



HAL
open science

Les sages-femmes et la démarche éducative

Pia Süsselin

► **To cite this version:**

Pia Süsselin. Les sages-femmes et la démarche éducative. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394005

HAL Id: dumas-01394005

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394005>

Submitted on 8 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École de Sages-Femmes Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de médecine
Académie de Paris
Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme

Les Sages-femmes et la démarche éducative

Directeur de mémoire :
Tereza Mikelic Dutriaux

SÜSSELIN Pia
née le 30 décembre 1992
Année universitaire 2015-2016
Promotion 2012-2016

École de Sages-Femmes - Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de médecine
Académie de Paris
Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme

Les Sages-femmes et la démarche éducative

Directeur de mémoire :
Tereza Mikelic Dutriaux

SÜSSELIN Pia
née le 30 décembre 1992
Année universitaire 2015-2016
Promotion 2012-2016

Je tiens à remercier pour leur aide et leur participation :

Madame Dutriaux, sage-femme libérale pour la direction du mémoire.

Mesdames Lévèque et Yazdanbakhsh, enseignantes sages-femmes pour leur aide et la pertinence de leurs idées.

Les sages-femmes qui ont accepté de participer à l'étude.

Je remercie également ma famille, mes amis et camarades sages-femmes pour leur soutien,

ma mère pour sa présence, son investissement et ses relectures.

Anouck, et Chloë pour son aide en anglais.

Sommaire

Introduction à l'étude.....	1
Préambule.....	2
I- L'information aux femmes enceintes.....	4
1/ Le suivi de grossesse.....	4
2/ Définition de l'information.....	4
3/ Cadre législatif.....	4
4/ Recommandations pour une information de qualité	5
5/ Principe de l'information destinée aux femmes enceintes.....	6
II- L'éducation en santé.....	7
1/ Le contexte socio-historique et législatif.....	7
2/ Définition.....	9
3/ Posture éducative.....	10
4/ Empowerment.....	10
5/ Éducation en santé pendant la grossesse.....	11
Matériel et méthode.....	12
I- Objectifs de l'étude.....	13
II- Type d'étude.....	13
III- Outil méthodologique.....	14
1/ Grille de recueil des données.....	14
2/ Présentation des axes de la démarche éducative proposée par l'Inpes.....	14
Axe 1, favoriser l'expression et proposer une écoute.....	14
Axe 2, aborder et évaluer une situation.....	15
Axe 3, informer et expliquer.....	16
Axe 4, accompagner la réflexion.....	16
Axe 5, s'engager vis-à-vis des futurs parents.....	17
Axe 6, faire le lien avec les autres intervenants.....	17
3/ Utilisation de la grille de recueil.....	18
4/ Données supplémentaires sur la consultation.....	18
5/ Questions posées aux sages-femmes.....	18
IV- Population cible.....	19
V- Règles éthiques.....	19
VI- Stratégie d'analyse des données recueillies.....	20
Résultats - analyse.....	22
I- Observations menées.....	23
II- Profil de la population des sages-femmes de l'étude.....	24
III- Résultats pour l'ensemble des observations.....	25
IV- Comparaison entre les différents exercices.....	27
Axe 1, favoriser l'expression et proposer une écoute.....	29
Axe 2, aborder et évaluer une situation.....	34
Axe 3, informer et expliquer.....	37
Axe 4, accompagner la réflexion.....	41
Axe 5, s'engager.....	46
Axe 6, faire le lien avec les autres intervenants.....	50
Discussion.....	53
Les points forts de l'étude.....	54
Les biais et les limites.....	54
Les principaux résultats.....	55

Les propositions.....	57
Conclusion.....	58
Bibliographie.....	60
Glossaire.....	64
Annexe I.....	65
Annexe II.....	66
Annexe III.....	67
Abstract	

Introduction à l'étude

Préambule

Le suivi prénatal permet la surveillance du déroulement de la grossesse. Celui-ci implique de donner une information à l'occasion de chaque rencontre avec la femme enceinte [1].

L'information vise à favoriser la participation active de la femme pour lui permettre de prendre, conformément à la loi du 4 mars 2002, des décisions concernant sa santé. Bien informer, c'est respecter les conditions nécessaires à une bonne transmission de l'information. La Haute Autorité de la Santé (HAS) précise le contenu et les critères de qualité de l'information donnée au patient. Elle doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible et personnalisée ; elle doit présenter les alternatives possibles, les bénéfices attendus, les inconvénients et risques éventuels [2]. Il est de plus recommandé de personnaliser l'information et de l'accompagner : créer des conditions de dialogue, délivrer une information adaptée à la femme et à sa situation et se rendre disponible [1].

Les politiques de santé actuelles sont orientées vers l'éducation en santé. Informer et éduquer sont deux interventions différentes mais qui ne sont pas disjointes. *«Toutes les deux s'adressent à un sujet de droit mais leurs visées diffèrent : on se préoccupera de ce que les informations « parviennent » à un public, qu'elles soient compréhensibles par lui alors qu'on escomptera de l'éducation de nouvelles compétences de la personne, acquises par le détour d'un apprentissage et avec son accord.»* [3]. L'éducation en santé consiste donc à informer et accompagner afin de rendre la personne compétente pour faire des choix de santé.

Une démarche éducative peut s'appliquer au suivi des femmes enceintes. L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes) qui a notamment pour mission l'éducation du patient, a publié en 2010 un guide destiné aux professionnels de santé qui interviennent auprès des femmes enceintes. Cet outil propose une démarche d'éducation en santé susceptible d'être mise en œuvre dans le cadre de leur pratique habituelle [4].

Nous nous sommes interrogés : les sages-femmes dans leur prise en charge des femmes enceintes, s'inscrivent-elles dans une démarche éducative ?

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la pratique des sages-femmes en anténatal en la rapportant à la démarche proposée par le guide de l'Inpes.

Notre hypothèse principale est que les sages-femmes sont dans une démarche d'éducation en santé, et qu'elles s'y inscrivent partiellement.

Pour introduire le sujet de cette étude, nous présentons d'abord le cadre et les modalités de l'information apportée aux femmes enceintes. Nous nous intéressons ensuite à l'éducation en santé.

I- L'information aux femmes enceintes

1/ Le suivi de grossesse

En France un suivi régulier est organisé autour de la grossesse afin de dépister d'éventuelles complications et améliorer le confort et le vécu de la femme. Il est prévu au minimum sept consultations prénatales et huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) individuelles ou collectives [5].

Le suivi prénatal permet la surveillance du déroulement de la grossesse. Il implique de donner une information à l'occasion de chaque rencontre, d'être à l'écoute, et de donner à la femme et au couple l'occasion de poser des questions [1]. La grossesse permet à la femme et au couple d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance. C'est aussi une période privilégiée pour les sensibiliser et leur faire prendre conscience d'un éventuel comportement à risque.

L'objectif de la PNP est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive [6]. L'entretien prénatal précoce (EPP) est une consultation individuelle prévue par le plan périnatalité de 2003. Il vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources [1].

2/ Définition de l'information

Le terme « information » regroupe les renseignements concernant quelqu'un ou quelque chose. L'action d'informer consiste à faire savoir quelque chose à quelqu'un, le porter à sa connaissance, le lui apprendre [7].

3/ Cadre législatif

Le droit pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels de santé est reconnu par la loi du 4 mars 2002 du Code de la Santé Publique. *« Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »* [8].

L'objectif de l'information est de favoriser la participation active de la personne et de lui permettre de prendre avec le professionnel de santé des décisions concernant sa santé [1]. Ces décisions sont prises par la personne en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. L'information doit permettre à la personne d'accepter ou refuser des actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique [2].

Si l'information est un droit du patient c'est aussi un devoir du professionnel de santé prévu par le Code de la Santé Publique : *« le médecin doit à la personne [...] une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »* [9].

4/ Recommandations pour une information de qualité

Les recommandations concernent les professionnels impliqués en périnatalité, notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens [1].

Les recommandations de la HAS de 2012 à propos de la délivrance de l'information précisent les critères de qualité de celle-ci. Elle doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée ; elle doit présenter les alternatives possibles existantes, les bénéfices attendus et les inconvénients ou risques des soins envisagés.

Il est également recommandé au professionnel de s'assurer que la personne a compris l'information délivrée, en lui demandant par exemple, de reformuler ce qu'elle a

compris. De plus, le professionnel de santé est invité à indiquer et à motiver sa préférence parmi les différentes propositions. Dans une attitude de dialogue, le professionnel doit permettre à la personne de s'exprimer et poser des questions. Il peut proposer un entretien supplémentaire si besoin, ou encore le recours à un second avis.

La délivrance de l'information se fait dans un « *climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la personne* ». Elle « *requiert du tact, du temps et de la disponibilité, ainsi qu'un environnement adapté.* » [2]

La délivrance de l'information nécessite donc la prise en compte de la personne avec sa situation, ses attentes et sa personnalité.

5/ Principe de l'information destinée aux femmes enceintes

L'information délivrée aux femmes enceintes au cours de la grossesse concerne leur état de santé, les modalités et objectifs d'actes ou examens envisagés ainsi que leurs résultats (examen clinique, échographie, bilan sanguin,...), le programme de leur suivi (consultations, PNP, EPP, prise en charge spécifique). On aborde en consultation notamment des conseils hygiéno-diététiques, les maux de grossesse, l'automédication, et la consommation de substances toxiques (alcool, tabac, drogue).

La HAS a publié en 2005 des recommandations sur l'information à délivrer spécifiquement aux femmes enceintes. Elle préconise d'accompagner l'information afin d'aider le couple à prendre des décisions éclairées dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance.

Il convient de :

- créer les conditions de dialogue permettant aux femmes de poser des questions et de discuter de problèmes éventuels, en particulier ceux liés aux situations de vulnérabilité et d'insécurité : climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la femme enceinte ;
- consacrer du temps à la délivrance de l'information et de la disponibilité d'esprit ;
- délivrer une information orale en utilisant un langage et/ou un support adaptés, notamment pour les femmes enceintes avec un handicap sensoriel, mental ou pour

celles qui ne parlent ni lisent le français ;

- délivrer l'information, si nécessaire de manière progressive, en fonction du volume et/ou de la nature de l'information ;
- compléter si besoin l'information orale par de l'information écrite [1].

Pour bien informer les femmes enceintes, il est donc recommandé de personnaliser la délivrance de l'information, et aussi d'accompagner la personne pour l'aider à prendre des décisions concernant sa santé.

On retrouve ces principes dans l'éducation en santé.

II- L'éducation en santé

1/ Le contexte socio-historique et législatif

Le concept d'éducation pour la santé évolue en relation avec la notion subjective de la santé.

Après l'approche hygiéniste du début du XXe siècle, on distingue trois périodes dans l'évolution des conceptions de l'éducation qui renvoient à des pratiques différentes [10].

De 1945 à 1972 : dans le cadre de la lutte contre les fléaux sanitaires et sociaux, les pratiques se limitent à l'information, voire la propagande, sur les bons gestes et les bons comportements.

De 1972 à 1982 : l'autorité des enseignants et des médecins tend à laisser place aux pédagogies participatives et actives. Les pratiques restent focalisées sur les comportements individuels.

À partir de 1982 : les sciences humaines et sociales soulignent l'importance du rôle des déterminants sociaux et environnementaux et développent les notions de responsabilisation individuelle et d'implication collective.

Proposée en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé, la définition d'« *un état*

complet de bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité », a contribué à l'évolution du concept de santé vers une conception positive : il s'agit d'une ressource, non d'une finalité.

Adoptée en 1986 par l'OMS, la charte d'Ottawa est le texte fondateur de la promotion de la santé, « *processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé* ». Elle recommande aux politiques de santé publique de développer l'éducation pour la santé de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leur état de santé et de réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes en matière de santé, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat avec les autres secteurs concernés par la promotion de la santé.

L'éducation en santé s'intéresse aux attitudes et aux comportements de santé, aux modes de vie, actuels ou potentiels, des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, de motiver et d'informer la population à maintenir et à améliorer sa santé [11].

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades définit les objectifs d'une politique de prévention « *qui tend notamment à développer [...] des actions d'éducation thérapeutique du patient* ».

D'après l'OMS, l'éducation thérapeutique devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. La loi de santé publique du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a pris en compte cette nécessité et a prévu un plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [12].

Enfin la loi Hôpital, patients, santé et territoire, du 21 juillet 2009 précise les contours et les fonctions de l'éducation thérapeutique et fait de celle-ci une composante à part entière des politiques de santé publique [13] : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ».

Essentiellement menée par les soignants, l'éducation thérapeutique du patient

s'inscrit dans le cadre de l'éducation pour la santé.

2/ Définition

L'éducation pour la santé est une démarche élargie de prévention en santé publique qui s'adresse aussi bien à des personnes malades que bien portantes [12 ; 14].

Elle est menée par les professionnels du champ sanitaire, social ou éducatif, autour de thèmes (nutrition, tabac, sida, etc.), en faveur de populations (jeunes, personnes en situation de précarité, etc.), dans les écoles, l'hôpital, l'entreprise. Elle est construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population et repose sur des principes éthiques :

- une approche globale et positive de la santé ;
- l'équité ;
- l'impartialité et le non-jugement quant à l'identité culturelle, le mode de vie, l'orientation sexuelle, l'appartenance idéologique, les croyances spirituelles, les pratiques en santé et les prises de risque ;
- la justice sociale : égalité des droits et solidarité collective ;
- l'auto-détermination de la personne à entrer ou non dans une démarche d'éducation pour la santé ;
- la participation des personnes et leur entourage, acteurs et non plus seulement bénéficiaires ;
- la responsabilité partagée [15].

