



HAL
open science

**Place de la préparation à la naissance et à la parentalité
dans le champ de la prévention et de l'éducation à la
santé en périnatalité: Enquête auprès des étudiants
sages-femmes en dernière année d'études en
Île-de-France**

Marie-Anne Pavée Callu

► **To cite this version:**

Marie-Anne Pavée Callu. Place de la préparation à la naissance et à la parentalité dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé en périnatalité: Enquête auprès des étudiants sages-femmes en dernière année d'études en Île-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-03259277

HAL Id: dumas-03259277

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03259277>

Submitted on 14 Jun 2021

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

École de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MARIE-ANNE PAVÉE CALLU

**PLACE DE LA PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À
LA PARENTALITÉ DANS LE CHAMP DE LA
PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN
PÉRINATALITÉ**

**Enquête auprès des étudiants sages-femmes en
dernière année d'études en Ile-de-France**

Soutenu le : 28/05/2019

Directeur de mémoire /JURY

Mme Sophie Flandin Crétinon, Sage-femme enseignante, École de sages-femmes de l'Hôpital Foch, Suresnes (Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 21303590

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier :

Mme Sophie Flandin-Crétonon d'avoir accepté de diriger ce mémoire, ainsi que pour sa disponibilité, sa patience et ses conseils qui m'ont été précieux pour la rédaction de ce travail,

Mme Christine Talot pour son soutien et son accompagnement pédagogique lors de ma dernière année d'études,

L'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de l'Hôpital Foch,

Mes parents, Audrey, Olivier, Alexandre et mes amis pour leur soutien inconditionnel,

Et Élise Amblard pour son aide avec les statistiques.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XII
TITLE AND ABSTRACT	XIII
1 INTRODUCTION	1
1.1 Naissance du concept de prévention et d'éducation à la santé	1
1.1.1 Au niveau international	1
1.1.2 Au niveau national	1
1.1.2.1 Loi du 4 mars 2002	2
1.1.2.2 Santé Publique France	3
1.1.2.3 Stratégie Nationale et Plan de Santé 2018-2022	3
1.2 La PNP, un outil de prévention et de promotion de la santé en maïeutique	4
1.2.1 Historique de la PNP	4
1.2.1.1 Introduction du concept en France	4
1.2.1.2 Développement du concept de parentalité	5
1.2.2 Place et rôle de la PNP dans notre système de santé en périnatalité	6
1.2.2.1 Le Plan de Périnatalité de 2005-2007	6
1.2.2.2 Les recommandations de la HAS	7
1.2.2.3 État des lieux en France	8
1.2.2.4 Évaluation des effets de la PNP	10
1.3 Place et rôle des professionnels et des étudiants sages-femmes	12

1.3.1	Référentiel des compétences de sage-femme	12
1.3.2	Formation initiale	12
2	MATERIEL ET METHODE	14
2.1	Problématique et objectifs.....	14
2.1.1	Problématique.....	14
2.1.2	Objectifs.....	14
2.1.3	Hypothèses.....	14
2.2	Méthode et stratégie d'analyse.....	15
2.2.1	Type d'étude	15
2.2.2	Population.....	15
2.2.3	Construction du questionnaire	15
2.2.4	Stratégie d'analyse	16
2.3	Considérations éthiques et règlementaires.....	16
3	RESULTATS.....	17
3.1	Description de la population	17
3.1.1	Échantillon et sa répartition par école	17
3.1.2	Caractéristiques générales de l'échantillon	17
3.2	Formation initiale sur la PNP.....	18
3.2.1	Caractéristiques de la formation initiale.....	18
3.2.2	Évaluation de la formation par les étudiants	20
3.3	Perspectives professionnelles	22
3.3.1	Place de la PNP dans le champ de la prévention	22
3.3.2	Raisons du choix de pratique professionnelle	24
3.3.2.1	Immédiatement après le diplôme.....	24
3.3.2.2	Plus tard au cours de sa carrière	25
3.4	Formation complémentaire.....	26
4	DISCUSSION.....	27
4.1	Principaux résultats	27
4.2	Discussion des résultats	28
4.2.1	Caractéristiques générales.....	28
4.2.2	Formation initiale	28
4.2.2.1	Cours théoriques.....	28

4.2.2.2	Formation en stage	29
4.2.3	Perspectives professionnelles	30
4.2.3.1	Place de la PNP dans le champ de la prévention.....	30
4.2.3.2	Intégration à la pratique professionnelle	32
4.3	Limites et biais	33
4.4	Implications et perspectives.....	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	42
Enquête auprès des ESF en dernière année d'études	43

Liste des tableaux

Tableau 1. Comparaison des résultats concernant la PNP des enquêtes périnatales de 2010 et de 2016.....	9
Tableau 2. Taux de réalisation de l'EPP en fonction du terme de la grossesse (Enquête Périnatale de 2016).	9
Tableau 3. Caractéristiques générales de l'ensemble de la population.....	17
Tableau 4. Caractéristiques de la formation théorique et pratique en PNP.....	18
Tableau 5. Modalités des séances d'EPP et de PNP animées en stage.....	19
Tableau 6. Évaluation de la formation théorique et pratique en PNP par les étudiants.....	21
Tableau 7. Place de l'EPP et de la PNP dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé.....	23

Liste des figures

Figure 1. Intérêt pour la formation en PNP par rapport à l'enseignement général et la formation sur la prévention.	21
Figure 2. Raisons d'intégrer l'EPP à sa pratique immédiatement après le diplôme...	24
Figure 3. Raisons d'intégrer la PNP à sa pratique immédiatement après le diplôme.....	24
Figure 4. Raisons de pratiquer l'EPP plus tard au cours de sa carrière.	25
Figure 5. Raisons de pratiquer la PNP plus tard au cours de sa carrière.	25

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire.....	43
-------------------------------	----

Lexique

ASD : Accouchement Sans Douleur

CASSF : Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes

CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ESF : Étudiants Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SF : Sage-Femme

SMA5 : 5^e année de Sciences Maïeutiques

SPF : Santé Publique France

Place de la préparation à la naissance et à la parentalité dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé en périnatalité.

