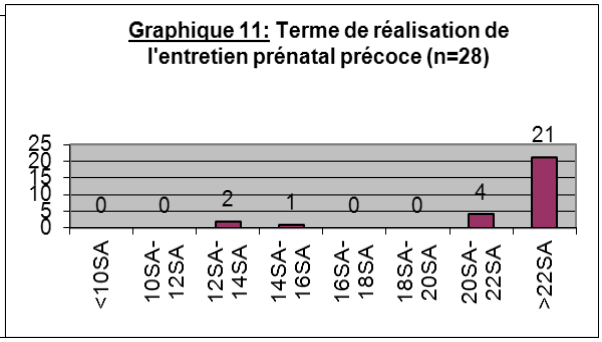
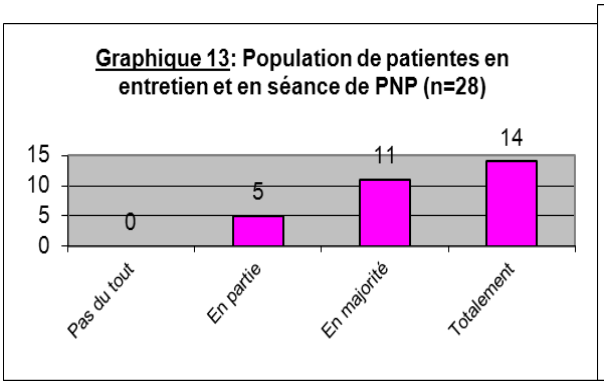
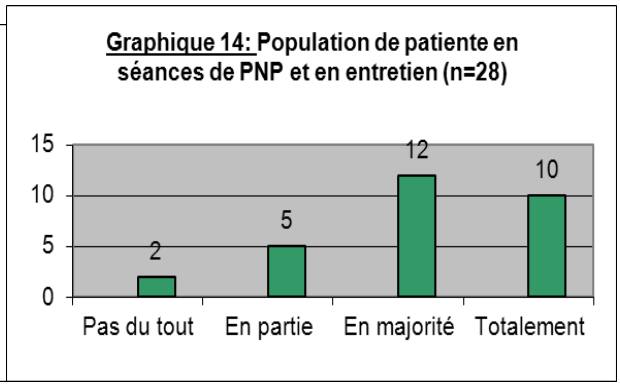
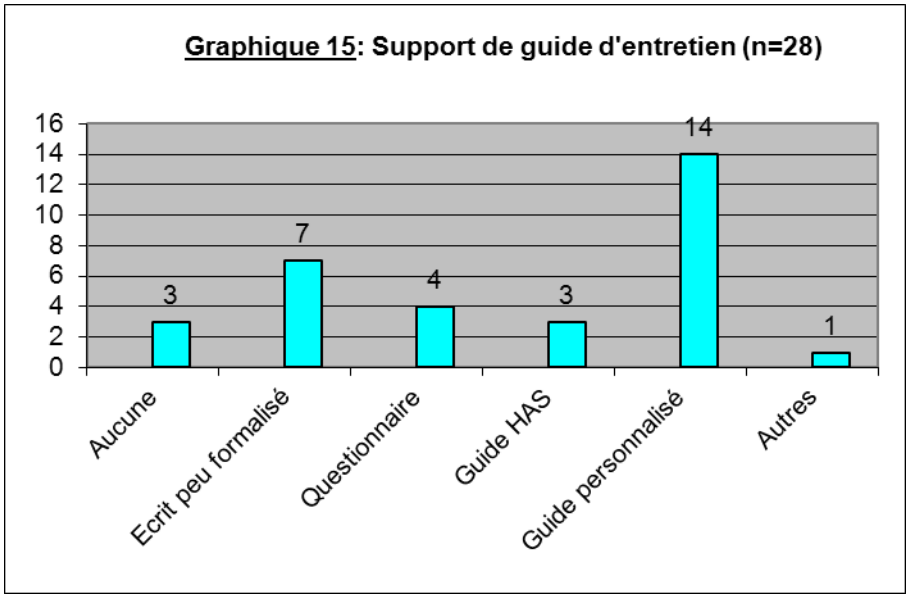
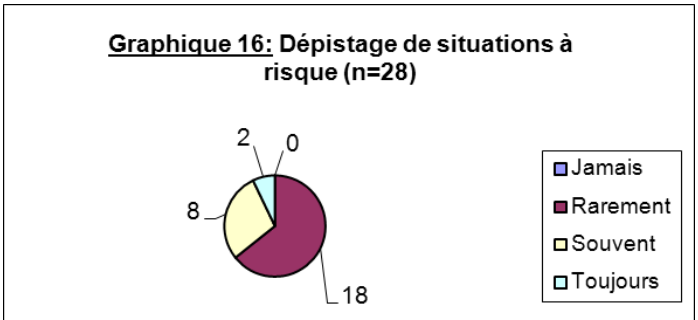


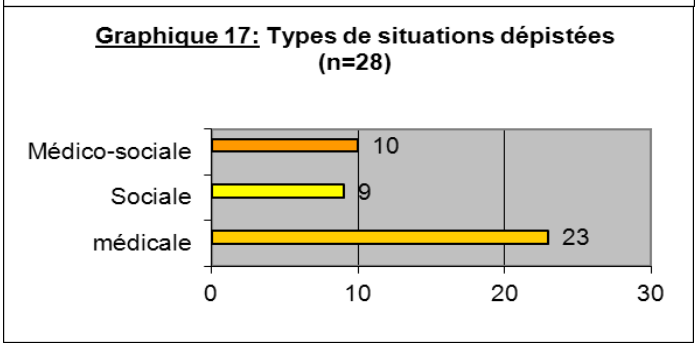
Tableau 12: Personne(s) conviées à l'entretien prénatal précoce (n=28)		
Femme seule	12 = 43%	
Couple	16 = 57%	