L'éducation en santé vise donc à accompagner le patient afin qu'il développe des compétences d'auto-soins dans la gestion de sa maladie [12] ; ces compétences s'acquièrent par un apprentissage avec son accord [3]. On s'intéresse au devenir de la personne, dans sa singularité et sa complexité [16]. Ainsi, on reconnaît une compétence au patient et à ses proches.

Le but de l'éducation en santé est que la personne, quel que soit son état de santé, puisse contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie [17].

L'accompagnement par le professionnel de santé permet, grâce à ses connaissances, une présentation des différents choix possibles laissés au patient qui peut alors participer aux décisions médicales [19].

3/ Posture éducative

Le terme éduquer ne peut être entendu dans son sens autoritaire parent/enfant. L'éducation en santé nécessite de repenser la relation de soin en adoptant une posture éducative au lieu d'une posture classiquement injonctive ou prescriptive centrée sur l'observance [12 ; 17]. La posture éducative demande « *l'abandon d'une position d'expert, quelqu'un qui saurait le bien de l'autre et s'efforcerait de l'y conduire* » [18]. Le patient devient partenaire du soignant, il se positionne comme sujet acteur de son traitement ou plus généralement de sa santé [17].

Le terme utilisé aux Pays-Bas en langue néerlandaise est « *patiëntenvoorlichting* » et signifie « *précéder quelqu'un avec une lumière pour qu'il puisse voir où aller* » [16]. Le soignant, avec ses connaissances et son savoir-faire assiste le patient dans le processus de guérison ou de gestion de la maladie.

Seulement, éclairer le chemin est différent de le décider. Si la finalité de l'éducation en santé est la qualité de vie et l'autonomie, seule la personne peut définir pour elle-même, le but à atteindre. « *la différence est fondamentale entre le fait de mettre son savoir à la disposition des personnes que l'on soigne, de les aider à se l'approprier, à l'utiliser pour faire des choix, et le fait de fixer des normes extérieures à la personne et de lui prescrire des comportements à adopter* [17] ». Le professionnel ne conduit pas le patient là où il a décidé qu'il devait aller, mais, dans un respect de sa singularité, il l'accompagne dans le cheminement qui lui permettra de s'approprier sa propre existence, et d'opérer des choix éclairés et désirés [16].

4/ Empowerment

L'éducation en santé vise à aider le patient à prendre le pouvoir. C'est la notion

d'empowerment définie par la banque de donnée en santé publique :

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie, et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans un contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Toutes les personnes, même avec peu de capacités ou en situation de précarité, sont considérées comme disposant de ressources et de forces. Les processus d'empowerment ne peuvent être produits mais seulement favorisés [19].

L'empowerment reconnaît en chaque personne la capacité et le désir d'être acteur de sa vie. L'éducation en santé vise finalement à permettre aux patients d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie et pas seulement sur leurs maladie et traitements [20].

Dans une situation qui confère à un groupe un sentiment d'impuissance ou d'incapacité (powerlessness), l'empowerment débute quand l'individu prend conscience de sa situation et souhaite la modifier pour mieux contrôler sa vie [21, 22].

5/ Éducation en santé pendant la grossesse

« Appliquée à la périnatalité, l'éducation pour la santé est centrée sur la femme et/ou le couple [et] peut être définie comme un processus visant à augmenter l'autonomie et à faciliter l'acquisition ou le maintien des compétences nécessaires pour gérer et s'adapter aux changements inhérents à la naissance d'un enfant. » [23]

L'EPP et la PNP sont considérés comme des temps privilégiés pour l'éducation en santé lors de la grossesse. En 2010, la préparation à la naissance a été suivie par 72,9% des primipares et 28,4% des multipares ; par ailleurs le pourcentage de femmes qui ont assisté à au moins sept consultations de suivi de grossesse s'élève à 91,5% [24].

Ces chiffres témoignent de la pertinence en termes d'impact de la posture éducative dans les consultations de suivi prénatal et ont justifié le choix d'y porter notre étude.

Matériel et méthode

I- Objectifs de l'étude

Promouvoir la santé, c'est modifier les comportements des populations en développant leurs ressources. C'est aussi changer les pratiques et les postures professionnelles, en mettant en œuvre des stratégies nouvelles telles que l'éducation pour la santé.

La maternité est un moment clé, susceptible d'être soutenu par des actions dont la finalité est de donner aux futurs parents les moyens de vivre au mieux la grossesse et l'arrivée de l'enfant, et de les soutenir dans leur accession à la parentalité [4].

Nous nous sommes demandé si la pratique des sages-femmes s'inscrit dans une démarche d'éducation en santé.

Nous avons recherché un outil d'étude capable de caractériser une pratique en démarche éducative.

L'Inpes, établissement public créé par la loi du 4 mars 2002, conduit les programmes de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre des politiques nationales. Nous avons choisi de prendre pour référence d'une démarche d'éducation en santé appliquée aux femmes enceintes, le guide-outil « Grossesse et accueil de l'enfant ».

En la rapportant à la démarche du guide, l'objectif principal de l'étude est d'évaluer la pratique des sages-femmes lors des consultations anténatales.

Notre hypothèse principale est : les sages-femmes sont dans une démarche d'éducation en santé et elles s'y inscrivent partiellement.

II- Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche nous avons élaboré une étude

observationnelle multicentrique. Il s'agissait d'observer la pratique de sages-femmes en consultations anténatales et la rapporter sur une grille d'observation.

III- Outil méthodologique

1/ Grille de recueil des données

Le guide de l'Inpes « Grossesse et accueil de l'enfant » propose aux professionnels 6 axes d'intervention pour soutenir des actions d'éducation pour la santé :

- Favoriser l'expression/proposer une écoute
- Aborder/évaluer une situation
- Informer/Expliquer
- Accompagner la réflexion
- S'engager
- Faire le lien avec les autres acteurs

Nous avons choisi de recueillir et articuler nos observations autour de ces axes, en relevant les éléments propres à la démarche d'accompagnement. De cette façon, l'outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes est exploité comme grille de lecture (annexe I) de la pratique des sages-femmes en consultation.

2/ Présentation des axes de la démarche éducative proposée par l'Inpes

Pour apprécier la pratique des sages-femmes, il convient de préciser et repérer les caractéristiques des axes d'interventions :

Axe 1, favoriser l'expression et proposer une écoute

Pourquoi ?

Chaque personne a sa propre interprétation vis-à-vis des événements ; les ressentis diffèrent, et l'importance accordée à certains points insignifiants pour les uns, peut devenir au contraire majeure pour les autres.

Ainsi, favoriser l'expression, c'est donner l'opportunité au patient de mettre des mots sur sa situation, et d'être écouté. Ce qui permet au professionnel de mieux comprendre ce que vit le patient et ce qui le préoccupe. Le professionnel et le patient pourront alors définir ensemble, les priorités de l'accompagnement.

Comment ?

Il convient de susciter l'expression de la personne par une attitude d'écoute et d'accueil. Cette attitude se manifeste par une attitude verbale (questions ouvertes, aide pour formuler et préciser ses propos) et une attitude non verbale « réceptive », afin d'être attentif à ses gestes et à la situation.

Axe 2, aborder et évaluer une situation

Pourquoi?

Une démarche d'éducation en santé ne se limite pas aux seules préoccupations de la femme et du couple ; pour le professionnel il est nécessaire d'aborder un ensemble d'éléments de la situation, de manière à prévenir d'éventuels risques.

Ainsi il se préoccupe de sujets tels que le contexte de vie de la femme, sa situation sociale, son accès aux droits en santé, la consommation de toxiques ; il fait le bilan des ressources (aide de l'entourage pour la grossesse et l'arrivée de l'enfant, conjoint, famille, amis, entourage professionnel), et tente de repérer un possible problème relationnel avec l'enfant.

Comment?

Il s'agit de trouver le bon moment et la bonne manière d'aborder un sujet, ce que le

professionnel apprécie chaque fois en fonction de la personne, et de la qualité de sa relation. On peut prendre l'initiative d'aborder un sujet en explicitant la raison pour laquelle on le fait, et s'assurer de l'accord de la personne pour en parler, par exemple : « *Étant donné vos antécédents, je souhaite aborder la question de..., êtes-vous d'accord pour en parler maintenant?* ». On peut aussi identifier une situation à risque lors de la consultation « *fumez-vous ?* », ou simplement observer comment se déroule la consultation (la place de chacun, comportement...).

Axe 3, informer et expliquer

Pourquoi ?

Le professionnel de santé apporte régulièrement des informations et explications aux patientes. Dans une démarche d'éducation en santé on recherche l'appropriation de ces informations par la patiente pour l'aider à faire des choix pour sa santé.

Comment ?

Il est utile de respecter certaines étapes dans la délivrance des informations : explorer les propres connaissances de la patiente, demander si elle souhaite être informée (« *souhaitez-vous que je vous explique comment se passe... ?* »), reprendre les mots de la patiente pour compléter ses connaissances, être attentif à une incompréhension.

Axe 4, accompagner la réflexion

Pourquoi ?

Dans une démarche éducative, on recherche une solution qui convient à la personne et au professionnel de santé. Il s'agit d'un accompagnement vers une réponse adaptée à la patiente.

Comment ?

Pour accompagner la réflexion, le professionnel peut identifier les différentes alternatives possibles et leurs conséquences, en présentant les avantages et inconvénients

de chacune. Ensuite, il peut aider la personne à se positionner et faire des choix, l'aider à identifier ses motivations, volontés, et raisons (« *qu'est-ce qui vous motive, pourquoi ?* »). On peut valoriser les ressources de la patiente (ressources externes : soutien social ; ressources internes : confiance en soi, capacités à agir). Si besoin, un plan peut être établi, des objectifs fixés.

Axe 5, s'engager vis-à-vis des futurs parents

Pourquoi ?

Dans certaines situations, les couples ont besoin d'entendre ce que le professionnel sait de leur situation, et requièrent son avis. S'engager c'est se sentir impliqué auprès des patients, comprendre leurs attentes. Parfois cela s'inscrit dans la durée du suivi.

Comment ?

Le professionnel peut se positionner en réponse ou non à une demande : « *en tant que professionnel de santé, je pense que...* ». Il peut aussi signifier sa disponibilité dans la durée : « *si vous avez une question ou une inquiétude qui ne peut pas attendre le prochain rendez-vous, vous pouvez me contacter...* ». Il est également important que le professionnel montre qu'il peut entendre sans juger et qu'il respecte les choix.

Axe 6, faire le lien avec les autres intervenants

Pourquoi ?

Travailler en réseau permet de faire le lien avec les différents acteurs de santé afin d'assurer un suivi de meilleure qualité qui répond aux besoins du couple. La concertation et la transmission d'informations entre les professionnels sont essentielles pour la continuité du suivi.

Comment ?

Le professionnel peut rechercher quels professionnels participent au suivi de la patiente (médecin traitant, psychologue...), les solliciter pour un avis ou une orientation,

s'enquérir des solutions proposées ou apportées. En en convenant avec la femme, il peut partager des informations avec eux. D'autres intervenants peuvent également entrer en jeu, tels que la famille ou des amis sur lesquels la patiente pourra s'appuyer.

3/ Utilisation de la grille de recueil

Pour la réalisation de l'étude, nous avons observé les consultations dans leur totalité sans jamais intervenir, avec une écoute orientée sur les critères spécifiques d'une démarche éducative.

Chaque fois que nous avons repéré l'utilisation des axes et l'application de leurs composantes par la sage-femme, nous avons complété la grille. Nous avons également relevé les formulations pertinentes pour notre étude et consignés les thèmes traités.

4/ Données supplémentaires sur la consultation

Nous avons renseigné le terme de la patiente et les durées prévues et réelles des consultations. Il a été noté si la patiente maîtrisait le français, s'il y a eu des difficultés de compréhension ou d'expression, le recours à une autre langue ou à un traducteur. Nous avons également renseigné si la patiente et la sage-femme se connaissaient antérieurement. Enfin, si la patiente consultait la même sage-femme tout au long du suivi.

Pour chaque sage-femme il a été renseigné son mode d'exercice (PMI, libéral, hospitalier) et pour les sages-femmes en milieu hospitalier, le type de maternité, et si elles exerçaient dans tous les services ou uniquement en consultation.

5/ Questions posées aux sages-femmes

Après les consultations, quelques questions ont été posées à la sage-femme pour approfondir l'étude :

- Année de diplôme

- connaissance du guide Inpes « Grossesse et accueil de l'enfant »
- si oui, qu'a-t-il apporté ?
- formations effectuées en rapport avec l'éducation en santé
- souhaits de formations.

IV- Population cible

En première intention, nous avons voulu inclure dans l'étude dix sages-femmes, dont cinq en milieu hospitalier, quatre en secteur libéral, et une en réseau de protection maternelle et infantile (PMI).

L'objectif était d'observer cinq à dix consultations par sages-femmes afin d'apprécier leur pratique dans des situations variées et d'avoir une vision globale de leur démarche d'éducation en santé.