Enquête auprès des étudiants sages-femmes en dernière année d'études en Ile-de-France

Objectifs : évaluer la place accordée à la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), par les étudiants sages-femmes (ESF) en dernière année de formation, dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé en périnatalité.

Matériel et méthodes : étude quantitative descriptive, réalisée auprès de 76 ESF en dernière année. Les questionnaires ont été mis à disposition des étudiants des 4 écoles de sages-femmes d'Ile-de-France, de décembre 2018 à février 2019.

Résultats : la formation initiale en PNP suscite un intérêt moyen (40,8%) voire faible (26,3%) pour les étudiants. La plupart des étudiants considèrent cependant l'Entretien Prénatal Précoce (86,8%) et la PNP (92,1%) comme étant des outils adaptés à la prévention et à l'éducation à la santé. L'intégration de ces outils à la pratique professionnelle dépend du mode d'exercice envisagé, les ESF souhaitant s'installer en libéral après l'obtention du diplôme auront tendance à vouloir les intégrer plus rapidement à leur pratique que les ESF envisageant un exercice hospitalier ($p=0,003$).

Conclusion : les étudiants ont conscience des enjeux de la PNP en termes de prévention. Il sera intéressant d'évaluer les effets conjoints du service sanitaire et de la PNP sur la promotion de la santé.

Mots-clés : Préparation à la Naissance et à la Parentalité, étudiants sages-femmes en dernière année, prévention et éducation à la santé, formation initiale

Role of antenatal classes in the fields of prevention and health education in perinatality.

Study of midwifery students in their last year of training in Ile-de-France

Objective : to evaluate the place given to antenatal classes by midwifery students in their last year of training, in the field of prevention and health education in perinatality.

Methods : quantitative descriptive study, carried out with midwifery students in their last year. The surveys were made available to the 4 midwifery schools in Ile-de-France, from December 2018 to February 2019.

Results : initial training in antenatal classes is of average interest(40.8%) or even low interest (26.3%) for midwifery students. Even though most students consider antenatal classes to be appropriate tools for prevention and health education (more than 85% of the students). As future professionals, the use of these tools depends on the type of practice considered: those who wish to settle in a private practice after their diploma will be more likely to use these tools earlier on in their career than the students wishing to work in a hospital ($p=0,003$).

Conclusion : midwife students are aware of the role antenatal classes play in prevention. It would be interesting to see the joint effects of these classes with the new program dedicated to prevention on health promotion.

Keywords : Antenatal classes, midwifery students, last year of training, prevention, health education, initial training.

1 Introduction

1.1 Naissance du concept de prévention et d'éducation à la santé

1.1.1 Au niveau international

Au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, la santé devient un droit inscrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (art. 22 et 25) et est mise au cœur de l'action publique afin de réduire les inégalités sociales. Ceci aboutit à la Conférence Internationale de la Santé (1946) qui définit la notion de santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (1). Cette définition ouvre officiellement le champ médical à la prévention et à l'éducation à la santé : il ne s'agit plus de lutter seulement contre les maladies, mais également de promouvoir un mode de vie sain. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est alors créée en 1948.

Cependant, c'est en 1986, au travers de la Charte d'Ottawa, qu'apparaît la notion de promotion de la santé : elle a pour objectif de favoriser le développement de la santé, qui devient une ressource à l'épanouissement de l'individu (2). La Charte d'Ottawa place l'individu comme propre acteur de sa santé, l'objectif devenant alors de donner les moyens à l'individu d'être responsable de sa santé (2).

1.1.2 Au niveau national

Au niveau national, on retrouve cette volonté de mettre en place un système permettant un meilleur accès aux soins à l'ensemble de la population ; c'est ainsi que la Sécurité Sociale est créée en 1945 ainsi que la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et que le Préambule de la Constitution de la IV^e République (1946) affirme le droit de chaque citoyen à une protection de la santé (3).

Le système de santé connaît alors de nombreuses évolutions, notamment avec le développement du système hospitalo-universitaire. Par ailleurs, l'importance de l'éducation à la santé et de la prévention est reconnue bien avant la création de la Charte d'Ottawa avec la mise en place de mesures et de comités chargés des politiques de prévention, et ce dès 1972 avec par exemple la création du Comité Français d'Éducation pour la Santé (4). Et à partir des années 2000, nous voyons de plus amples changements dans la politique de prévention.

1.1.2.1 Loi du 4 mars 2002

Cette loi modifie le système de santé en France et notamment la façon de penser la santé et le soin : elle affirme l'importance du consentement du patient à tout acte médical ou tout traitement, consentement qui doit être libre et éclairé par une information délivrée par l'équipe médicale (5). Cette loi met également en avant l'importance de développer la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Autour de cette loi se dessineront le Plan National d'Éducation pour la Santé de 2002 et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

Le Plan National d'Éducation pour la Santé intègre l'éducation thérapeutique du patient au champ de compétences des professionnels de santé, ce qui relevait auparavant de leur initiative. Elle a pour but de permettre au patient de comprendre sa maladie et la stratégie thérapeutique appliquée, de favoriser ainsi son adhésion au traitement et par là-même prévenir les complications et les rechutes qui peuvent être liées à une mauvaise observance. L'éducation à la santé a donc pour objectif d'encourager le citoyen à s'impliquer non seulement dans les décisions concernant sa propre santé, mais aussi dans les mesures de santé publique (5).

La prévention – renforcée par des mesures légales, l'amélioration des conditions de vie, des actes médicaux et l'éducation à la santé – devient un outil de santé publique pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (5).