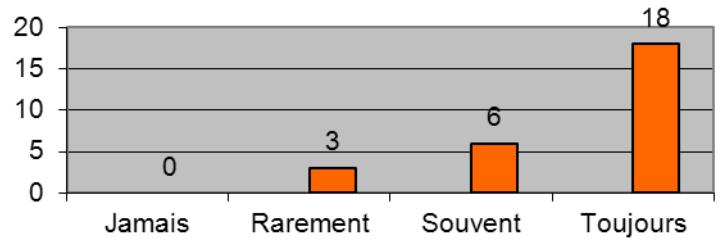




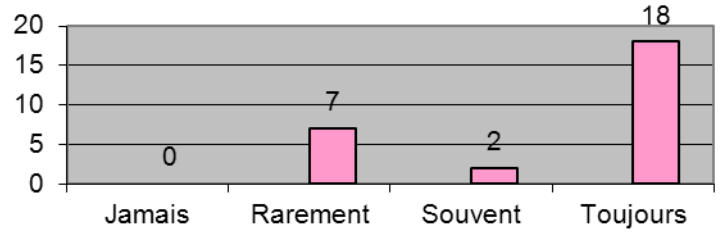




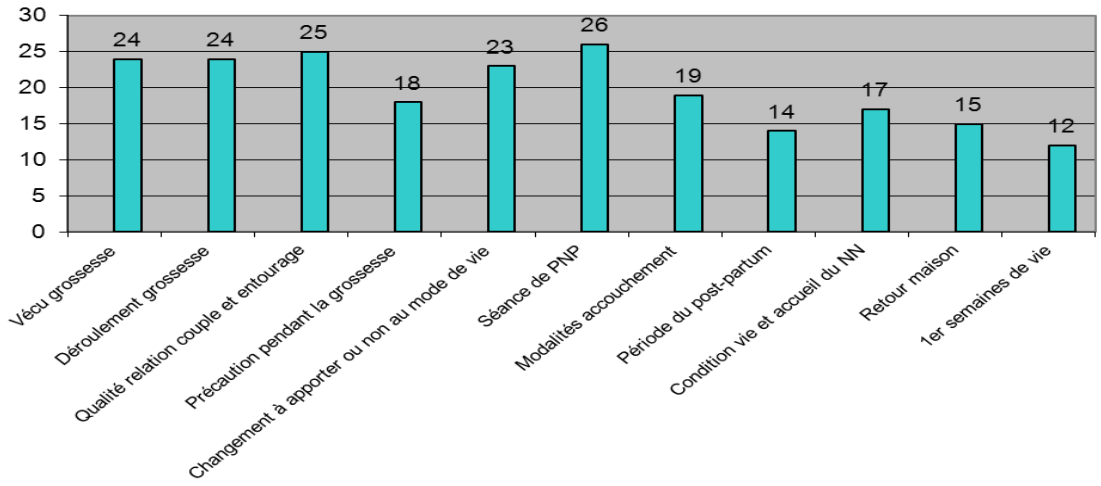
Graphique 18: Complément d'informations relatives à la prévention des facteurs de risques (n=28)

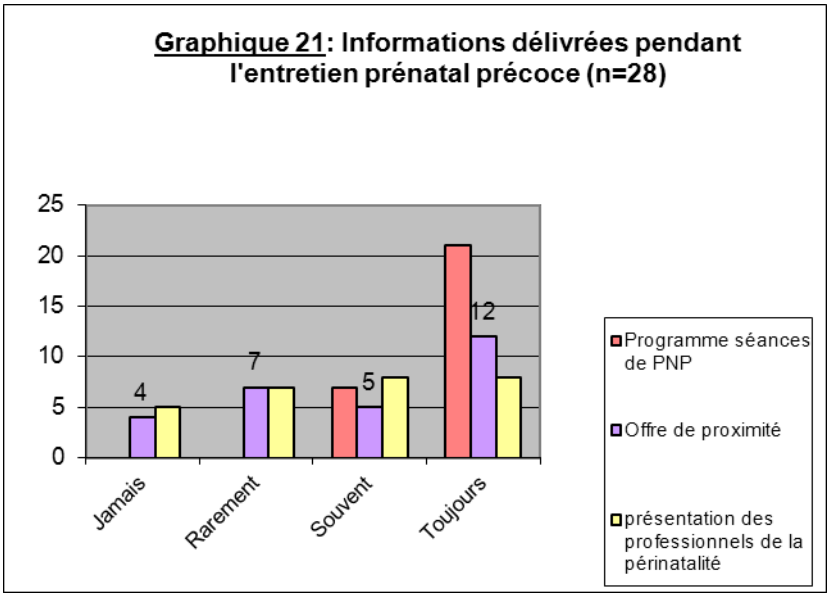


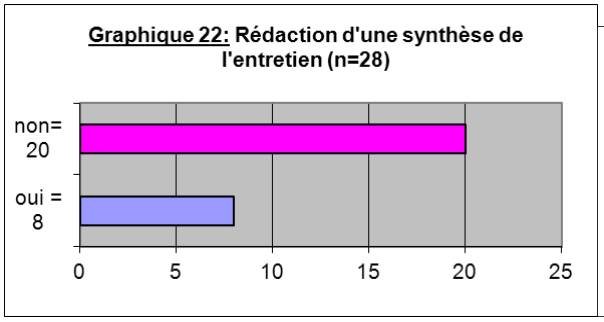
Graphique 19: Elaboration d'un projet de naissance (n=28)