La répartition souhaitée des sages-femmes en milieu hospitalier était deux à trois sages-femmes en type I, et deux à trois sages-femmes en type III afin d'avoir un large éventail des pratiques dans des maternités de niveaux de soins différents.

La sélection des sages-femmes n'a pas compris de critère d'élimination. Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire des cadres (PMI et hôpital) et/ou directement auprès des sages-femmes.

Plusieurs demandes ont été adressées aux hôpitaux, les premiers établissements où l'étude a été acceptée ont été retenus.

Les sages-femmes ont reçu pour toute information préalable aux consultations qu'il s'agissait d'une étude en lien avec l'éducation en santé. Elles ignoraient quels éléments précis intéressaient l'étude.

V- Règles éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques.

Les patientes ont été informées de la tenue de l'étude ; leur accord a été recherché avant les observations et aucune information personnelle n'a été notée.

L'anonymat des patientes et des sages-femmes a été respecté.

L'accord des sages-femmes cadres supérieures des établissements a été recueilli au préalable.

VI- Stratégie d'analyse des données recueillies

Nous avons dégagé deux notions: l'utilisation d'un axe et son degré d'application.

L'utilisation se définit par la mise en œuvre d'un axe. L'utilisation des 6 axes d'intervention renseigne sur la démarche professionnelle. Dans l'hypothèse où le sujet abordé pourrait prédéterminer le recours à un axe, le taux d'utilisation de l'axe aura une signification moindre en termes d'interprétation.

Le degré d'application se définit par le nombre de composantes abordées dans un même axe lorsque cet axe est utilisé. Il renseigne sur l'implication de la sage-femme dans la démarche éducative et l'intensité de sa posture d'accompagnement.

Nous retenons donc le degré d'application comme mesure de la démarche éducative.

Afin de rendre compte du degré d'application d'un axe, nous établissons un score arbitraire : ensemble, les sous-parties d'un axe représentent 100% de celui-ci ; la même valeur est attribuée à chaque sous-partie d'un même axe. Chaque sous-partie correspond donc à 100 divisé par le nombre de sous-parties. Par exemple au sein de l'axe 1, il y a deux sous-parties (*attitude d'écoute* et *encourager l'expression de...*) ; chaque sous-partie est pondérée à 50%.

Afin de mesurer l'intensité de la posture d'accompagnement, nous avons fixé les seuils arbitraires de satisfaction pour l'application d'un axe :

- degré d'application inférieur à 30% : démarche insuffisante
- degré d'application compris entre 30 et 60% : démarche partielle
- degré d'application supérieur à 60% : démarche satisfaisante

Dans un souci de pertinence dans le traitement des données, nous avons réparti les sujets abordés par les sages-femmes en six thèmes principaux :

- le suivi médical (sérologies, bilans sanguins, trisomie 21, échographies, examen clinique, etc.)
- les maux de la grossesse
- l'alimentation (compléments, hygiène alimentaire, poids, diabète, sport)
- les toxiques (consommation de substances psychoactives, automédication)
- l'aspect psychologique (PNP, EPP, vécu de la grossesse, angoisses, projet d'allaitement, notion de « quand venir aux urgences »)
- l'aspect organisationnel (travail, organisation arrivée de l'enfant, logement, protection sociale)

Nous avons reporté les données collectées dans un tableau construit avec le logiciel Excel, avec en colonnes les numéros attribués aux sages-femmes et leurs 61 consultations, et en lignes, les six axes pour chaque thème abordé (annexe II).

L'outil permet d'estimer par calculs de moyennes, l'utilisation d'un axe et son degré d'application, et de les exploiter par sage-femme, thème, type d'exercice professionnel (hospitalier, libéral, PMI).

Nous présenterons pour chaque axe un graphique constitué de deux histogrammes. Le premier renseigne sur son utilisation pour l'ensemble des consultations observées, le second sur son degré d'application pour les consultations où il a été utilisé.

Résultats - analyse

I- Observations menées

L'étude s'est déroulée durant trois mois d'octobre 2015 à janvier 2016.

Conformément à notre objectif, dix sages-femmes ont été observées pour l'étude. La répartition par milieu diffère du projet initial pour des raisons d'opportunité.

Elles sont réparties comme suit :

- quatre en secteur hospitalier, deux à la maternité de Lariboisière (type II), et deux à Montreuil (type III) ;
- quatre en secteur de PMI, dans les maternités de Bichat et Lariboisière.
- deux sages-femmes libérales de Paris et Montreuil.

Au départ nous envisagions d'observer des sages-femmes en maternité de type I mais l'opportunité d'observer en type II et l'absence de réponse des maternités de type I nous ont orientés vers celle de type II.

Quatre sages-femmes de PMI au lieu d'une initialement prévue, ont été incluses car l'exercice en PMI nous a paru pertinent pour l'étude.

Seulement deux sages-femmes libérales ont été observées pour l'étude. Pour des raisons pratiques il n'a pas été possible d'en inclure davantage, les consultations prénatales représentant une faible partie de leur activité, de plus, non regroupées dans le temps.

Nous n'avons reçu aucun refus d'observation de la part des sages-femmes ni des patientes.

Le nombre de consultations observées s'élève à 61, réparties comme suit :

	SF PMI	SF PMI	SF PMI	SF PMI	SF II	SF II	SF III	SF III	SF lib	SF lib
Nombre consultations	7	6	5	4	6	4	10	9	3	7

Durée des consultations

Les durées prévues de consultations sont :

- En PMI : 60 minutes pour la première consultation du suivi et 30 ou 40 minutes selon les secteurs pour les suivantes.
- En libéral : 30 minutes pour toutes les consultations.
- En hôpital type II et III : 40 minutes pour la première et 20 pour les suivantes.

Les durées réelles n'ont jamais été plus courtes, mais parfois dépassées.

- En PMI, dans 1/3 des cas avec des variations entre 10 et 45 minutes supplémentaires.
- En libéral il n'y a pas eu de dépassement de durée.
- En hôpital, dans plus d'1/3 des cas elles dépassent de 5 minutes, et exceptionnellement dans 2 cas sur 28, elles ont dépassé de 20 minutes.

II- Profil de la population des sages-femmes de l'étude

Les sages-femmes observées ont entre 5 et 35 ans d'expérience professionnelle. Sept sont diplômées depuis moins de 15 ans.

Sur les dix sages-femmes, sept ont eu connaissance du guide de l'Inpes et cinq d'entre elles l'ont lu. Certaines ont spécifié l'avoir lu en « diagonale », ou avoir sélectionné les fiches dont les thèmes les intéressaient.

Elles ont bénéficié de formations sur les thèmes suivants : PNP, EPP, sexologie, santé et culture, diabétologie, violences conjugales, allaitement, allaitement et tabac, mutilations sexuelles, addictions, contraception et prévention, toxicomanie ; les journées post-universitaires et journées du Collège national des sages-femmes ont également été citées.

Le nombre de leurs formations est compris entre zéro et huit, avec une moyenne de

2,9 formations par sage-femme. La répartition moyenne par type d'exercice est de 1,5 par sage-femme hospitalière, 3,5 par sage-femme libérale et 4,25 par sage-femme de PMI.

Les formations souhaitées ou envisagées portent sur l'allaitement, la PNP, le deuil périnatal, la tabacologie, la nutrition, l'EPP.

Sur les 61 consultations observées, 11 ont eu lieu avec des patientes ne parlant pas ou peu le français. Les sages-femmes ont fait appel à des moyens permettant de dialoguer : en anglais, en présence d'un accompagnant bilingue, ou avec un interprétariat téléphonique. Sur les 11 consultations avec difficultés de langage, huit ont été réalisées dans le cadre de la PMI.

III- Résultats pour l'ensemble des observations

Les éléments collectés sur les grilles d'observations ont été transcrits dans un tableau (annexe II) qui permet de calculer pour chaque consultation observée, l'utilisation et le degré d'application d'un axe par thème.

Ensuite nous avons dégagé les moyennes de l'axe par sage-femme, par catégorie de sage-femme, ainsi que pour toutes les sages-femmes confondues.

Nous présenterons les résultats pour chaque axe étudié.

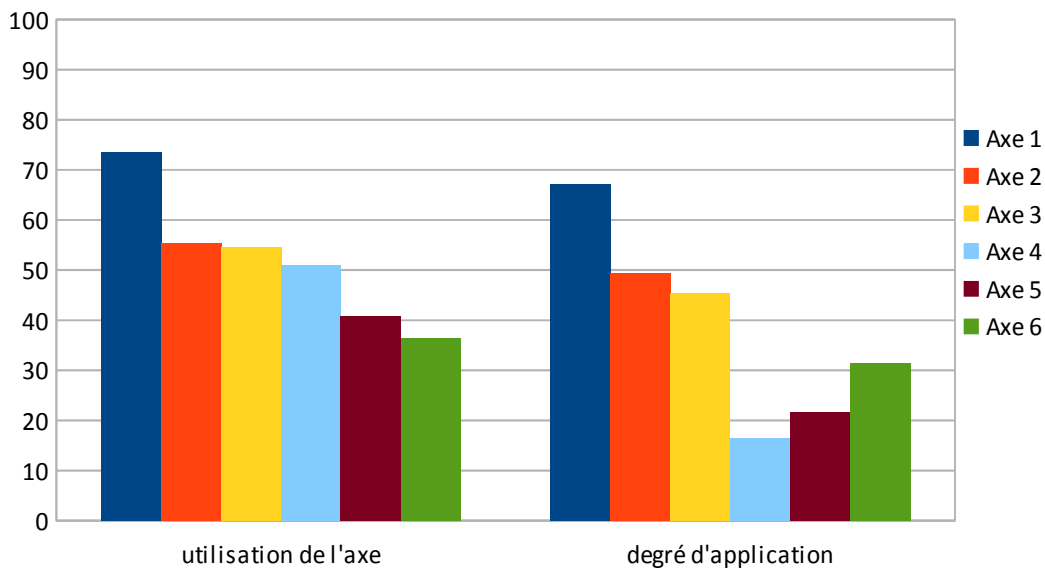


Illustration 1: Utilisation d'un axe pour l'ensemble des consultations, et degré d'application lorsqu'il est utilisé

Ce graphique (Illustration 1) nous permet de visualiser les moyennes d'utilisation et d'application des axes pour l'ensemble de la population des sages-femmes observées.

On remarque que les deux histogrammes sont superposables sauf pour l'axe 4 *accompagner la réflexion*, peu appliqué.

Sur l'ensemble des consultations observées, tous les axes d'intervention ont été utilisés. Ils sont mis en œuvre dans au moins 36% des consultations, pour l'axe 6 *faire le lien avec les autres acteurs*, et jusqu'à 73% pour l'axe 1 *favoriser l'expression/proposer une écoute*.

Le second histogramme montre l'emploi des composantes quand l'axe est utilisé, et traduit l'intensité de son application. Le degré d'application varie entre 16,5% pour l'axe 4 *accompagner la réflexion* et 67% pour l'axe 1 *favoriser l'expression/proposer une écoute*.

IV- Comparaison entre les différents exercices

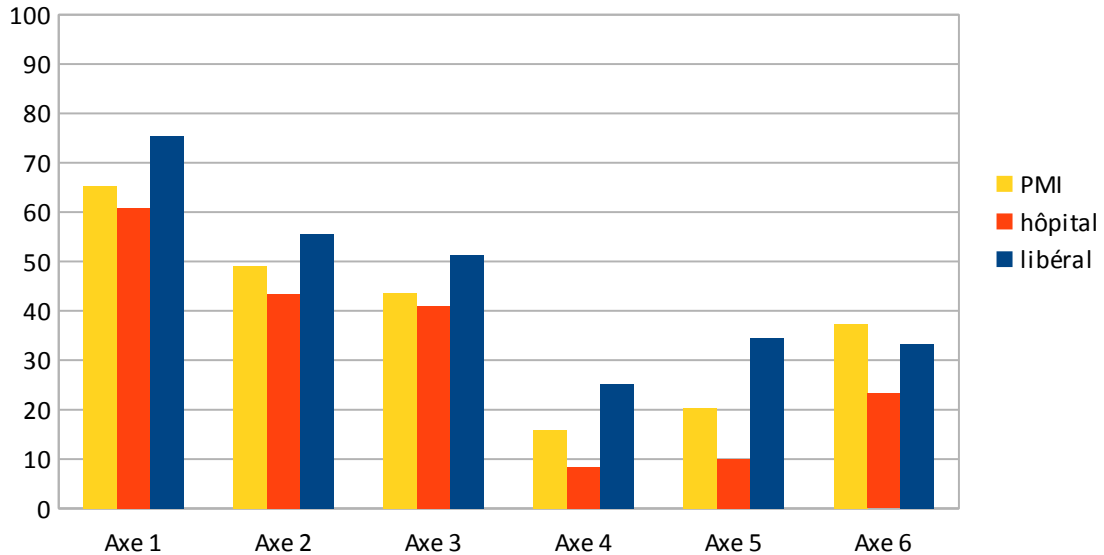


Illustration 2 : Utilisation des axes pour l'ensemble des consultations par catégorie de sages-femmes

Globalement on remarque la même tendance à utiliser les axes quels que soient les modes d'exercices des sages-femmes (Illustration 2).

Le taux d'utilisation des axes est globalement plus élevé chez les sages-femmes libérales, et plus bas chez les hospitalières. Les sages-femmes de PMI se situent entre les deux sauf pour l'axe 6 *faire le lien avec les autres acteurs* où elles ont le meilleur taux d'utilisation.