1.1.2.2 Santé Publique France

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé permet de former Santé Publique France (SPF). La principale différence qu'implique cette loi en termes de politique de prévention est la volonté de responsabiliser les individus vis-à-vis de leur santé, par le développement d'un environnement propice à la santé et de compétences individuelles (6). En cela, cette loi rejoint les objectifs visés par la Charte d'Ottawa.

1.1.2.3 Stratégie Nationale et Plan de Santé 2018-2022

La stratégie de politique de santé adoptée par le gouvernement actuel contient 4 axes principaux, dont le premier concerne la promotion de la santé. Il s'agit toujours de responsabiliser le citoyen, lui permettre d'acquérir et de s'approprier les ressources proposées par les différents acteurs (État, institutions, réseaux, professionnels de santé...) afin de faire des choix favorables à sa santé (7).

Le Plan de Santé de 2018 met en avant l'importance de la prévention dans le système de santé, notamment pendant la grossesse, la période post-natale et la petite enfance. En effet, avec l'accroissement des connaissances en épigénétique, il paraît important de développer un environnement et des comportements favorables à une bonne santé et ce dès la période périconceptionnelle. Or le Plan de Santé met en lumière des inégalités de prises en charges lors du suivi de la grossesse, hétérogénéités qui concernent également la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et l'entretien prénatal précoce (EPP) (8). La Stratégie Nationale de Santé le confirme : il existe de fortes disparités sociales au niveau des indicateurs de périnatalité, mesurées par l'enquête de périnatalité de 2016, ce qui souligne l'importance d'accompagner les parents lors de la période périnatale afin d'agir sur des facteurs pouvant affecter la santé de l'enfant à venir (ex : tabac, alcool...) (7).

Pour pallier à ces problèmes, le Plan de Santé prévoit donc de mettre entre autres l'accent sur l'EPP afin de transmettre des messages-clés de prévention aux parents pendant la grossesse et de présenter les différentes ressources disponibles (8).

Plus récemment, l'avenant 4 à la convention nationale des sages-femmes (modifiant l'article 7.2) valorise l'activité des sages-femmes en matière de prévention par la création du bilan prénatal, dont les objectifs rejoignent ceux mentionnés dans le Plan de Santé (9).

Il existe donc une réflexion politique sur l'amélioration de la santé des populations. Nous allons voir par la suite que le domaine périnatal a manifesté la même réflexion en maïeutique, notamment au travers de ce que l'on appelle aujourd'hui la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

1.2 La PNP, un outil de prévention et de promotion de la santé en maïeutique

Le domaine de la périnatalité s'est emparé du sujet de la prévention très précocement. Cela a commencé entre autres par la recherche de l'atténuation de la douleur lors de l'accouchement pour aboutir à ce que l'on appelle actuellement la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) indique que « Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée » (10).

1.2.1 Historique de la PNP

1.2.1.1 Introduction du concept en France

En 1953, le Dr Lamaze, chef de service à la maternité des Bluets, introduit en France la préparation à l'Accouchement Sans Douleur (ASD). Ce concept avait été développé auparavant en URSS par le Dr Velvoski qui voulait abolir le conditionnement « contraction = douleur » en éduquant les femmes : il estimait que la connaissance des événements, l'anticipation et la préparation du déroulement de

la grossesse et de l'accouchement permettaient de réduire les inquiétudes et les peurs qui pouvaient y être liées (11). En France, l'ASD porte sur la théorie (anatomie, physiologie de la grossesse) ainsi que sur un travail corporel. Cette méthode rencontre un vif succès (1 femme sur 2 y participe environ) et bénéficiera du remboursement par la Sécurité Sociale en 1956 (11-14). Progressivement, les pères seront également intégrés à cette préparation afin d'aider leur femme à ne pas perdre le contrôle du travail avant l'arrivée du médecin (14).

Les années 70 sont marquées par le développement d'autres types de préparation (haptonomie, yoga, sophrologie...) et surtout par le développement de l'analgésie péridurale, véritable tournant dans la pratique obstétricale. En effet, la douleur étant désormais prise en charge par un moyen médicamenteux, les femmes expriment leurs besoins d'accompagnement sur d'autres aspects de la maternité tels que le déroulement de la grossesse et le post-partum. Les professionnels de santé doivent donc revoir leur offre de préparation et l'élargir à d'autres sujets (allaitement maternel, soins au nouveau-né, retour à domicile...).

La préparation à la naissance inclut alors progressivement des notions de parentalité et devient la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP).

1.2.1.2 Développement du concept de parentalité

En ce qui concerne le concept de parentalité, il évolue également de manière considérable après la Seconde Guerre Mondiale. Jusque dans les années 1960, le rôle de chaque parent est bien défini: le père représente l'ordre social et est celui qui subvient aux besoins de sa famille, la mère quant à elle est en charge des domaines affectif et domestique. Les années 70 permettront de bousculer ce modèle avec le développement de théories féministes, qui contestent entre autres la notion d'instinct maternel. Ils montrent « l'importance d'autres « *autres significatifs* » pour l'enfant (15). Ceci permet au père de retrouver une autre place au sein de la famille, avec une présence différente auprès de l'enfant. Le corps médical et les avancées scientifiques ont aussi eu un rôle dans les évolutions de la famille, notamment par la contraception, où l'enfant est devenu un enfant désiré : c'est le développement de

l'enfant-sujet. De nos jours, le concept de parentalité est également à repenser en vue des possibilités de la procréation médicalement assistée (15).

En outre, la création de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) en 1945 marque le souci des instances publiques d'améliorer la santé néonatale, en transmettant aux futurs parents des informations objectives et validées par le corps médical concernant les soins du nouveau-né. La fonction parentale (ou parentalité) devient elle aussi progressivement un enjeu de santé publique.

Il paraît alors nécessaire d'harmoniser les discours et de définir les objectifs des séances de PNP, ainsi que les outils et les compétences qui peuvent être acquis par les femmes au cours de ces séances.