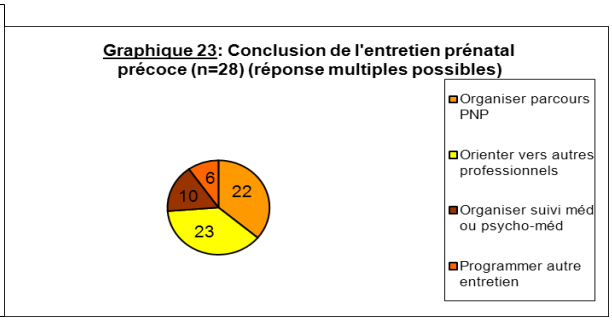


Graphique 20: Thèmes abordés lors de l'entretien prénatal précoce (n=28)

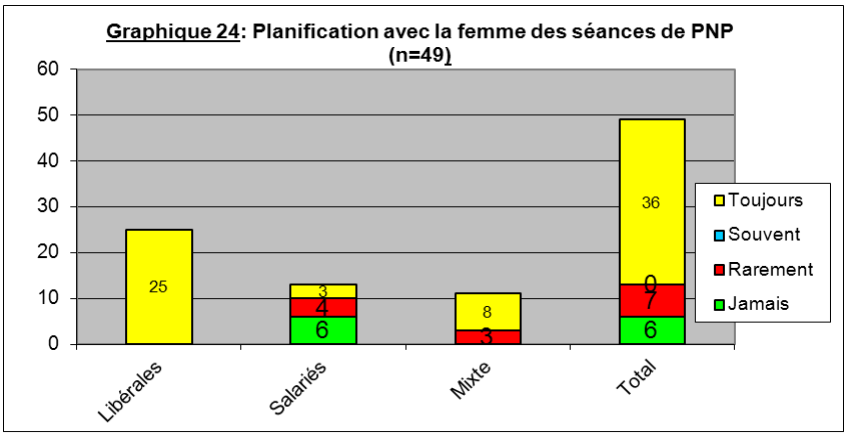


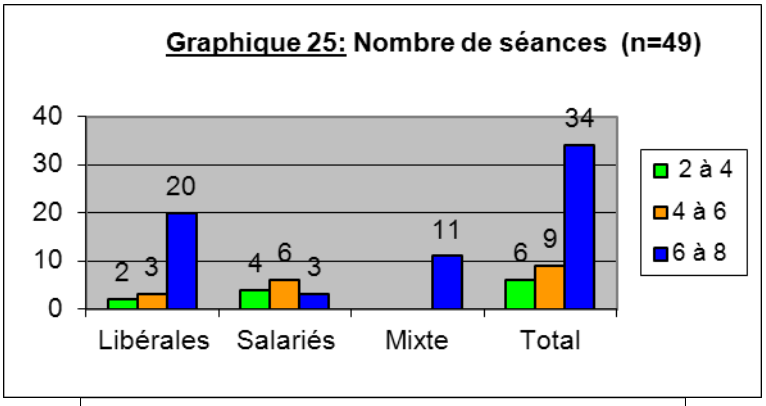


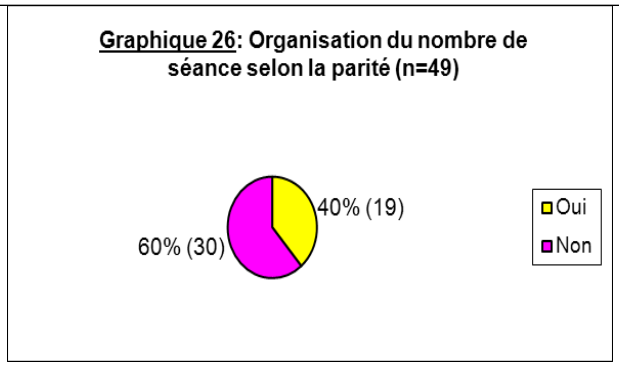


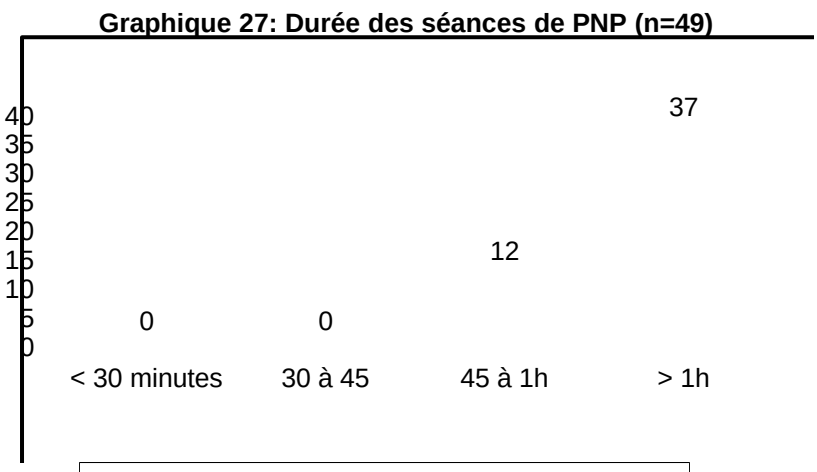


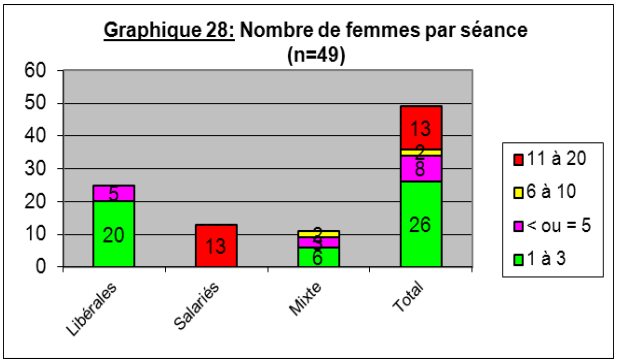
Partie 2.b: Les séances de PNP



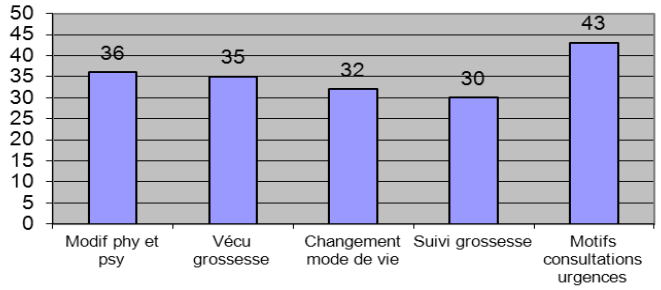

Graphique 25: Nombre de séances (n=49)
40
30
20
10
0
2
3
20
4
6
3
11
6
9
34
Libérales
Salariés
Mixte
Total
2 à 4
4 à 6
6 à 8


Graphique 26: Organisation du nombre de séance selon la parité (n=49)