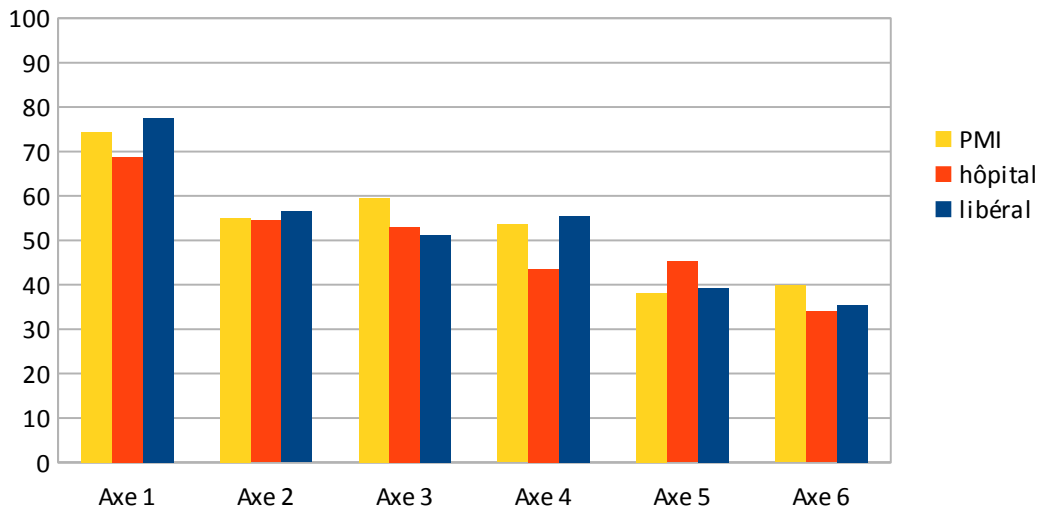


Illustration 3: Degré d'application des axes lorsqu'ils sont utilisés, par catégories de sages-femmes

Le degré d'application des axes est homogène dans les trois groupes de sages-femmes. On note chez les sages-femmes hospitalières une moindre application de l'axe 4 *accompagner la réflexion* et une application renforcée de l'axe 5 *s'engager*, tous niveaux de maternité confondus (annexe III). Le degré d'application des sages-femmes de PMI est supérieur dans les axes 3 *informer et expliquer* et 6 *faire le lien* (Illustration 3).

Les sages-femmes libérales et de PMI suivent une même patiente sur l'ensemble de la grossesse ce qui permet d'instaurer plus facilement une relation de confiance.

Dans le cadre des consultations hospitalières, une femme enceinte peut être reçue par une sage-femme différente à chaque consultation.

Le nombre de consultations programmées varie de 5 à 6 par demi-journée en PMI et de 8 à 10 à l'hôpital.

Les conditions d'exercice (pluralité des sages-femmes pour une patiente, rythme de travail : journée continue de consultations, durées réduites) peuvent impacter la potentialité de la sage-femme hospitalière à développer les axes d'intervention.

On constate une corrélation entre les résultats par catégories de sages-femmes et le nombre de formations suivies.

Axe 1, favoriser l'expression et proposer une écoute

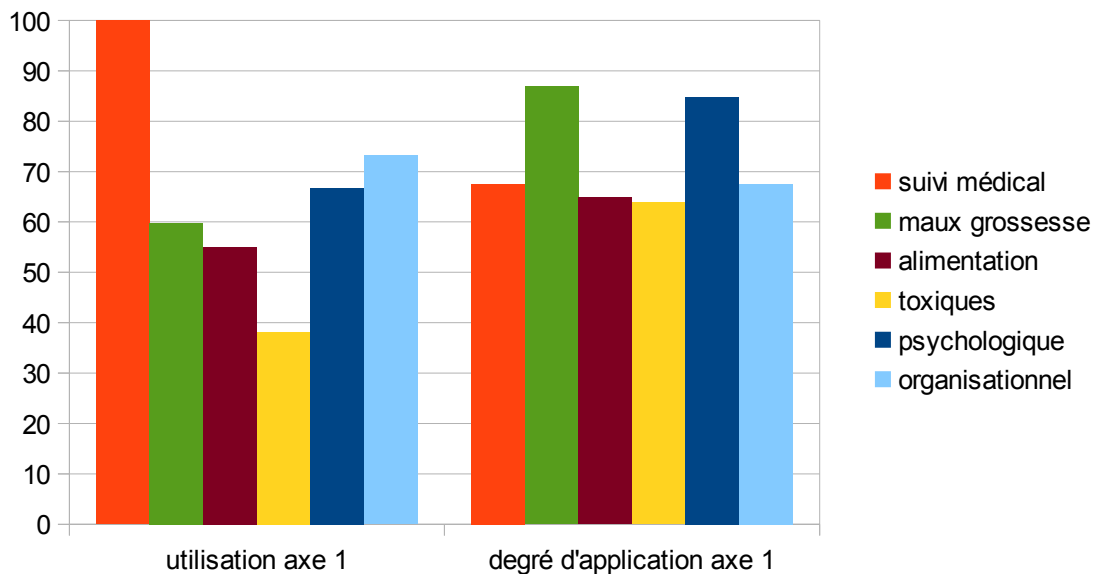


Illustration 4: Utilisation de l'axe 1 pour l'ensemble des consultations observées et son degré d'application lorsqu'il est utilisé

L'axe 1, *favoriser l'expression et proposer une écoute* a pour composantes dans la grille d'observation (annexe I):

- attitude d'écoute :
 - par le verbal
 - le non verbal, être attentif aux gestes
- encourager l'expression des :
 - attentes/souhaits
 - craintes/questionnements
 - vécu/émotions
 - du conjoint

L'axe 1 est utilisé pour le thème du suivi médical dans 100% des consultations (Illustration 4). Ce taux résulte du fait que les questions médicales de la grossesse

(contractions, mouvements actifs fœtaux, résultats des bilans et échographies) systématiquement abordées en consultation, conduisent toujours la sage-femme à interroger et proposer une écoute.

Pour les autres thèmes, l'axe est utilisé dans 38 à 73% des consultations. Le taux le plus bas concerne le thème des toxiques, qui peut n'être abordé qu'une fois à la première consultation.

Le degré d'application de l'axe 1 est plutôt homogène de 63 à 68%, pour les thèmes suivi de grossesse, alimentation, toxiques, et organisationnel. L'axe est utilisé de façon encore plus complète pour les thèmes maux de grossesse et psychologique, respectivement 84 et 86%.

Lors des observations, nous avons repéré et noté les situations et formulations suivantes :

Attitude d'écoute

Le verbal

L'attitude verbale est largement employée par les sages-femmes qui posent des questions ouvertes ou non dans tous les thèmes.

Exceptionnellement on a noté de mauvaises conditions d'échange : une sage-femme a prolongé dans le couloir une conversation avec la patiente et un ami traducteur, évoquant le risque éventuel d'une grossesse arrêtée devant d'autres patients.

Le non verbal

« Être attentif » à ses gestes suppose de regarder la personne. Huit sages-femmes observées sur dix ont regardé la patiente lorsqu'elles posaient des questions et écoutaient les réponses. Parmi elles, deux sages-femmes de PMI ont enregistré les données sur un ordinateur sans négliger de regarder la patiente.

Deux sages-femmes regardaient moins souvent les patientes : une en libéral, l'autre en hôpital de niveau III. La première recueillait ses données sur ordinateur et regardait très peu la patiente pendant l'interrogatoire, ni même lorsque cette dernière s'exprimait. La seconde regardait exclusivement les dossiers qu'elle complétait, et a réalisé une partie de

l'interrogatoire alors qu'une patiente se déshabillait pour l'examen clinique. Une autre sage-femme observée dans le même lieu et les mêmes circonstances a pris le temps de regarder la patiente.

L'étude révèle qu'il est possible, quel que soit le mode de recueil des données, par écrit ou sur ordinateur, de regarder la patiente.

Le regard et l'attention portés à la personne à laquelle on s'adresse dans le cadre d'un entretien en consultation sont essentiels à l'échange. On pourrait omettre cette notion dans le cadre d'une relation soignant-soigné. Or regarder la patiente ou le couple, peut aussi renseigner sur des éléments importants pour le suivi comme la relation avec le conjoint ou un état de tristesse voire de dépression de la femme (regard, posture prostrée).

Lors de l'étude, la sage-femme a pu profiter de l'examen clinique pour demander à l'accompagnant, parent ou conjoint, de sortir afin de poser à la patiente des questions sur leurs relations et s'assurer d'un bon contexte social.

Encourager l'expression

Huit sages-femmes sur les dix observées s'enquèrent de façon systématique en début de consultation de l'état de la patiente : « *comment allez-vous aujourd'hui ?* », « *comment ça va depuis la dernière fois ?* », « *depuis la dernière fois est-ce que vous avez eu des problèmes ?* ». Cette manière de débiter la consultation ouvre le dialogue et permet de donner la parole à la femme.

Parfois la sage-femme perçoit que la femme ne se livre pas sur un sujet et l'encourage à s'exprimer : « *est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez me dire ?* ». Devant une patiente peu expressive, voire mutique, la sage-femme a redoublé d'efforts, en regardant la femme dans les yeux de façon encourageante pour l'inviter à parler.

Lors d'une consultation où la suspicion de violences conjugales était importante, avec un contexte d'hospitalisation aux urgences et de radiologie de l'épaule, la femme balayait les questions d'un geste de la main en fuyant le regard. Rassurante, la sage-femme a su revenir plusieurs fois sur le sujet, de différentes façons, et créer un climat de confiance.

Questionnements

La totalité des sages-femmes observées pour l'étude terminent leurs consultations en demandant systématiquement à la femme : « *est-ce que vous avez des questions ?* », « *d'autres questions ?* ». En général les questions ont été souvent encouragées.

Vécu

Les sages-femmes ont interrogé sur le vécu : le désir de grossesse, la grossesse « *comment vous allez avec tout ça ?* », « *comment vous-vous sentez à la maison ?* » ; celui de la fratrie ; et le vécu au travail, « *vous avez l'air soucieuse, il y a quelque chose qui ne va pas ?* », « *vous en avez marre ?* ».

Certaines sages-femmes se saisissent facilement d'un sujet pour encourager l'expression du vécu « *l'IVG ça avait été ?* » - « *Je pensais que j'allais mourir* ». Ce qui favorise le repérage et la prise en charge d'éventuelles difficultés à venir.

Elles s'enquière des émotions face à événements traumatisants (violences, isolement) : « *ça a dû être dur pour vous ?* », « *elles doivent vous manquer* » (ses filles sont « *au pays* »).

Dans le cadre d'un antécédent de mort fœtale in utero, une sage-femme a favorisé l'émotion de la patiente à l'écoute des bruits du cœur.

La possibilité est offerte de mettre des mots et d'être écouté sur des aspects de la situation globale de la personne pour prévenir des situations difficiles.

Craintes

La sage-femme a encouragé l'expression de crainte pour éviter des situations de blocage liées par exemple à un antécédent d'accouchement prématuré, une prise de poids, le stress de l'examen gynécologique, la parentalité.

Souhaits et attentes

Les sages-femmes ont interrogé les patientes quant à leurs souhaits : désir de grossesse de la femme et du conjoint « *vous êtes contente ?, vous l'étiez tous les deux ?* » ; maintien de la grossesse « *qu'est-ce qui s'est passé pour changer d'avis ?* » ; choix du lieu

d'accouchement ; attente du couple quant au sexe de l'enfant ; projet de PNP.

L'expression des attentes et des souhaits amorce le dialogue et la discussion.

Faire intervenir le conjoint

Plusieurs sages-femmes se sont assurées que le conjoint a entendu les bruits du cœur pendant l'examen clinique.

Cependant, quand ils étaient présents, les futurs pères ont peu été invités à s'exprimer.

Axe 2, aborder et évaluer une situation

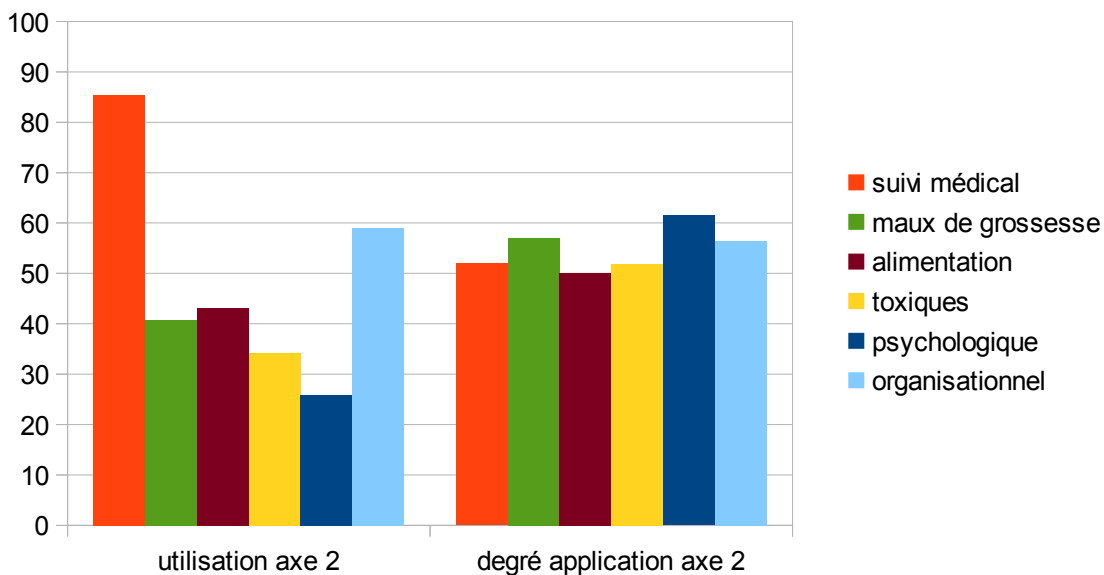


Illustration 5: Utilisation de l'axe 2 pour l'ensemble des consultations observées et son degré d'application lorsqu'il est utilisé

L'axe 2, *aborder/évaluer une situation*, a pour composantes dans la grille d'observation (annexe I) :

- prendre l'initiative d'aborder un sujet
- en expliciter la raison
- repérer les conséquences
- s'assurer de l'accord/du souhait d'en parler.