1.2.2 Place et rôle de la PNP dans notre système de santé en périnatalité

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) décide d'émettre des recommandations à ce sujet, faisant suite au Plan de Périnatalité de 2005-2007.

1.2.2.1 Le Plan de Périnatalité de 2005-2007

Ce plan a notamment permis d'introduire l'Entretien Individuel Précoce (ou Entretien Prénatal Précoce – EPP) qui doit être réalisé au 4^e mois et qui a pour objectif d'apprécier la santé globale de la femme, de recueillir le projet de grossesse du couple et de repérer leurs attentes, leurs besoins et toute éventuelle situation de fragilité. Il formalise également la demande des femmes d'une composante psychologique dans la prise en charge. Il est basé sur 4 grands axes « Humanité, proximité, sécurité et qualité » et répond à une demande croissante des femmes et des couples à rendre l'accouchement « *plus humain* » (16).

1.2.2.2 Les recommandations de la HAS

Les recommandations de 2005 quant à elles ont pour objectif principal de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés » (10). La démarche de la PNP vise à :

- ⇒ préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant
- ⇒ repérer précocement les situations de vulnérabilité, les difficultés du couple
- ⇒ prévenir les troubles de la relation parents-enfants
- ⇒ soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux
- ⇒ favoriser une bonne coordination du système de santé de l'anténatal au postnatal.

L'offre de la PNP comprend un total de 8 séances d'une durée de 45 minutes minimum, comprenant l'EPP et pouvant être complétées par une séance post-natale. Ces séances, individuelles ou en groupe, sont remboursées par la Sécurité Sociale.

L'EPP doit être un temps privilégié pour la femme enceinte ou le couple, permettant d'aborder le vécu de la grossesse, le projet de naissance, le contexte de vie. Lors de l'EPP, le rôle de la sage-femme ou du médecin est de présenter les professionnels de santé et les systèmes à disposition (la PNP, les réseaux, l'offre de soins, les droits liés à la maternité...). Leur rôle est également de repérer les vulnérabilités, d'anticiper les difficultés (somatiques, psychologiques, sociales) qui pourraient se présenter et d'apporter des informations sur l'hygiène alimentaire, les facteurs de risque et les risques infectieux alimentaires.

Quant aux autres séances prénatales de PNP, elles doivent contenir des sujets adaptés aux besoins du couple, permettant de développer des compétences parentales et des ressources personnelles. Elles peuvent inclure des techniques de travail corporel (10).

Les séances post-natales ont pour objectifs de soutenir l'allaitement maternel, accompagner les soins au nouveau-né, favoriser les liens d'attachement, permettre le bon développement psychomoteur de l'enfant et repérer les risques de dépression du post-partum. Des séances post-natales précoces et prolongées auraient un effet préventif sur la dépression du post-partum (10).

Le but de la PNP est donc de proposer un accompagnement global de la femme enceinte (physique, psychologique et social) et de favoriser la participation active du couple dans son projet de naissance (10). Cet accompagnement doit favoriser l'estime de soi des parents et la capacité de décision et d'action en tant que parents – en cela on se rapproche des objectifs de la charte d'Ottawa.

Ces recommandations inscrivent les professionnels de santé dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation des patientes dans le système de santé. La PNP relève donc de la santé publique.

1.2.2.3 État des lieux en France

Suite à ces recommandations, il paraît légitime de faire un état des lieux concernant la PNP en France.

A l'échelle nationale, deux enquêtes de périnatalité auront été menées depuis ces recommandations, l'une en 2010 et l'autre en 2016, afin de recueillir des données sur les indicateurs de périnatalité (état de santé de la mère et du nouveau-né, pratique médicale durant la grossesse et l'accouchement, facteurs de risque...). Face à l'absence de registre médical national recueillant ces indicateurs, il a paru nécessaire de mener ces enquêtes afin de pouvoir orienter les politiques de prévention en matière de périnatalité (17, 18).

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Enquête Périnatale	2010	2016
Maternités proposant EPP	Non mesuré	85 %
Participation à l'EPP :		
Ensemble des femmes	21,4 %	28,5 %
Primipares	30,7 %	39,5 %
Multipares	14,3 %	20,5 %
Participation à la PNP :		
Primipares	72,9 %	77,9 %
Multipares	28,4 %	33,8 %
Nombre de séances faites :		
4 à 6 séances	36,7 %	37,2 %
7 ou 8 séances	39,5 %	38,9 %
Réorientation vers un autre professionnel de santé suite à EPP	Non mesuré	14,6 %

Tableau 1. Comparaison des résultats concernant la PNP des enquêtes périnatales de 2010 et de 2016

En ce qui concerne l'EPP, on constate en 2016 une disparité de la mise en œuvre (montrée dans le tableau 2 ci-dessous), ce qui pose la question de l'information transmise par les professionnels de santé aux femmes enceintes.

Terme	< 14 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e au 9 ^e mois
Taux de réalisation	17,8 %	32,5 %	19,4 %	14 %	16,3%

Tableau 2. Taux de réalisation de l'EPP en fonction du terme de la grossesse (Enquête Périnatale de 2016).

1.2.2.4 Évaluation des effets de la PNP

Cependant d'autres études ont été menées au sujet de la PNP, en parallèle des enquêtes nationales, cherchant à déterminer les caractéristiques des femmes faisant la PNP et à vérifier les bénéfices de la PNP sur le déroulement de l'accouchement, la gestion de la douleur lors du travail, l'allaitement maternel, la dépression post-natale...