40% (19)
60% (30)
Oui
Non

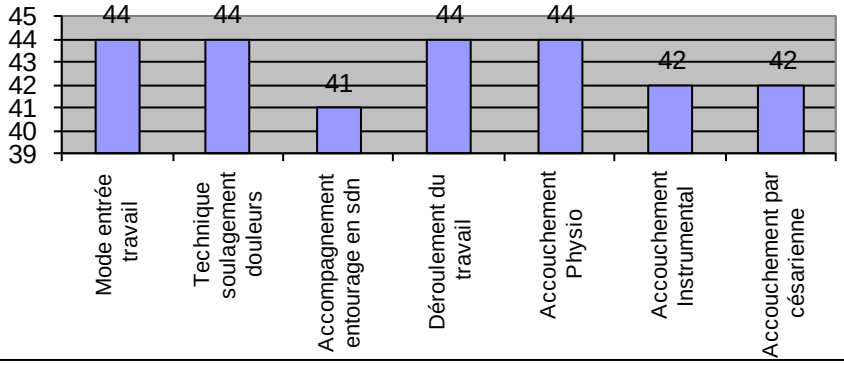

Graphique 27: Durée des séances de PNP (n=49)
40
35
30
25
20
15
10
5
0
0
0
12
37
< 30 minutes
30 à 45
45 à 1h
> 1h


Graphique 28: Nombre de femmes par séance (n=49)
60
50
40
30
20
10
0
5
20
13
3
6
13
2
8
26
Libérales
Salariés
Mixte
Total
11 à 20
6 à 10
< ou = 5
1 à 3

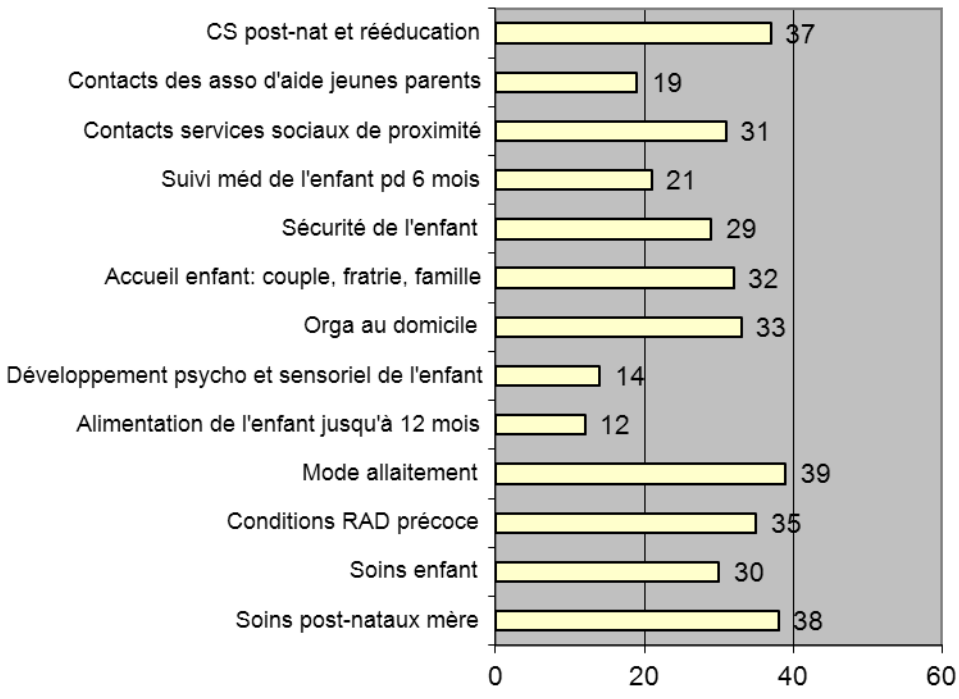
Graphique 29: Thèmes abordés concernant la période pré-natale (n=49)



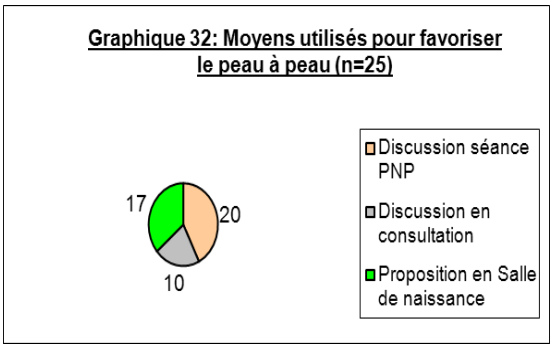
Graphique 30: Thèmes abordés en PNP sur la période per-partum (n=49)