On remarque que l'axe 2 est surtout utilisé pour le thème *suivi médical* dans 85,5% des consultations (Illustration 5). Ce taux résulte du fait que les aspects médicaux de la grossesse sont systématiquement évalués par le professionnel.

L'utilisation élevée pour le thème *organisationnel* est la conséquence des préoccupations liées aux conditions d'arrivée de l'enfant. Les professionnels s'enquèrent

des questions de sécurité sociale, de logement, de préparation et de confort matériels.

Pour le versant *psychologique* l'axe est moins utilisé. Il a été repéré dans l'évaluation du vécu, de l'entourage (conjoint, isolement...), vécu au travail, vécu de la fratrie.

Lorsque l'axe 2 est utilisé, il est appliqué entre 51 et 61% de façon homogène pour tous les thèmes.

Lors des observations, nous avons repéré et noté les situations et formulations suivantes :

Prendre l'initiative d'aborder un sujet

Une sage-femme a pris l'initiative d'aborder la question de violences conjugales qu'elle suspectait.

Dans une démarche systématique, une autre a interrogé : « *il est toujours gentil avec vous ?* », réponse de la femme : « *maintenant oui* ».

Nous avons noté une recherche active de certaines questions d'ordre médical, présence de contractions utérines, métrorragies, mouvements actifs fœtaux, antécédents obstétricaux, ainsi que les questions de consommation de toxiques, qualité du sommeil, logement, sécurité sociale, situation avec le conjoint, isolement.

Les maux de grossesse sont plus souvent abordés par la femme, puis explorés par les professionnels quant à leurs conséquences.

En expliciter la raison

Les sages-femmes ont justifié dans les cas suivants :

conséquences du diabète sur fœtus « *ce qui m'intéresse c'est de savoir si...* » ;

complémentation en fer. La femme a indiqué avoir compris l'intérêt et s'engager à l'observance ;

intérêt de dépister le cancer du sein et du col de l'utérus ;

consommation de toxiques ;

conséquences du tabac ;

conseils alimentaires « *vous êtes en surpoids* » et conséquences d'une prise de poids trop importante ;

questions du logement et de l'organisation justifiées par l'arrivée proche de l'enfant ;
soutien psychologique en explicitant « *je vous sens anxieuse* ».

Certaines sages-femmes n'ont pas justifié :

l'importance et la nécessité de l'insuline face à un couple réticent ;

l'importance de surveiller la prise de poids : « *faites attention au poids !* », « *attention au poids vous avez quand même pris x kilo* » et « *attention pendant les fêtes* » sans explication sur les conséquences.

Repérer les conséquences

Chaque fois que les sages-femmes ont pris l'initiative d'aborder un sujet, elles en ont repéré les conséquences. Par exemple, dans une situation d'agression physique par un membre de la famille, elle a évalué le risque de nouvelles violences.

Demander l'accord pour en parler

Nous avons repéré cette question une seule fois dans le cas de violences conjugales, « *vous voulez bien m'expliquer ?* », « *n'est-ce pas trop curieux de vous demander...?* ».

La population de l'étude a appliqué l'axe *aborder et évaluer une situation* de façon soutenue pour ses deux composantes *prendre l'initiative d'aborder un sujet* et *repérer les conséquences*, et restreinte pour la composante *demander l'accord pour en parler*.

Axe 3, informer et expliquer

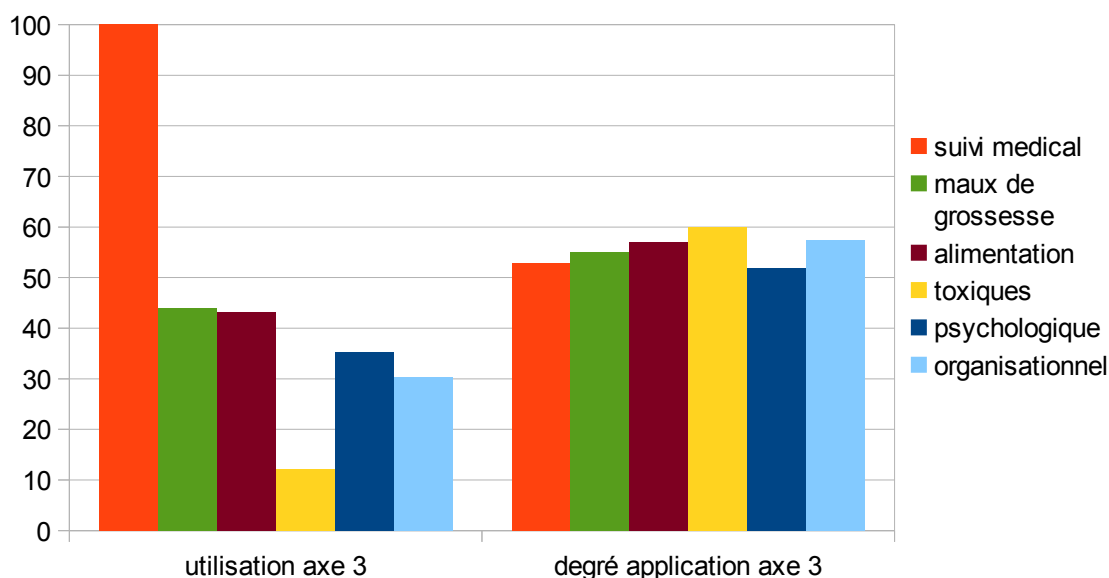


Illustration 6: Utilisation de l'axe 3 pour l'ensemble des consultations observées et son degré d'application lorsqu'il est utilisé

L'axe 3, *Informer et expliquer*, a pour composantes dans la grille d'observation (annexe I) :

- explorer les connaissances de la patiente
- demander si la personne veut être informée
- compléter ses connaissances, informer
- détecter une incompréhension, expliquer.

On remarque une utilisation inégale selon le thème (Illustration 6).

Il intervient dans 100% des consultations qui traitent du versant médical de la grossesse. On l'utilise pour les autres thèmes, dans 35 à 45% des consultations, excepté les toxiques pour lesquels le recours à l'axe 3 chute à 12%. Présent aux premières consultations, le thème des toxiques peut n'être jamais plus abordé aux suivantes.

Lorsque cet axe est utilisé, son application est homogène pour tous les thèmes, avec un pourcentage d'application compris entre 52 et 60.

L'étude révèle que l'axe 3 *informer et expliquer* fait surtout appel à ses deux dernières composantes *compléter les connaissances* et *détecter une incompréhension*.

Lors des observations nous avons repéré et noté les situations et formulations suivantes :

Explorer les connaissances de la patiente

« *je ne sais pas si vous savez ce que c'est ?* », pour le dépistage de la trisomie 21 ;
« *qu'est-ce que le médecin vous avait dit ?* », pour une pathologie de la grossesse ;
« *savez-vous ce que c'est ?* », pour l'acupuncture ;
« *on vous avait expliqué ?* », pour la datation de la grossesse avec l'échographie ;
« *on vous a déjà expliqué ce qui fait prendre du poids ?* », exploration des repas, exploration des connaissances en nutrition.

« *on vous avait expliqué ?* », « *vous savez ?* », « *est-ce que vous connaissez la toxoplasmose ? Est-ce que vous savez ce qu'il faut faire et ne pas faire ?* », « *vous vous souvenez ?* », « *on vous a bien dit de... ?* », à propos de la toxoplasmose et de l'hygiène alimentaire ;

une sage-femme en fin de consultation fait systématiquement le rappel de l'hygiène alimentaire en questionnant « *... vous savez ?* » ;

« *vous savez pendant la grossesse c'est 0 alcool* », pour la consommation de toxiques ;

« *est-ce qu'on vous a déjà dit ?* », pour l'auto-palpation des seins ;

« *est-ce que vous vous rappelez/savez quand venir aux urgences ?* », pour l'exploration de la question « *Quand venir aux urgences* » ; cette façon d'aborder le sujet peut être liée à l'habitude de certaines sages-femmes d'animer des séances de PNP.

L'exploration des connaissances de la patiente est un principe de l'éducation en santé par lequel on reconnaît à la personne des compétences (détention d'information, savoir), auxquelles on lui demande de recourir.

L'exploration par les professionnels rend la mémorisation des informations plus efficace et permet de mieux mobiliser les connaissances le moment venu car le

cheminement de la réflexion aura déjà été fait (récupération des données). Cette démarche n'a pas été observée de manière systématique.

Demander si elle souhaite être informée

Nous n'avons pas observé cette demande lors de notre étude. Ceci peut être en partie justifié par le fait que la délivrance de certaines informations revêt un caractère obligatoire ou nécessaire à la suite de la prise en charge. Dans le guide ce point est illustré par : « *souhaitez-vous que je vous explique comment se passe...* ». Cette démarche peut être plus adaptée à la PNP où l'on peut aborder certains thèmes suivant les choix de la femme.

Compléter ses connaissances, informer

« *c'est bien* », « *c'est parfait* », « *c'est normal* », « *c'est bon* », au cours de l'examen clinique, ou après lecture à voix haute des comptes-rendus d'échographie et des résultats d'examens ;

« *je vais vous expliquer* », certaines sages-femmes expliquent systématiquement les examens : examen clinique, prélèvement vaginal, bilans sanguins ; d'autres expliquent moins spontanément mais répondent aux questions posées ;

« *on vous a donné le livret ?, relisez-le* », en remettant un dépliant de conseils de nutrition ;

à une question d'automédication, la sage-femme a répondu.

Une sage-femme montre comment auto-palper ses seins et l'invite à le faire plusieurs fois par an. Une autre professionnelle n'a pas fourni d'information à une femme qui indiquait avoir recherché sur internet comment se palper les seins.

L'information est apportée par le professionnel spontanément ou en réponse à la demande de la patiente. Les postures varient : on a pu remarquer que certains professionnels donnent moins systématiquement d'informations que d'autres.

Détecter une incompréhension, expliquer

« *vous avez compris ?* », « *d'accord ?* » ;

la sage-femme cherche une photo de personne atteinte de trisomie 21 pour être

comprise ;

elle fait des gestes pour être bien comprise par une patiente ne parlant pas bien le français ; elle reformule « *VIH c'est le virus du Sida* ».

Les sages-femmes observées ont en général cherché à détecter une éventuelle incompréhension. Attentives aux patientes : hochement de tête, froncement de sourcils, regard, elles ont été réceptives à leurs demandes de précision. En cas de difficultés avec le français, elles se sont assurées d'être entendues (traducteur, ami présent, traducteur par téléphone, gestes).

Il est également arrivé que la sage-femme délivre une information sans s'assurer qu'elle était comprise.

Axe 4, accompagner la réflexion

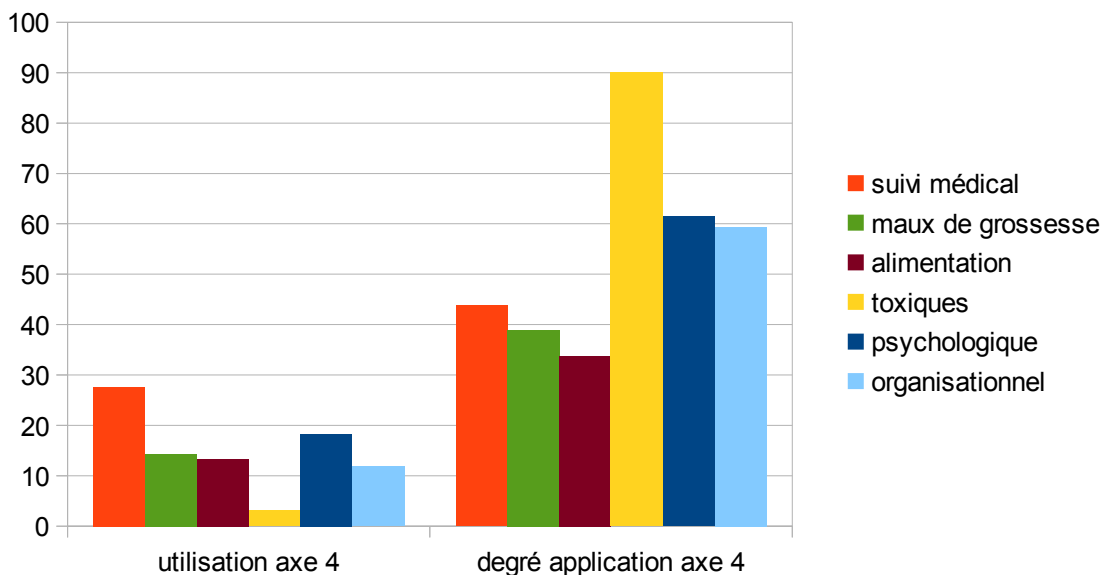


Illustration 7: Utilisation de l'axe 4 pour l'ensemble des consultations observées et son degré d'application lorsqu'il est utilisé

L'axe 4, *accompagner la réflexion* a pour composantes dans la grille d'observation (annexe I) :

- identifier les alternatives possibles, leur inconvénients et avantages
- aider à se positionner/hierarchiser
- aider à identifier : motivation, volonté, raisons
- aider à identifier les ressources de la patiente et son conjoint
- mettre en place un plan d'action.