En France, l'étude de cohorte ELFE, lancée en 2011, a pour objectif de constituer une cohorte nationale représentative d'enfants suivis de la naissance à l'âge de 20 ans. Cette cohorte a permis de recueillir de nombreuses caractéristiques périnatales. Une étude basée sur les données recueillies a été menée et nous renseigne sur les caractéristiques psycho-sociales et obstétricales des femmes bénéficiant de la PNP et de l'Entretien Périnatal Précoce (EPP). Elle révèle que ce sont les femmes de niveau sociodémographique élevé qui ont accès à l'EPP et à la PNP et que les femmes dans une situation de vulnérabilité ou de niveau sociodémographique plus faible y ont moins souvent accès, de la même manière qu'elles ont moins accès aux soins proposés en périnatalité (19). Or au vu des recommandations, on pourrait estimer que ce sont précisément les femmes de niveau social plus faible qui gagneraient le plus à bénéficier de la PNP. On peut alors s'interroger sur les informations données sur la PNP et sa mise en place au cours de la grossesse.

A l'étranger, la revue systématique menée par Brixval et al. (2015) a conclu que les preuves concernant les effets de la PNP sur l'obstétrique (accouchement, allaitement...) et les facteurs psycho-sociaux (prévention de la dépression du post-partum...) étaient insuffisantes. Ceci a confirmé le résultat d'une revue systématique antérieure menée par Gagnon et Sandall (2007) qui montrait que les effets de la PNP étaient encore peu connus (20,21). Les deux revues systématiques recommandent donc de mener davantage d'études sur le sujet avant de pouvoir conclure à un effet de la PNP (20-22).

Au-delà de l'aspect purement « efficace » de la PNP, d'autres soignants se sont également penchés sur ce que la PNP permettait de développer, notamment en termes de compétences personnelles.

En effet, selon Sylvain Missonnier, la grossesse est un moment où (re)surgissent de nombreuses incertitudes de la part des parents. Une réponse privilégiée face aux aléas d'une grossesse et aux incertitudes est l'anticipation, qui revêt alors une fonction protectrice. La PNP joue selon lui un rôle primordial dans le sens où elle libère une « créativité anticipatrice » de groupe: les parents ont un espace où ils expriment leurs angoisses et leurs incertitudes et où ils créent ensemble des solutions avec la sage-femme, par le biais d'échanges et de questions. Quant à l'EPP, c'est un espace privilégié de rencontre avec un partage mutuel d'informations entre la patiente (le couple) et le soignant. La PNP et L'EPP seraient alors un support dynamique d'anticipation, cette dernière permettant d'ajuster les désirs parentaux à la réalité (23).

D'autre part, des sages-femmes comme Marie-Reine Bernard et Chantal Eymard mettent en avant le fait que la PNP est bien plus qu'une transmission passive de savoirs concernant la grossesse et l'accouchement. Pour ces sages-femmes, la PNP est une possibilité d'*empowerment* pour les femmes et les couples (l'*empowerment* évoque un « *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* » (10)). C'est-à-dire que la PNP encourage l'autonomie ainsi que l'autodétermination de l'individu en ce qui concerne sa santé et permet l'appropriation de compétences en tant que femmes / parents (ce qui rejoint les objectifs des recommandations de la HAS ainsi que ceux de la charte d'Ottawa). La sage-femme deviendrait alors un acteur social, en soutenant la transition des femmes et des couples vers leur rôle de parent (24).

Ces deux articles considèrent des bienfaits différents que peut apporter la PNP; bienfaits qui n'agissent pas nécessairement sur des facteurs obstétricaux ni même sociaux directement mesurables, mais qui auraient tout autant de bénéfices pour le développement de la personne.

Ces résultats présentés sur les caractéristiques de la population participant à la PNP et sur le manque de preuves quant aux effets de la PNP renforcent la nécessité de mener non seulement de nouvelles études sur les bénéfices de la PNP mais aussi des évaluations sur la pratique professionnelle des sages-femmes. En effet, il faut s'interroger sur le contenu et les objectifs des séances de PNP mais aussi sur la forme et la manière de la pratiquer. On note qu'il y a relativement peu d'études avec un haut niveau de preuve sur le sujet. Cela semble questionner la place que les professionnels, notamment les sages-femmes accordent à cette pratique.

1.3 Place et rôle des professionnels et des étudiants sages-femmes

1.3.1 Référentiel des compétences de sage-femme

Le Code de la Santé Publique définit les compétences de la sage-femme et indique que l'exercice de la profession comporte entre autres la réalisation d'actes nécessaires à la réalisation de la préparation psychoprophylactique à l'accouchement (article L4151-1) (25). Quant au Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, il a élaboré (en partenariat avec le Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes) un référentiel des compétences impliquant la capacité à organiser une séance collective de PNP, avec les techniques d'écoute et de communication que cela requiert.

1.3.2 Formation initiale

La psychoprophylaxie obstétricale a été inscrite dans le programme de formation initiale des sages-femmes en 1961. D'après l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme, la formation à l'animation de séances de préparation à la naissance et à la parentalité fait partie intégrante du cursus d'un étudiant sage-femme. À la fin de ses études, un étudiant sage-femme doit pouvoir préparer une séance de PNP, puis assurer une bonne qualité d'écoute entre les participants au cours de la séance, avec un échange

d'informations et d'expériences et éventuellement avec la pratique d'un travail corporel ; il doit pouvoir vérifier l'évolution des participants vers l'autonomie, repérer les difficultés éventuelles et donner des conseils adaptés si besoin (26).

Notons que l'arrêté ne précise pas sous quelle forme cette formation se fait, il précise uniquement que la PNP peut faire partie du contenu d'un stage de suivi prénatal. On peut alors supposer qu'il revient à chaque école de sages-femmes d'en déterminer la forme (cours théoriques, travaux dirigés, séances à animer en stage...), pouvant laisser entrevoir des disparités dans la formation.

Récemment, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a mis en place le service sanitaire, qui a pour but d'initier les étudiants en santé aux enjeux de la prévention primaire, de développer chez eux des compétences à mener des actions sur le sujet, de favoriser un sens de l'inter-professionnalité au travers de missions communes aux diverses filières en santé (27). En ce sens, la formation à la PNP semble rejoindre les objectifs du service sanitaire.