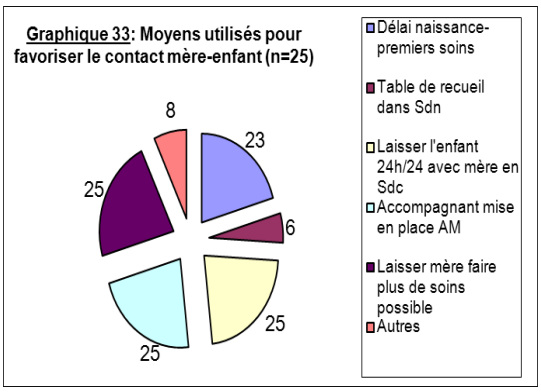


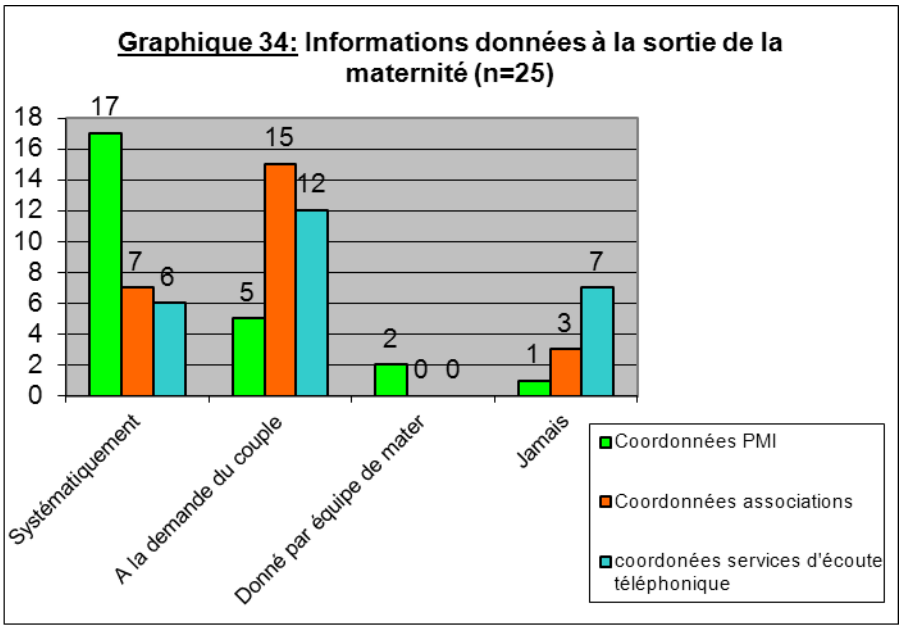
Graphique 31: Thèmes abordés en PNP sur la période post-natale (n=49)



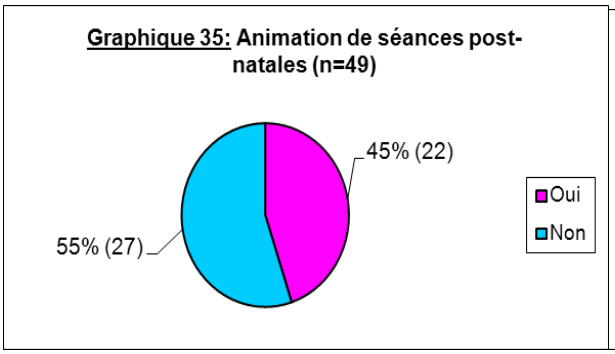
Partie 2.c: L'accouchement et les suites de couches immédiates