D'après des moyennes calculées on peut remarquer que l'axe 4 est relativement peu utilisé. Il est employé en effet dans 3 à 27% des consultations (Illustration 7).

Nous ne sommes pas toujours confrontés à une situation nécessitant une prise de décision ou une réflexion sur la future conduite à tenir. Cet axe permet d'accompagner la réflexion de la femme ou du couple lors de certaines situations. Il était attendu que son

utilisation ne soit pas systématique dans toutes les consultations.

Le degré de l'application de l'axe 4 varie selon les thèmes abordés de 33 à 90%, avec un minimum pour l'alimentation, et un maximum pour les toxiques.

Lors des observations nous avons repéré et noté les situations et formulations suivantes :

Identifier les alternatives

L'identification des alternatives a été recherchée quasi systématiquement par les sages-femmes qui ont utilisé l'axe 4.

Cette étape permet de présenter l'ensemble des possibilités offertes à la femme, pour une situation donnée.

Elles ont pu être amenées à informer la patiente d'un droit, par exemple dans un contexte d'antécédent de viol : *« vous savez que vous pouvez porter plainte même longtemps après les faits ? »*.

L'identification des alternatives est réalisée de façon objective : par exemple, les sages-femmes ont expliqué ce qu'est la trisomie 21, puis présenté les différentes étapes du dépistage et les examens nécessaires suivant les résultats.

Les alternatives proposées dépendent parfois des patientes : pour aborder la prise de poids par exemple, certaines sages-femmes ont exploré leurs habitudes alimentaires pour adapter les conseils diététiques de façon personnalisée. Sur le sujet de l'organisation du travail, la sage-femme a invité la patiente à réfléchir et envisager les aménagements possibles.

L'objectif de l'axe 4 est de permettre la prise de décision en connaissance de cause, pour la consommation de tabac et ses conséquences par exemple, ou en connaissance des possibilités, pour le dépistage de trisomie 21 par exemple.

Nous avons observé que les sages-femmes instaurent un dialogue où la communication des informations est principalement objective avec une description

détaillée des étapes et des alternatives possibles, mais aussi personnalisée, c'est-à-dire adaptée à la situation particulière de chaque femme.

Aider à se positionner, hiérarchiser

Après avoir identifié les alternatives, la sage-femme s'enquiert de l'éventuelle prise de position de la patiente: « *c'est vous qui décidez* » pour le dépistage de la trisomie 21, « *qu'est-ce que vous voulez faire ?* » quant à la possibilité de porter plainte dans un contexte de viol.

Cette étape a été souvent mêlée à l'établissement du plan. Pourtant, questionner au préalable la femme sur son intention, lui rappelle que la décision lui revient et la conforte dans l'idée qu'elle sera accompagnée dans ses choix.

Identifier volonté/raisons/motivations

Avant la prise de décision, il apparaît judicieux d'accompagner la personne dans son positionnement en l'aidant à identifier ce qui la motive, ses raisons, sa volonté.

« *qu'est-ce que vous en pensez?* » du dépistage de la trisomie 21 ;

« *qu'est-ce qui vous intéresse?* » souhaits pour le projet de PNP ;

« *avec le diabète ça devient compliqué pour vous* » motive l'arrêt de travail ;

« *vous souhaitez diminuer?* », « *c'est mieux pour le bébé* » volonté et raisons pour l'arrêt du tabac ;

« *vous vous en sortirez grâce à votre volonté* », « *c'est un bon exemple pour vos enfants* » volonté et raisons de sortir d'un contexte de violences conjugales ;

Le fait de formuler les souhaits ou raisons permet à la personne de se situer et d'affirmer sa position. Ainsi, son choix sera motivé et cela favorisera sa capacité à trouver les moyens de tenir ses engagements.

Aider à identifier les ressources de la patiente

Une sage-femme appuie de façon positive le fait que la femme ait une promesse d'embauche.

Une autre valorise les connaissances de la femme afin d'adapter le programme de PNP à ses besoins personnels.

« *c'est bien vous êtes prévoyante* » pour les démarches administratives ;
« *écouter son corps* » restituée à la femme cette compétence ;
prise en compte de l'entourage, des collègues pour l'aménagement du travail ;
« *vous arrivez à diminuer[le tabac] ? C'est déjà très bien* » ;
à une patiente qui ne fume pas : « *c'est très bien* » ;
« *c'est bien que vous ayez porté plainte* », « *déjà beaucoup de choses sont engagées*
[SOS femmes, entourage amical] » pour des violences ;
« *vous serez la plus à même de sentir une différence* » à propos de l'auto-palpation
des seins.

Aider à identifier les ressources de la patiente contribue à une action de renforcement, notion essentielle de l'éducation en santé. Les sages-femmes ont appuyé des faits qui soulignent les forces de la patiente et les aides sur lesquelles elle peut compter. La verbalisation des éléments positifs est importante car elle soutient la patiente dans ses actions. Certaines sages-femmes ont encouragé les femmes d'une façon plus spontanée que d'autres qui n'ont pas toujours appliqué cette composante.

Mettre en place un plan d'action

Le plan d'action revêt différentes formes. Lorsque la réflexion concerne le choix des séances de PNP, le plan consiste à un accord sur les thèmes des séances et la prise des rendez-vous : « *on peut faire les séances ensemble si vous voulez* » ; en matière d'alimentation le plan est défini par un changement à effectuer.

Aborder une possibilité déjà évoquée dans un premier temps, proposer à la patiente de réévaluer sa situation lors d'une prochaine consultation ont été des plans d'action mis en place. En matière de prise de poids, le plan a consisté par exemple à limiter la prise à x kilos entre deux rendez-vous.

Il n'a pas été observé de proposition de réévaluation des objectifs aux consultations suivantes pour l'alimentation.

Nous avons relevé des situations où la sage-femme n'a pas eu recours à l'axe 4 alors

qu'il aurait été adapté:

« *ça serait bien si vous pouviez arrêter de prendre du poids, c'est pour vous* », sans aucune proposition ni réflexion de la part de la sage-femme.

« *il ne faut plus le revoir* [cousin qui a agressé la patiente] », sans proposer d'y réfléchir.

Nous avons relevé lors d'une consultation un exemple d'application à 100% de l'axe 4 *accompagner la réflexion* avec ses cinq composantes. Il s'agissait de la consommation de tabac du conjoint :

- Identifier les alternatives possibles, leur inconvénients et avantages : a proposé de fumer à l'extérieur, de diminuer pendant la grossesse pour arrêter quand l'enfant sera né ;
- aider à se positionner/hierarchiser : « *est-ce que vous souhaiteriez diminuer votre consommation ?* » ;
- aider à identifier les raisons: a expliqué les conséquences pour l'enfant et à identifier la motivation ;
- aider à identifier les ressources : a souligné de façon positive que la femme ne fume pas « *c'est bien* » ;
- mise en place d'un plan d'action : il a été convenu que le père revienne vers la sage-femme lorsqu'il sera prêt.

Axe 5, s'engager

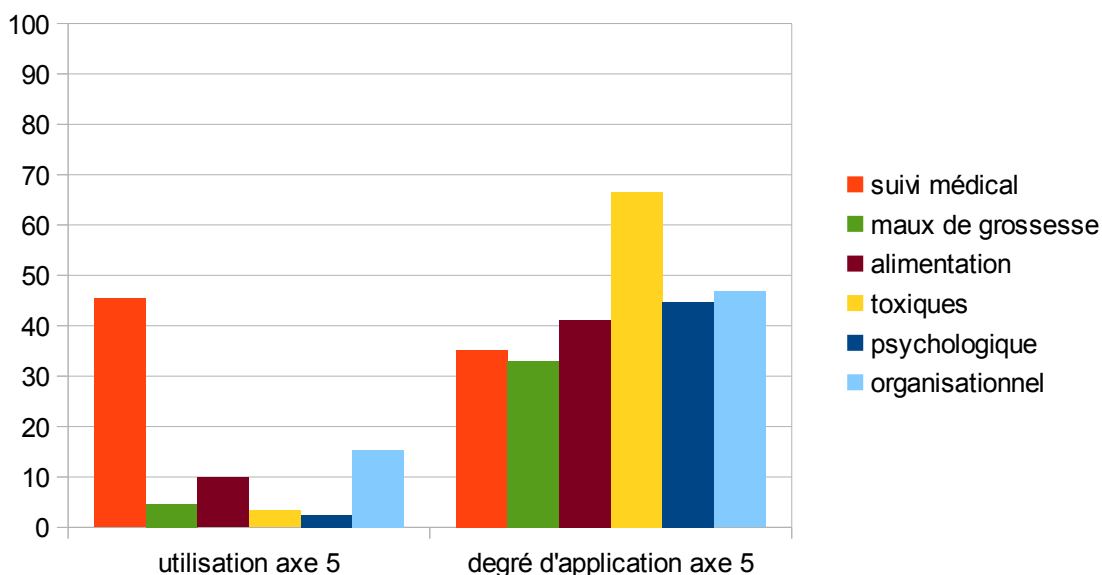


Illustration 8: Utilisation de l'axe 5 pour l'ensemble des consultations observées et son degré d'application lorsqu'il est utilisé

L'axe 5, *s'engager*, a pour composantes dans la grille d'observation (annexe I) :

- se positionner en réponse ou non à une demande
- signifier sa disponibilité
- montrer sa capacité à respecter les choix sans jugement.

L'utilisation de l'axe lors des observations a été très faible, avec un taux compris entre 2,5 et 10% des consultations pour les thèmes maux de grossesse, alimentation, toxiques, et psychologique; et des taux légèrement plus élevés pour les thèmes organisationnel (15%) et suivi médical (45%) (Illustration 8).

L'Inpes précise dans son guide que les différents axes d'intervention peuvent être employés ponctuellement selon le besoin du professionnel. De plus, les composantes de l'axe 5 peuvent ne pas être verbalisées.

En effet, dans certaines situations le positionnement du professionnel n'est pas nécessairement utile à la réflexion du patient; sa disponibilité dans le suivi n'est pas rappelée à chaque consultation si le professionnel l'a dit en début de suivi par exemple; et enfin, l'absence de jugement relativement commune aux professionnels de santé, ne sera appuyée que si la situation le nécessite, par exemple pour renforcer le lien de confiance afin d'évaluer une situation de violences conjugales.

Cet axe a été peu mis en pratique mais lorsqu'il l'a été, son degré d'application s'est situé entre 33 et 47%, et atteint 67% pour le thème des toxiques.

Lors des observations, nous avons repéré et noté les situations et formulations suivantes :

Se positionner

"ça serait bien" de faire des cours de PNP ;
"c'est vraiment important", *"il vaut mieux"* effectuer certains bilans ;
"je vous conseille de le faire"; *"c'est bien de la faire"*, *"je pense que ça serait pas mal que vous fassiez de la prépa"*, *"ça me paraît important"* la PNP ;
"c'est bien" de ne plus consommer de toxiques ;
"ça serait bien que vous accouchiez" compte-tenu du diabète déséquilibré ;
"personnellement", *"moi je vous conseille de..."* ;
"vous devriez" mettre des bas de contention ;
"il faut arrêter" de prendre du poids ;
"vous n'avez pas une histoire facile je pense que" argumenter le suivi psychologique ;
"je crois que vous avez eu raison" de partir ;
"ce n'est pas un luxe" d'arrêter de travailler ;
"je trouve que", *"je préfère que"*.

Signifier sa disponibilité

"si on a les résultats on vous appelle", *"si le résultat revient positif, je vous envoie"*

l'ordonnance, *"je vous rappelle"*, *"moi je vais les appeler"*, récupérer des résultats de laboratoire par téléphone ;

"s'il y a des jours où il fait trop froid, venez dormir à l'hôpital c'est toujours mieux";
"si...revenez vers moi";

signifier sa disponibilité en centre de PMI, ou pour le futur suivi post-natal en libéral ;

"reprenez me voir après..." pour reparler de l'échographie ;

"s'il y a quoi que ce soit dans l'intervalle [avant la future consultation] allez aux urgences si c'est physique, ou passez ici frapper à la porte si c'est pour le moral";

"entre-temps vous pouvez consulter ici ou un médecin généraliste";

"on va se voir tous les mois", *"je vais vous revoir"*;

"vous pouvez m'appeler si questions" sage-femme libérale.