Face à la volonté politique de mettre l'accent sur la prévention dans le système de santé, avec l'implication des professionnels et des étudiants en santé sur ce sujet, nous nous sommes interrogés sur la place accordée à la PNP par les étudiants sages-femmes.

2 Matériel et méthode

2.1 Problématique et objectifs

2.1.1 Problématique

La problématique que nous avons choisi de poser ici est la suivante : la Préparation à la Naissance et à la Parentalité est un outil majeur de prévention et d'éducation en maïeutique mais les étudiants sages-femmes ne semblent pas lui accorder une place importante.

2.1.2 Objectifs

À partir de la problématique, nous avons déterminé un objectif principal et un objectif secondaire, qui sont les suivants :

Objectif principal : évaluer la place accordée à la PNP, par les étudiants sages-femmes (ESF) en dernière année de formation, dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé en périnatalité.

Objectif secondaire : évaluer le rôle de la formation initiale dans l'intégration de la PNP à la pratique professionnelle.

2.1.3 Hypothèses

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons émis 3 hypothèses :

H1) Les ESF ne considèrent pas la PNP comme un outil privilégié de prévention et d'éducation à la santé.

H2) Les ESF accordent cependant de l'intérêt à la PNP dans le cadre de leur formation initiale.

H3) La PNP n'est pas une activité prioritaire pour les futures professionnelles.

2.2 Méthode et stratégie d'analyse

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative. Les données ont été recueillies par le biais de questionnaires destinés aux étudiants sages-femmes en dernière année. L'étude a été menée du 4 décembre 2018 au 4 février 2019.

2.2.2 Population

La population étudiée inclut les étudiants sages-femmes en dernière année d'études (SMA5), en Ile-de-France. Elle est répartie entre les 4 écoles de sages-femmes présentes sur la région: les écoles de l'Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines (UVSQ), Foch, Baudelocque et Paris Saint-Antoine (PSA).

Les critères d'exclusion étaient l'inscription dans une école autre que les 4 mentionnées ci-dessus et l'inscription dans une année inférieure.

2.2.3 Construction du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) se compose de 35 questions divisées en 3 parties :

- La première partie permet de recueillir les caractéristiques générales de l'échantillon (âge, sexe, école, nombre d'enfants, projet professionnel).
- La deuxième partie porte sur la formation initiale sur la PNP, avec des questions sur les cours théoriques et pratiques qu'ont reçus les étudiants, et des questions portant sur les expériences de PNP en stage (animation de séances, milieu de pratique). Elle évalue également l'intérêt porté à la formation sur la PNP.
- La troisième partie se concentre sur la place que les étudiants comptent accorder à la PNP dans leur future pratique professionnelle. Elle évalue si les

étudiants estiment que la PNP et l'EPP sont des outils adaptés à la prévention et à l'éducation à la santé.

Le questionnaire a été testé sur 2 étudiantes sages-femmes en SMA5 et a été reformulé afin de pouvoir être le plus compréhensible possible.

Il a été distribué sous forme papier auprès des ESF de Foch et a été diffusé en ligne au travers d'un Google Form auprès des ESF de l'UVSQ, de Baudelocque et de PSA, grâce aux réseaux sociaux et aux mails venant des responsables SMA5 des écoles.

2.2.4 Stratégie d'analyse

Les données recueillies ont été retranscrites dans une base de données Excel et analysées par ce même logiciel Excel. Nous avons calculé la moyenne pour les variables quantitatives et avons retranscrit les variables qualitatives en pourcentage.

Nous avons utilisé les tests de Kruskal-Wallis et Wilcoxon afin de comparer des variables avec des distributions non-gaussiennes entre elles, et nous avons pris comme p-value $p < 0,05$.

2.3 Considérations éthiques et réglementaires

Afin de pouvoir diffuser le questionnaire par mail auprès des ESF, l'accord de la directrice de la structure et / ou des enseignantes responsables SMA5 des différentes écoles a été sollicité.

Le questionnaire, dans sa version papier et en ligne, était anonyme.

3 Résultats

3.1 Description de la population

3.1.1 Échantillon et sa répartition par école

Nous avons obtenu 76 réponses sur l'ensemble des écoles ce qui représente un taux de réponse de 49,7%. En effet, nous avons obtenu 18 réponses à Baudelocque, ce qui représente un taux de réponse à 38,3% ; 17 réponses à Foch, soit un taux de réponse à 77,3% ; 23 réponses à Paris Saint Antoine, soit un taux de réponse à 57,5% ; 18 réponses à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, soit un taux de réponse à 40,9%.

3.1.2 Caractéristiques générales de l'échantillon

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage	
Âge (années)	21	1	1,3%
	22	13	17,1%
	23	44	57,9%
	24	11	14,5%
	25	4	5,3%
	26	3	3,9%
	Sexe	Femme	74
Homme		2	2,6 %
Parité	Pas d'enfants	76	100 %
Mode d'exercice envisagé	Hospitalier	56	73,7 %
	Libéral	11	14,5 %
	Mixte	4	5,3 %
	Global	1	1,3 %
	Humanitaire	2	2,6 %
	Ne souhaite pas exercer en tant que SF	2	2,6 %

Tableau 3. Caractéristiques générales de l'ensemble de la population.

La moyenne d'âge de notre population était de 23,2 ans avec une médiane à 23 ans. La quasi-totalité de l'échantillon était féminin (à 97,4%) avec 2,6 % d'hommes ayant répondu. Le mode d'exercice envisagé après le diplôme était principalement hospitalier (73,7 %), suivi par l'exercice en libéral (14,5%), mixte (5,3%), global (1,3%) ou humanitaire (2,6%). Seulement 2,6% des personnes interrogées ont répondu ne pas vouloir exercer en tant que sage-femme par la suite. Aucun des étudiants n'avait d'enfants.