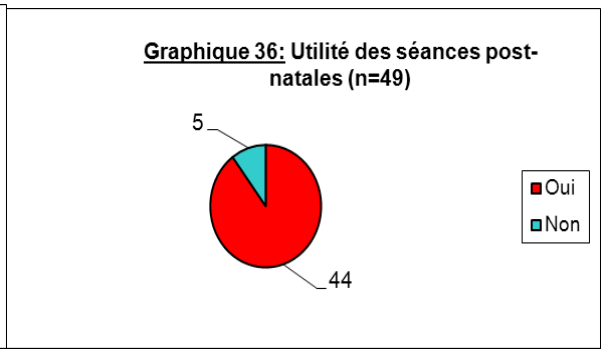


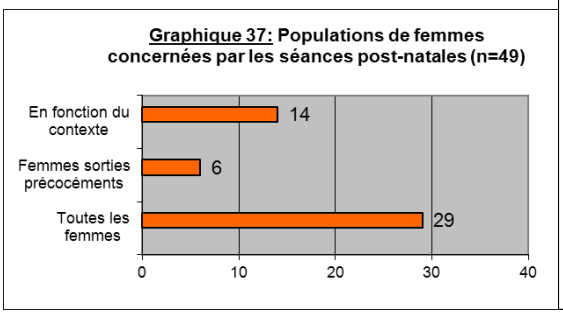


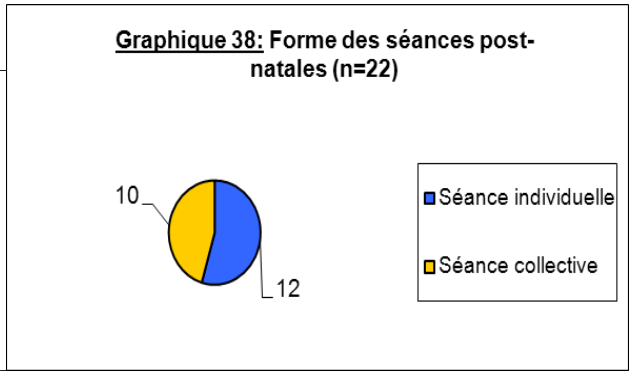


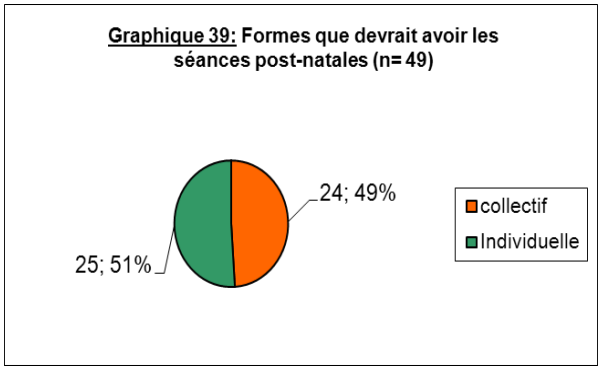
Partie 2.d: Le post-partum

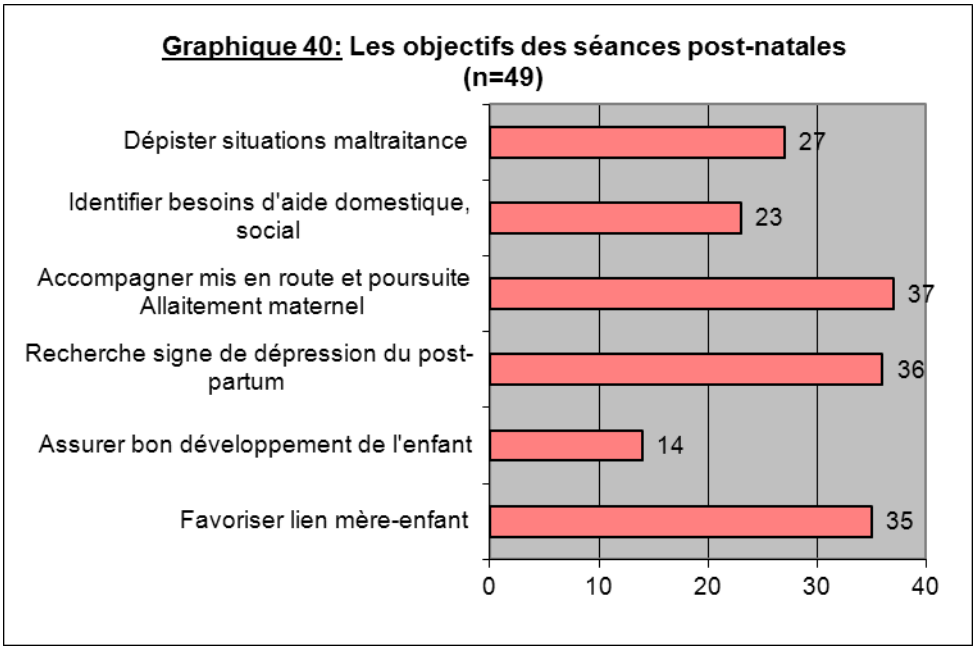






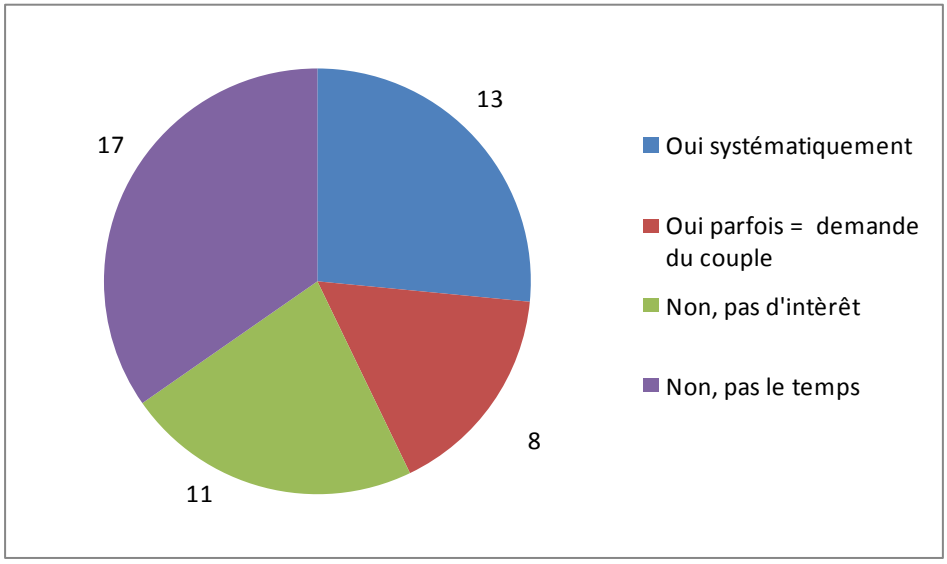


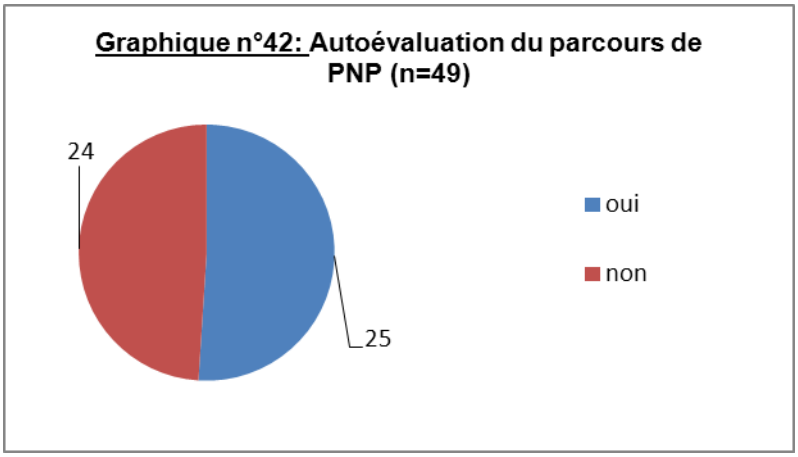


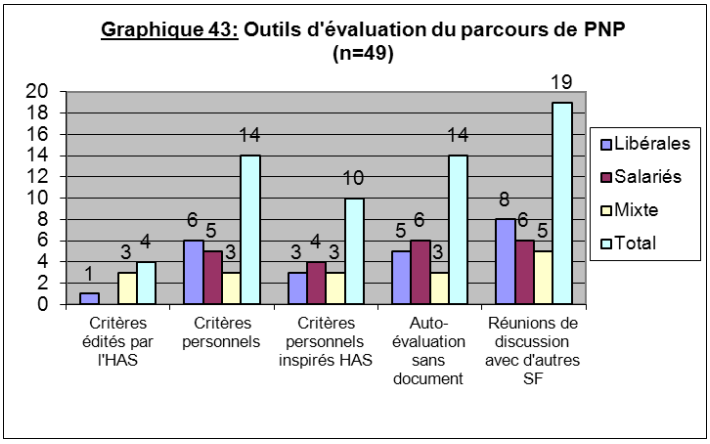