Montrer sa capacité à respecter les choix sans jugement

"ce n'est pas pour vous juger" pour la procédure de rencontre avec un psychologue pour une mineure ;

"vous pouvez demander de l'aide"; *"je sais que c'est difficile"*; *"il ne faut pas avoir honte"* d'avoir à demander et accepter de l'aide dans un contexte de précarité importante;

"dites-moi franchement", *"je sais que c'est difficile"* pour le conjoint de moins fumer ;

montrer sa capacité à ne pas juger une patiente qui n'a pas fait suivre plus tôt sa grossesse car elle hésitait encore à garder l'enfant;

"c'est un crime puni par la loi" objectivité du propos, pas de jugement ;

"c'est comme vous voulez" pour le choix du lieu de suivi ;

"je sais que ça n'est pas facile" de gérer le diabète ;

"ce n'est pas parce que le col est fermé que vous n'avez pas le droit d'être fatiguée".

Nous avons relevé un jugement négatif lors d'une consultation: *"vous savez qu'il existe des pilules pour ne pas avoir de bébé"*, devant un nombre élevé d'interruptions volontaires de grossesse. L'information est donnée sur le ton du reproche "ce n'est pas bien", ou encore *"bon madame ça ne va pas du tout. ça.."*, pour des bilans non faits, sans proposition ni question.

Nous avons relevé dans une consultation avec un contexte de violence conjugale, une application de l'axe à 100%, avec les trois composantes *positionnement/disponibilité/non jugement*:

- *"vous faites bien, vous avez raison", "c'est bien madame", "je pense que c'est bien que vous le disiez", "c'est important de nous le dire"*
- *"comme ça vous savez que vous pouvez nous en parler", "vous pouvez vous réfugier dans la maternité si il y a quoi que ce soit"*
- *"vous pouvez tout me dire".*

Axe 6, faire le lien avec les autres intervenants

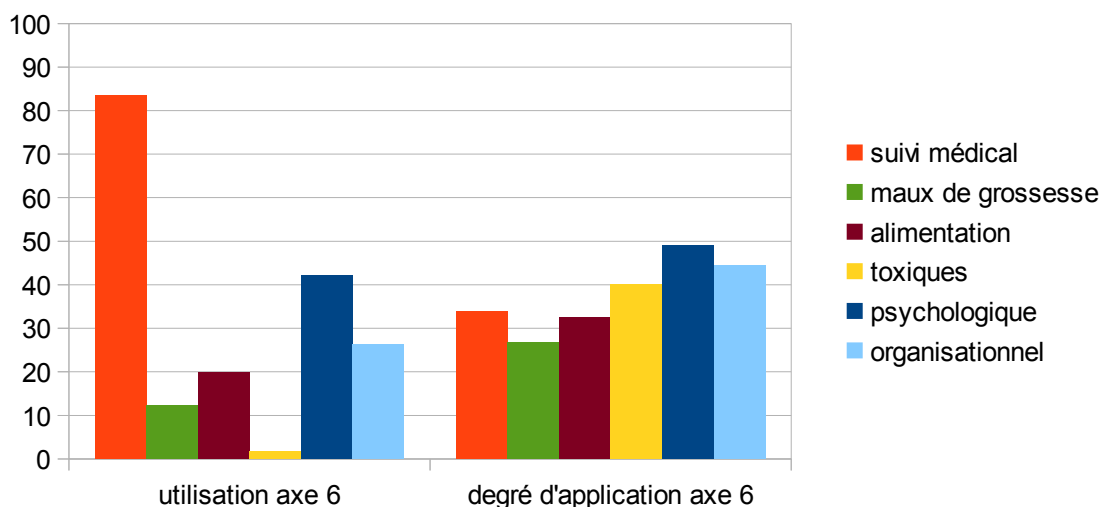


Illustration 9: Utilisation de l'axe 6 pour l'ensemble des consultations observées et son degré d'application lorsqu'il est utilisé

L'axe 6, *faire le lien avec les autres intervenants* a pour composantes dans la grille d'observation (annexe I) :

- S'enquérir de qui suit la patiente
- s'adresser à d'autres professionnels pour avis et orientation
- mettre en commun les informations
- décider avec la femme des informations qui seront transmises au professionnel
- prendre en compte les appuis personnels de la femme/couple.

L'axe est majoritairement utilisé pour les questions d'ordre médical (Illustration 9). Le taux (83%) s'explique par la pluridisciplinarité des intervenants médicaux et paramédicaux de la grossesse qui induit des actions fréquentes pour l'orientation et la prise de rendez-vous.

Le taux 1,7% pour les toxiques s'explique par le peu de situations de consommation

rencontrées.

L'axe est appliqué de façon modérée entre 27 et 49%. Les thèmes toxiques, psychologique et organisationnel ont davantage soulevé la question du lien avec les autres intervenants car le partage d'informations non strictement médicales, a amené la sage-femme à développer les autres composantes *décider avec la patiente des informations qui seront transmises et prendre en compte les appuis personnels.*

Lors des observations nous avons repéré et noté les situations et formulations suivantes :

S'enquérir de qui suit la patiente et s'adresser à d'autres professionnels

Les sages-femmes se sont assurées du suivi avec une assistante sociale, une psychologue, de rendez-vous d'échographie ou en consultation : "*vous avez commencé? Comment s'appelle la sage-femme?*" (PNP).

Elles ont orienté et donné les coordonnées d'assistante sociale, de centres de PMI, de sages-femmes acupunctrices, de diabétologues, de diététiciennes, de sages-femmes libérales pour la PNP et l'échographie.

Une sage-femme a présenté le réseau Solipam (Solidarité Paris Maman).

En PMI elles ont orienté vers des restaurants solidaires.

Elles ont parfois orienté et accompagné la patiente aux urgences ou au service social.

Une sage-femme a orienté un conjoint non assuré pour une prise en charge de ses soins dentaires.

Elles ont parfois pris contact avec les services de PMI directement, pour s'assurer de la prise en charge future. Une autre sage-femme, à la demande de la patiente, a téléphoné à la psychologue pour l'informer des motifs de l'orientation.

Nous avons relevé des consultations où la sage-femme a souligné une prise de poids excessive sans proposer de suivi diététique.

Dans une situation particulièrement précaire où l'aspect diététique pouvait être secondaire pour la femme, la proposition de la sage-femme de consulter une diététicienne a

été favorablement accueillie.

Mettre en commun les informations

Dans une des maternités, les sages-femmes remettent aux patientes le compte-rendu informatisé de la consultation et expliquent qu'elles peuvent le montrer à leur médecin généraliste par exemple.

Certaines maternités leur confient le dossier de grossesse. L'information est alors directement partagée et complétée par les différents intervenants.

La sage-femme libérale a rédigé un courrier à l'attention d'un autre professionnel et remis non cacheté à la patiente.

Décider avec la femme des informations qui seront transmises au professionnel

Une sage-femme de PMI explique systématiquement dès les premières consultations le recueil écrit de données et le secret médical partagé par l'équipe. De plus elle lit à voix haute ce qu'elle note dans le dossier : *"j'écris ça", "je marque ça", "je le marque"*.

Parfois lorsqu'elles orientent, les sages-femmes transmettent les informations par téléphone pendant la consultation ; l'accord de la femme ou du couple n'est pas explicitement demandé, mais ils sont informés de ce qui est transmis.

Dans certaines situations, les sages-femmes ont sollicité l'accord de la patiente pour transmettre des éléments d'information : *"ça ne vous dérange pas que j'en parle à mes collègues médecins, sages-femmes, psychologue et assistante sociale pour votre prise en charge? D'accord?"*

La sage-femme de PMI a prévenu la patiente de la tenue possible d'une réunion pluridisciplinaire concernant sa recherche d'hébergement.

Prendre en compte les appuis personnels de la femme/couple

Certaines sages-femmes se sont renseignées sur l'appui possible de l'entourage : conjoint, famille, amis, entourage professionnel. Une sage-femme a cherché si la patiente en cours de procédure judiciaire pour violences conjugales était entourée : amies, SOS femme, etc.

Les sages-femmes ont pu souligner les ressources des patientes : *"c'est bien que*

vous appreniez le français", "il y a votre maman qui est là elle va vous aider".

Discussion

Les points forts de l'étude

- Il a été possible d'observer les sages-femmes dans plusieurs types d'exercice (PMI, libéral, hôpital), avec des paramètres variés : missions et objectifs, organisation, moyens, population. Cette multiplicité a enrichi l'étude.
- La démarche d'observation a été accueillie très positivement, sans aucun refus des sages-femmes, des cadres, des patientes. Quelques professionnels ont souligné le bénéfice de l'observation sur les pratiques.
- L'observation par une seule personne garantit l'uniformité du recueil des données.
- Les comportements ont été observés en direct, les données factuelles saisies au fur et à mesure de la consultation.

Les biais et les limites

- Les sages-femmes ont pu modifier leur comportement du fait de la présence d'un observateur.
- Des éléments peuvent avoir échappé à l'attention de l'observateur.
- L'observation a pu être subjective.
- Deux des sages-femmes de maternité ont été désignées par la cadre et prévenues du sujet de l'étude, avec communication préalable de la grille d'observation et du guide de l'Inpes.
- Le nombre de sages-femmes et des consultations observées est limité. Les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population. Il est également difficile de conclure à des différences significatives entre les trois types d'exercice observés : PMI, libéral, hôpital. Une étude portant sur un plus grand nombre de sages-femmes permettrait d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population.
- L'étude ne permet pas d'apprécier la pleine mesure d'une posture lorsque ses éléments ne sont pas verbalisés.

Les principaux résultats

Les 6 axes d'intervention ont tous été abordés par les sages-femmes avec un degré d'application variable compris entre 16 et 67%. Les résultats confirment l'hypothèse de l'étude selon laquelle les sages-femmes sont dans une démarche d'éducation en santé et qu'elles s'y inscrivent partiellement.

AXE 1

Les sages-femmes ont largement *proposé une écoute et favorisé l'expression* avec un degré d'application de l'axe à 67,17%. Selon notre échelle de mesure, leur démarche est satisfaisante.

Les sages-femmes ont porté une attention constante à leurs patientes ; cependant l'expression du vécu et des émotions qui s'y rattachent, pour la femme et le conjoint a été irrégulièrement encouragée.

Cette expression permet de repérer « *des situations de vulnérabilité* » et « *d'améliorer la sécurité émotionnelle des parents en mobilisant leur ressources* ».

Or « *L'ensemble des difficultés ne pouvant [...] être détecté uniquement dans un entretien spécifique [EPP] l'évaluation de la santé psychosociale doit être une préoccupation au cours de chaque consultation prénatale* » [1].

AXE 2

Les sages-femmes ont *abordé et évalué les situations* avec un degré d'application de 49,31%, qui les situe dans une démarche éducative partielle.

Elles ont su repérer les conséquences des sujets abordés. En revanche elles ont peu souvent explicité leurs raisons et n'ont jamais sollicité l'accord des patientes pour en parler.

AXE 3

Les sages-femmes ont abordé l'axe d'intervention *informer et expliquer* avec un degré d'application de 45,33%, qui les situe dans une démarche éducative partielle.

Elles ont su apporter l'information et en général s'assurer d'une bonne compréhension.

Elles n'ont pas exploré de façon systématique les connaissances de la patiente et lui ont rarement demandé si elle souhaitait être informée.

AXE 4

Les sages-femmes ont *accompagné la réflexion* avec un degré d'application de 16,49%, qui traduit une démarche éducative insuffisante.

Elles ont su identifier et présenter des alternatives. En revanche, elles ont peu souvent valorisé les volontés et la motivation de la patiente dans ses choix, et peu souligné ses ressources. En ce sens elles l'auraient davantage confortée dans ses engagements.

AXE 5

Le degré d'application de l'axe *s'engager* est relativement faible. Avec 21,57%, la démarche apparaît insuffisante, mais il convient de pondérer le résultat car l'engagement des sages-femmes peut ne pas être visible.

AXE 6

En ce qui concerne *le lien avec les autres acteurs*, les sages-femmes s'inscrivent partiellement dans une démarche d'éducation pour la santé, avec un degré d'application de l'axe de 31,33%.

Selon les thèmes, elles ont irrégulièrement soumis à la patiente la question du choix des informations communiquées; et n'ont qu'exceptionnellement pris en compte ses appuis.

Sur les six axes d'intervention, un axe, *favoriser l'expression et proposer une écoute*, a été abordé de manière satisfaisante, un axe, *accompagner la réflexion*, l'a été insuffisamment, et trois l'ont été partiellement.

Une étude a été menée au Portugal en 2012 sur le même sujet, avec une approche méthodologique d'observation de consultations anténatales en partie similaire. Les résultats ont situé les infirmières sages-femmes dans une médecine prescriptive où le savoir des professionnels est imposé comme savoir unique, malgré quelques situations au modèle plus éducatif centré sur la femme et dans une relation moins asymétrique [25].

Les résultats de notre étude sont plus satisfaisants mais il est difficile de comparer

les études étant donné la différence des compétences et des populations observées. Nous ne pouvons donc mesurer une évolution entre ces deux périodes.

A notre connaissance, la seule étude portant sur les pratiques éducatives des sages-femmes françaises est une enquête nationale réalisée auprès de sages-femmes et d'étudiants en 2012. Elle avait pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques éducatives et d'évaluer la satisfaction des professionnels et étudiants en fin de cursus quant à leur formation en éducation à la santé.