3.2 Formation initiale sur la PNP

3.2.1 Caractéristiques de la formation initiale

Effectifs	École A n (%)	École B n (%)	École C n (%)	École D n (%)	Total n (%)
Volume horaire					
Pas de cours	3 (16,7%)	-	-	1 (5,6%)	4 (5,3%)
Entre 1 à 5h	6 (33,3%)	11 (64,7%)	9 (39,1%)	9 (50,0%)	35 (46,1%)
Entre 5 à 10h	6 (33,3%)	6 (35,3%)	5 (21,7%)	5 (27,8%)	22 (28,9%)
Entre 10 à 15h	3 (16,7%)	-	9 (39,1%)	3 (16,7%)	15 (19,7%)
Séances pratiques					
Oui	15 (83,3%)	17 (100%)	13 (56,5%)	3 (16,7%)	48 (63,2%)
Non	3 (16,7%)	-	10 (43,5%)	15 (83,3%)	28 (36,8%)
Séances à animer en stage					
Oui	9 (50,0%)	17 (100 %)	16 (69,6%)	1 (5,6%)	43 (56,6%)
Non	9 (50,0%)	-	7 (30,4%)	17 (94,4%)	33 (43,4%)
Nombre (si réponse précédente oui)					
≤ 15	3 (33,3%)	-	17 (31,4%)	1 (5,6%)	9 (20,9%)
16-20	6 (66,7%)	17 (100 %)	10 (62,5%)	-	33 (76,7%)
> 20	-	-	1 (6,3%)	-	1 (2,3%)

Tableau 4. Caractéristiques de la formation théorique et pratique en PNP.

Sur l'ensemble des écoles, la majorité des étudiants a eu au moins 1 à 5 heures de cours théoriques sur la PNP (46,1%), voire plus avec 28,9% qui ont répondu avoir eu 5 à 10 heures et 19,7% qui ont eu plus de 10 heures de cours sur le sujet. Il n'y avait

pas de différence significative sur le volume horaire de cours entre les différentes écoles ($p=0,133$). La plupart des étudiants ont également bénéficié de cours pratiques sur le sujet (63,2%). Pour les étudiants qui ont répondu ne pas avoir eu de séances pratiques (36,8%), 67,9% auraient souhaité en bénéficier.

En ce qui concerne les séances de PNP en stage, au total 56,6% des étudiants avaient un nombre minimum de séances à animer lors de leurs stages, contre 43,4% qui ont déclaré que ce n'était pas le cas. Lorsque la réponse était positive, la majorité des réponses indiquaient avoir 16 à 20 séances à animer (76,7%), avec une moyenne de 16 séances.

Concernant les séances en stage (tableau 5), la plupart des étudiants avaient pu assister voire animer des séances de PNP (au total respectivement 92,1% et 76,3% des étudiants), alors que l'EPP était moins pratiqué au cours des stages : 18,4% des étudiants n'y avaient jamais assisté et 36,8% n'avaient jamais animé de séance.

Certains étudiants avaient déjà animé au moins une fois, seul, une séance d'EPP (19,8%) ou de PNP (25%).

Séances en stage		EPP n (%)		PNP n (%)	
Milieux	Hospitalier	9	(11,8%)	11	(14,5%)
	Libéral	18	(23,7%)	22	(28,9%)
	Hospitalier et libéral	35	(46,1%)	37	(48,7%)
	Jamais vu	14	(18,4%)	4	(5,3%)
	Absence de réponse	-		2	(2,6%)
Animation	Seul(e)	4	(5,3%)	5	(6,6%)
	Avec l'aide de la sage-femme	32	(42,1%)	39	(51,3%)
	Les 2	11	(14,5%)	14	(18,4%)
	Jamais animé	28	(36,8%)	16	(21,1%)
	Absence de réponse	1	(1,3%)	2	(2,6%)

Tableau 5. Modalités des séances d'EPP et de PNP animées en stage.

3.2.2 Évaluation de la formation par les étudiants

Nous nous sommes intéressés à l'avis des étudiants concernant leur formation initiale sur la PNP (Tableau 6). Dans l'ensemble, la formation théorique leur a paru au moins partiellement suffisante (73,7% au total) contre 26,3% qui l'ont jugée insuffisante. Nous avons observé que le groupe d'étudiants ayant répondu avoir eu entre 10 à 15 heures de cours avait plus tendance à penser que la formation était suffisante, comparé au groupe ayant répondu avoir eu entre 1 à 5 heures de cours qui a estimé que c'était insuffisant ($p=0,02$).

Les séances pratiques vues en cours ont paru plus utiles que la théorie dans 45,8% des cas (avec 37,5% des étudiants qui les ont trouvées aussi utiles que la théorie). Ces séances pratiques ont permis à la majorité des étudiants d'acquérir au moins partiellement les compétences nécessaires à l'animation d'un groupe (au total 89,6%). Et dans l'ensemble la formation en stage était jugée plus utile que les cours dans 67,1% des cas ou au moins aussi utile dans 11,8% des cas.

Caractéristiques Effectifs	École A n (%)	École B n (%)	École C n (%)	École D n (%)	Total n (%)
Acquisition de connaissances par les cours					
Oui	7 (38,9%)	3 (17,6%)	11 (47,8%)	3 (16,7%)	24 (31,6%)
Partiellement	7 (38,9%)	8 (47,1%)	8 (34,8%)	9 (50,0%)	32 (42,1%)
Non	4 (22,2%)	6 (35,3%)	4 (17,4%)	6 (33,3%)	20 (26,3%)
Utilité des séances pratiques par rapport aux cours					
Plus utiles	6 (40%)	6 (35,3%)	9 (69,2%)	1 (33,3%)	22 (45,8%)
Aussi utiles	8 (53,3%)	7 (41,2%)	2 (15,4%)	1 (33,3%)	18 (37,5%)
Moins utiles	-	1 (5,9%)	1 (7,7%)	1 (33,3%)	2 (4,2%)
Sans avis	1 (6,7%)	2 (11,8%)	1 (7,7%)	-	5 (10,4%)
Absence de réponse	-	1 (5,9%)	-	-	1 (2,1%)
Acquisition de compétences avec les séances pratiques					
Oui	4 (26,7%)	3 (17,6%)	5 (38,5%)	1 (33,3%)	13 (27,1%)
Partiellement	10 (66,7%)	13 (76,5%)	6 (46,2%)	1 (33,3%)	30 (62,5%)
Non	1 (6,7%)	-	2 (15,4%)	1 (33,3%)	4 (8,3%)
Absence de réponse	-	1 (5,9%)	-	-	1 (2,1%)