Partie 3: Evaluation de la pratique de PNP

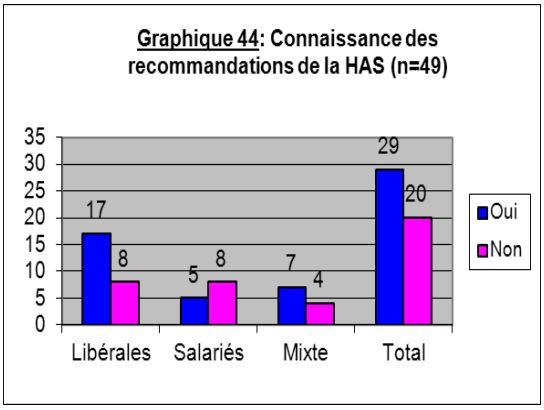
Graphique n°41: Evaluation du parcours de PNP par les femmes (n=49)

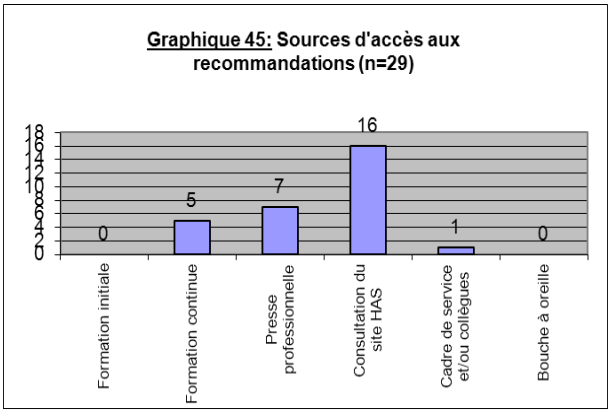


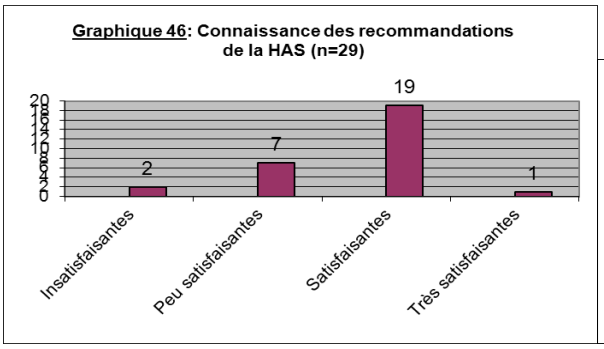


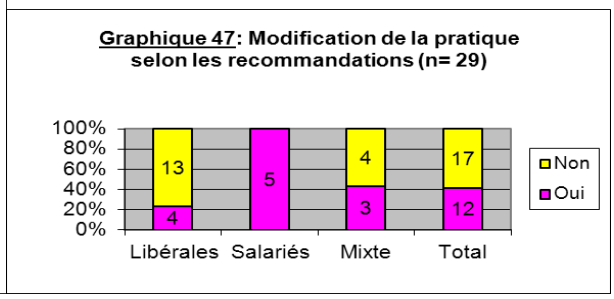


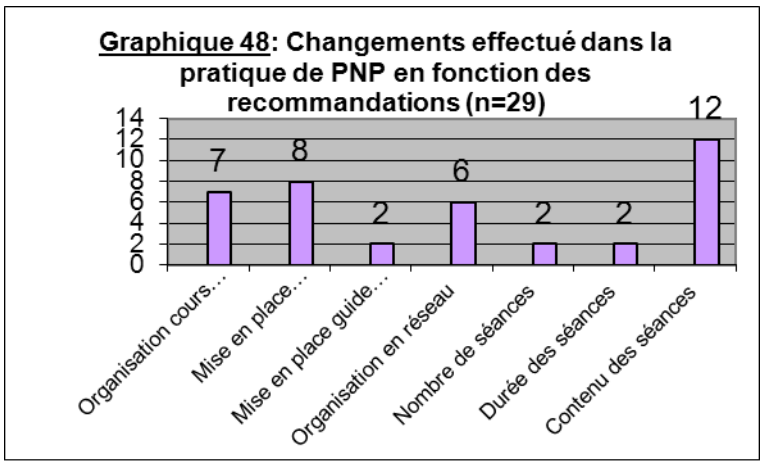
Partie 4: Approche des recommandations de la HAS par les sages-femmes