Les étudiants ont révélé des disparités dans l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en œuvre d'actions éducatives en santé périnatale [...] et s'estiment en effet mieux formés pour des actions à caractère informatif que pour des actions d'accompagnement et de soutien. Même si on constate une amélioration de la satisfaction des sages-femmes corrélative au changement de programme [23].

Les propositions

Les actions d'amélioration consisteraient à réfléchir à la posture d'accompagnement du soignant, et à ses ajustements nécessaires : abandonner la position d'expert pour se placer dans une position d'appui, respecter la temporalité des patientes [16, 20].

Il pourrait s'agir de renforcer l'enseignement de l'éducation en santé dans la formation initiale et continue des sages-femmes, en insistant plus particulièrement sur l'approche de la relation soignant-soigné en démarche éducative (empowerment).

On pourrait par exemple informer les sages-femmes de la possibilité de demander gratuitement le guide « Grossesse et accueil de l'enfant » à l'Inpes, et également le distribuer aux étudiants sages-femmes par le biais des écoles pour une meilleure diffusion de cette démarche.

Conclusion

Les résultats de l'étude confirment l'hypothèse de départ : les sages-femmes sont dans une démarche d'éducation en santé et elles s'y inscrivent partiellement.

Nous avons repéré une sensibilisation des sages-femmes à la démarche éducative et une réelle intention de s'y inscrire. Une variété d'actions éducatives a été observée chez les sages-femmes lors de consultations prénatales. La femme enceinte et son conjoint sont appréhendés dans leur globalité, et leurs choix sont entendus.

Mais la démarche est restée partielle car la prise en compte de leurs savoirs, ressources, consentement et cheminement, a souvent été relayée à un second plan. La possibilité ne leur a pas été offerte de renforcer leurs compétences, et la relation avec le professionnel est restée asymétrique.

Les résultats révèlent donc des disparités dans la mise en œuvre des actions éducatives : les actions à caractère informatif semblent plus usuelles que les actions d'accompagnement et de soutien.

Ici s'ouvre donc pour les nouvelles générations de sages-femmes une perspective de perfectionnement des pratiques en éducation pour la santé dans le domaine de la périnatalité.

Et il serait intéressant d'étudier la démarche éducative des sages-femmes dans d'autres contextes que les consultations anténatales : salle de naissance, suites de couches, suivi gynécologique et de contraception.

Bibliographie

1. HAS recommandations : comment mieux informer les femmes enceintes? – [Internet] [Consulté le 15 janvier 2015]. 2005. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
2. HAS recommandations; Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – [Internet] [Consulté le 15 janvier 2015]. 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
3. Louvel A. Informer et éduquer des patients. 2005. [Internet] [Consulté le 19 février 2015]. Disponible sur: <http://www.ipcem.org/etp/pdfetp/louvel.pdf>
4. Inpes. Guide pour le professionnel de santé : grossesse & accueil de l'enfant ; comment accompagner les choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité ? [Internet] [Consulté le 15 janvier 2015]. Saint-Denis ; 2010. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-1.pdf>
5. L'Assurance Maladie en ligne. Vous êtes enceinte : votre grossesse [Internet] [Consulté le 8 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/le-suivi-de-votre-grossesse-mois-apres-mois.php>
6. HAS. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité – [Internet] [Consulté le 10 février 2015]. 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

7. Dictionnaire Larousse. [Internet] [Consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
8. République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002.
9. Décret 2004-802 2004-07-29. Article R4127-35 du Code de la Santé Publique. | Légifrance [Internet]. [Consulté le 20 mai 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897>
10. Roussille B. Soixante ans d'éducation pour la santé en France. La Santé de l'homme. 2002 ; 362 : 14-20.
11. Bury J-A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification. Bruxelles : De Boeck,. Savoir et santé ; 1988.
12. Bourdillon F, Collin J-F. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. Presse médicale. 2009. 38:1770-1773.
13. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Légifrance [Internet]. [Consulté le 7 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
14. Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. Santé publique. 2004 ; 16; 3 : 471-85.

15. Inpes. Référentiel de compétences en éducation pour la santé. Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. 2013 [Internet] [Consulté le 20 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>
16. Hesbeen W. Eduquer ou informer et accompagner, une question d'intention. Soins cadres. 2010 ; 73 : 45-6.
17. Sandrin-Berthon B. L'éducation thérapeutique : pourquoi ? Médecine des maladies Métaboliques. 2008. 2 : 155-9.
18. Lecorps P, Paturet J-B. Santé Publique : du biopouvoir à la démocratie. Rennes : ENSP ; 1999.
19. Rusch E. Glossaire des termes de santé publique internationaux. Actualité et dossier en santé publique. 2003 ; 43 : 4-6.
20. Foucaud J, Balcou-Debussche M. direction. Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille ; 11-13 octobre 2006. Saint-Denis : INPES, collection Séminaires ; 2008.
21. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. [Thèse : Santé publique]. [Belgique] : Université catholique de Louvain ; 2007.
22. Doumont D, Aujoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient. 2002. [Internet] [Consulté le 25 février 2015]. Disponible sur : <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf>
23. Bernard MR, Eymard C. Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises. La Revue Sage-femme. 2012 ; 11 : 33-39.

24. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; mai 2011.
25. Vieira Martins MdF. Surveillance prénatale et éducation pour la santé. Recherche en soins infirmiers. 2012 ; 110 : 60-64.

Glossaire

EPP Entretien prénatal précoce

HAS Haute Autorité de Santé

Inpes Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

PMI Protection maternelle et infantile

PNP Préparation à la naissance et à la parentalité

Annexe I

Grille d'observation de l'étude

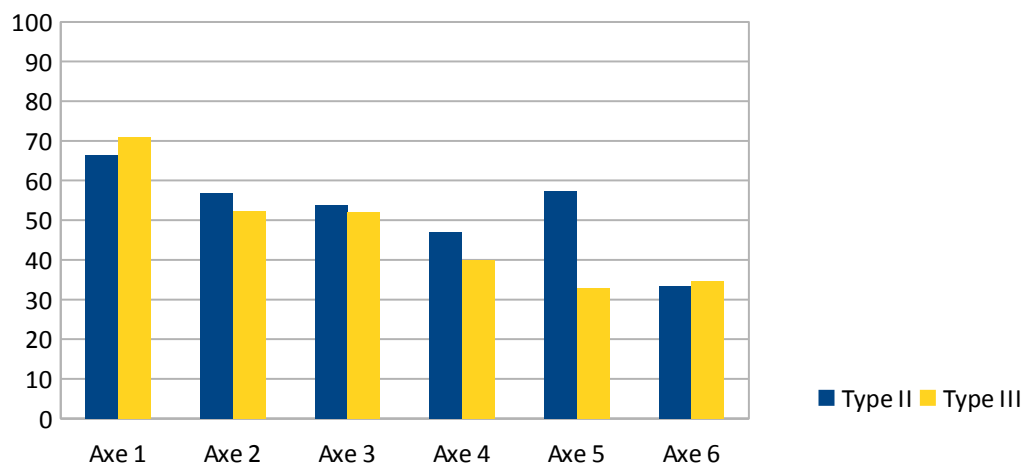
Thèmes abordés
<u>Favoriser l'expression / Proposer une écoute</u> <ul style="list-style-type: none">• attitude d'écoute :<ul style="list-style-type: none">verbal (questions ouvertes, fait préciser)non verbal, attentifs à ses gestes• encourage l'expression des :<ul style="list-style-type: none">attentes/souhaitscraintes/questionnementsvécu/émotionsdu conjoint
<u>Aborder / Évaluer une situation (préoccupation du professionnel)</u> <ul style="list-style-type: none">• prendre l'initiative d'aborder un sujet• en explicitant la raison• repérer les conséquences• s'assurer de l'accord/souhait de la personne d'en parler
<u>Informier / Expliquer</u> <ul style="list-style-type: none">• explorer les connaissances de la patiente• demander si elle souhaite être informée• compléter ses connaissances (informier)• détecter une incompréhension/gêne par rapport à ce qui est dit (expliquer)
<u>Accompagner la réflexion</u> <ul style="list-style-type: none">• identifier les alternatives possibles<ul style="list-style-type: none">◦ inconvénients/avantages• aider à se positionner/hierarchiser (choix)• aider à identifier : motivation/ volonté/ raisons• aider à identifier les ressources dont la patiente dispose (points forts...)• mise en place d'un plan d'action but (« qu'en pensez-vous ? »)
<u>S'engager</u> (demande d'avis par la patiente et s'impliquer) <ul style="list-style-type: none">• se positionner en réponse ou non à une demande (« en tant que professionnel de santé je pense que... »)• signifier sa disponibilité (suivi dans la durée)• montrer sa capacité à respecter les choix sans jugement (confiance)
<u>Faire le lien avec les autres acteurs</u> <ul style="list-style-type: none">• S'enquérir de qui suit la patiente• s'adresser à d'autres professionnels (avis, orientation)• mise en commun d'information• décider avec la femme des informations qui seront transmises au professionnel• prendre en compte les appuis personnels de la femme/couple

Annexe II

Exemple de recueil des données avec le logiciel Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1		SF		Sage-femme 1 PMI						
2		Cs		Cs 1	Cs 2	Cs 3	Cs 4	Cs 5	Cs 6	Cs 7
3		durée prévue		40	40	40	60	40	40	60
4		durée réelle		50	40	15	55	40	50	80
5		terme (SA)		25	35	36	14	33	25	31
6		langue française		oui	non anglais	oui	oui	difficulté	oui	oui
7		SF connaît F		oui	oui	oui	non	oui	oui	non
8		F voit tir mm SF		oui	oui	oui cs + pnp		oui	oui	oui
9		premier rdv					1er			1er
10	Thèmes	Suivi médical (HT21, echo	Axe 1	100	100	75	67	67	67	90
11		Séro), recueil données	Axe 2				25			50
12		examen clinique	Axe 3	67	50	50	60	50	50	56
13		trmt	Axe 4				40			
14			Axe 5	33			33		33	33
15			Axe 6	60	40	20	20			20
16		maux G, compléments	Axe 1	88			100	100	83	
17		hygiène alimentaire	Axe 2					25	67	
18			Axe 3	69			50	50	58	
19			Axe 4						20	
20			Axe 5							
21			Axe 6						20	
22		alimentation, poids, IMC	Axe 1	100	100					100
23		surv diabète	Axe 2	25						
24			Axe 3	100	50					50
25			Axe 4	25	0					
26			Axe 5							
27			Axe 6		20					
28		toxiques, automédication	Axe 1				100			50
29			Axe 2				75			25
30			Axe 3				75			
31			Axe 4				80			
32			Axe 5							
33			Axe 6							
34		psycho, PNP EPP, vécu G	Axe 1	100			50		50	100
35			Axe 2	88						
36			Axe 3	50						50
37			Axe 4	53						
38			Axe 5	33					33	33
39			Axe 6	50			20		40	80
40		Organisationnel, travail,	Axe 1	84			100	50		100
41		logement, administratif,	Axe 2	100			50	50		75
42		sécu	Axe 3	50			50			75
43			Axe 4	20						
44			Axe 5							
45			Axe 6	20		20	20		40	
46										
47										
48		Questionnaire SF	connaît guide	oui						
49			guide lu	non						
50			diplôme	2005						
51			formations	sexologie, PNP, EPP						
52			souhaits	allaitement, pharmacologie						

Annexe III



Annexe III : Degré d'application des axes pour les consultations où ils sont utilisés, dans les deux types de maternité

Abstract

Introduction - L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé propose aux professionnels de santé un outil "Grossesse et accueil de l'enfant" publié en 2010, destiné à soutenir leur démarche éducative.

Objectif - Évaluer la démarche éducative des sages-femmes en consultations anténatales en la rapportant à celle de l'Inpes.

Méthode – Observations de consultations anténatales menées par des sages-femmes avec recueil de données sur une grille élaborée à partir du guide de l'Inpes.

Résultats – Nous avons observé 61 consultations réalisées par 10 sages-femmes : quatre hospitalières (type II et III), deux libérales et deux de Protection Maternelle et Infantile. Les sages-femmes sont dans une démarche d'éducation en santé mais s'y inscrivent partiellement.

Discussion – Le renforcement des compétences et ressources des patientes a souvent été insuffisant. La perspective d'amélioration de l'éducation pour la santé en périnatalité résiderait dans le développement de l'accompagnement et du soutien.

Mots-clés : éducation en santé – sages-femmes – consultations anténatales

Nombre de pages : 67

Nombre d'annexes : 3

Nombre de références bibliographiques : 25

Introduction - In 2010, the National Institution for Prevention and Health Education (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Inpes) published a report entitled "Pregnancy and Welcoming a Child" (« Grossesse et accueil de l'enfant »), which provided health professionals with a tool to provide health information and education.

Objective - To evaluate the educative approach of midwives in antenatal consultations and to compare them to Inpes's educative program.

Methods - Observing antenatal consultations carried out by midwives and recording this information in a table based on the one proposed by Inpes.

Results - 61 antenatal consultations carried out by ten different midwives were observed: four midwives were hospital midwives that work in type II and III maternity hospitals, two worked in private practice and two worked for the Maternal and Infant Protection Service. All the midwives were involved in providing health information but only partial so.

Discussion - The reinforcement of patients' competences and resources is often insufficient. The road to improving the provision of perinatal health information lies in the development of a system of accompaniment and support.

Keywords : health education – midwives – antenatal consultations