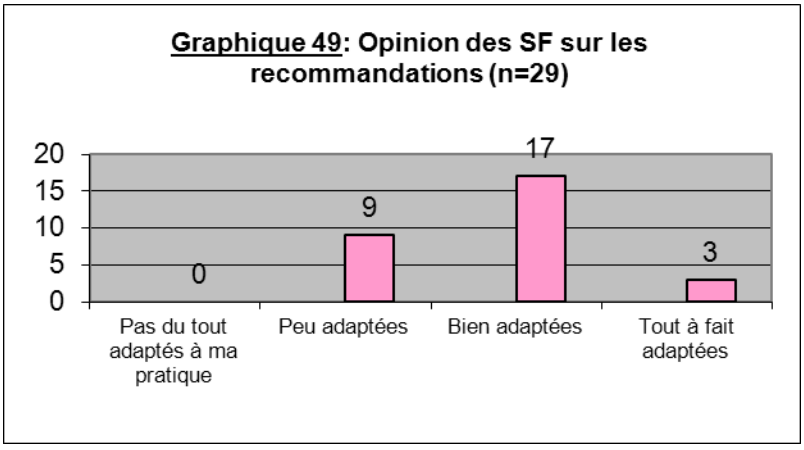

Graphique 44: Connaissance des recommandations de la HAS (n=49)
35
30
25
20
15
10
5
0
17
8
5
8
7
4
29
20
Libérales
Salariés
Mixte
Total
Oui
Non


Graphique 45: Sources d'accès aux recommandations (n=29)
0
5
7
16
1
0
Formation initiale
Formation continue
Presse professionnelle
Consultation du site HAS
Cadre de service et/ou collègues
Bouche à oreille


Graphique 46: Connaissance des recommandations de la HAS (n=29)
2
7
19
1
Insatisfaisantes
Peu satisfaisantes
Satisfaisantes
Très satisfaisantes


Graphique 47: Modification de la pratique selon les recommandations (n= 29)
100%
80%
60%
40%
20%
0%
13
4
5
4
3
17
12
Libérales
Salariés
Mixte
Total
Non
Oui


Graphique 48: Changements effectué dans la pratique de PNP en fonction des recommandations (n=29)
14
12
10
8
6
4
2
0
7
8
2
6
2
2
12
Organisation cours…
Mise en place…
Mise en place guide…
Organisation en réseau
Nombre de séances
Durée des séances
Contenu des séances


Graphique 49: Opinion des SF sur les recommandations (n=29)
20
15
10
5
0
0
9
17
3
Pas du tout adaptés à ma pratique
Peu adaptées
Bien adaptées
Tout à fait adaptées

Résumé:

En soixante ans de pratique, la préparation à la naissance a profondément évolué, passant d'une prise en charge de la douleur avec l'Accouchement Sans Douleur, à l'accompagnement à la naissance et à la parentalité (PNP). Suite à cette évolution et au plan de périnatalité 2005-2007, la Haute Autorité de Santé a publié, en Novembre 2005 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à propos de la PNP. L'étude présentée dans ce mémoire a pour but de faire un état des lieux de la PNP, depuis la publication de ces recommandations et de savoir si la pratique actuelle de sages-femmes respecte ces recommandations. Pour ce faire, un questionnaire a été distribué aux sages-femmes libérales et hospitalières de Paris entre Octobre 2009 et Avril 2010. Quarante-neuf questionnaires ont pu être exploités. Nous constatons que peu de sages-femmes connaissent les recommandations (41%). Cependant, les sages-femmes interrogées respectent les grands axes des recommandations, à savoir la réalisation d'un entretien prénatal précoce (57%), l'organisation de 8 séances de PNP par patiente (67%), chaque séance accueillant un nombre restreint de patiente. Mais quand nous abordons les détails des recommandations, la pratique a tendance à être différente de la référence de la HAS et ce en raison d'une méconnaissance des recommandations. Un travail d'information auprès des sages-femmes pour mieux faire connaître ces recommandations semble indispensable pour l'amélioration de la pratique professionnelle et par conséquent pour l'offre de soins.

Mots clé: préparation à la naissance et à la parentalité, sage-femme, femme, recommandation, Haute Autorité de Santé, Paris

In sixty years of practice, preparation to birth has deeply evolved, passing from assuming responsibility for pain with the Painless Childbirth, the attending on birth and parenthood. This evolution and following the plan of perinatality 2005-2007, the French Health High Authority (HAS) published in November 2005 recommendations for good professional practices in connection with the preparation to birth and parenthood. The purpose of the study presented in this memory is to make an inventory of fixtures of the preparation to birth and parenthood since the publication of these recommendations and to know if the midwives' current practice respects these recommendations. With this intention, a questionnaire was distributed to the Paris liberal and hospital midwives between October 2009 and April 2010. 49 questionnaires could be exploited. We note that few midwives know the recommendations (41%). However, the questioned midwives respect the main axes of the recommendations, such as the realization of an early antenatal interview (57%), the organization of 8 meetings of preparation to birth and parenthood by patient (67%), each meeting receiving a restricted number of patients. But when we approach the details of the recommendations, the practice tends to be different from the reference of the HAS and this because of an ignorance of these recommendations. It seems essential to strongly inform the midwives of these recommendations to improve deeply the professional practice and therefore the care offer.

Key words: preparation to birth and parenthood, midwife, woman, recommendation, French Health High Authority (HAS), Paris.