Utilité des séances en stage vs. utilité des cours						
Plus utiles	10 (55,6%)	8 (47,1%)	19 (82,6%)	14 (77,8%)	51 (67,1%)	
Aussi utiles	2 (11,1%)	5 (29,4%)	1 (4,3%)	1 (5,6%)	9 (11,8%)	
Moins utiles	2 (11,1%)	1 (5,9%)	-	-	3 (3,9%)	
Sans avis	3 (16,7%)	2 (11,8%)	3 (13,0%)	-	8 (10,5%)	
Absence de réponse	1 (5,6%)	1 (5,9%)	-	3 (16,7%)	5 (6,6%)	

Tableau 6. Évaluation de la formation théorique et pratique en PNP par les étudiants.

Nous avons également cherché à déterminer l'intérêt porté à la formation en PNP à l'issue du cursus (Figure 1). Comparée à la formation générale, la formation en PNP revêtait un intérêt moyen pour les étudiants (40,8%), voire un intérêt faible (26,3%). En revanche, dans le cadre de la formation sur la prévention, l'intérêt pour le sujet avait tendance à augmenter, avec autant d'étudiants qui y accordaient un intérêt moyen ou grand (38,2% à chaque fois). Par ailleurs 60,5% des étudiants ont eu l'impression que le sujet de la PNP était abordé sous l'angle de la prévention et de l'éducation à la santé au cours de leur formation.

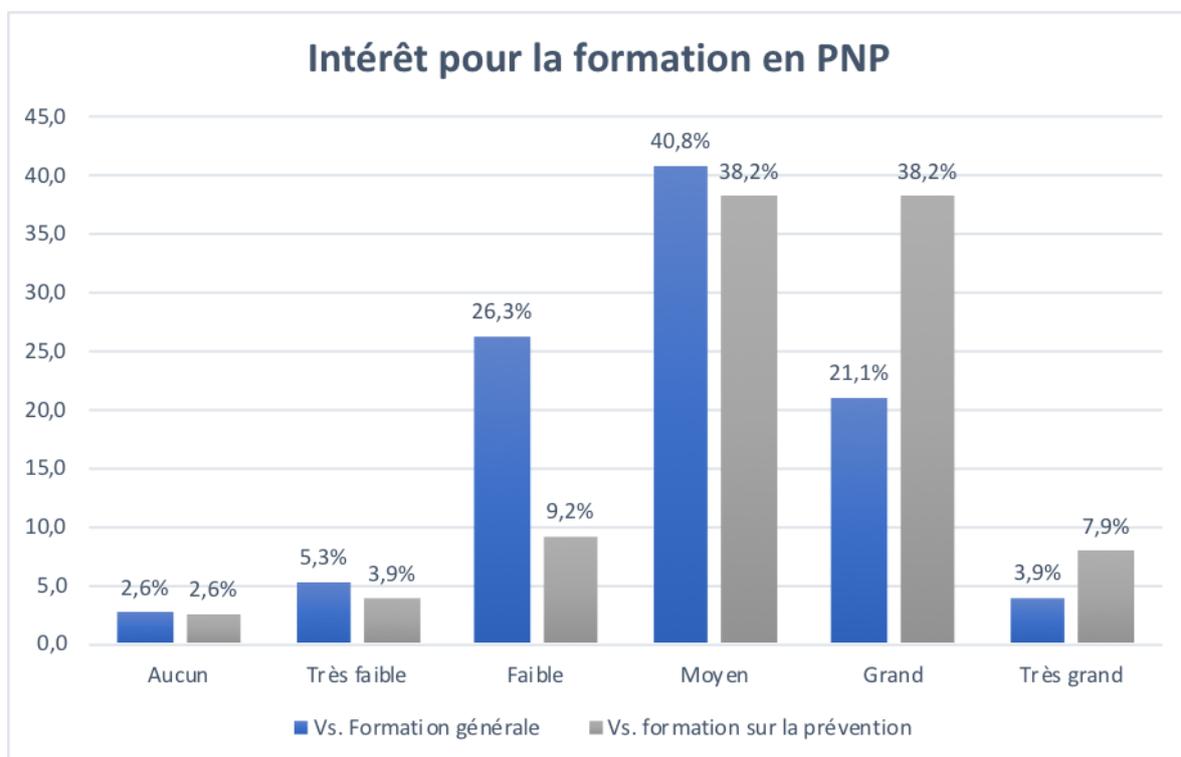


Figure 1. Intérêt pour la formation en PNP par rapport à l'enseignement général et la formation sur la prévention.

Nous avons également cherché à évaluer le sentiment de compétence par rapport à la PNP (animation, connaissances...) des étudiants arrivés à la fin de leurs études : 60,5% des étudiants se sentaient compétents contre 39,5% qui ont répondu négativement à cette question.

Ce sentiment de compétence était relié à l'expérience en stage : les étudiants ayant pu animer des séances de PNP ont été plus nombreux à se sentir compétents à l'issue de la formation ($p=0,0006$). En revanche ni le fait d'animer seul ou avec l'aide de la sage-femme ni le nombre d'heures de cours reçus n'influaient sur le sentiment de compétence (respectivement $p=0,1$ et $p=0,496$).

3.3 Perspectives professionnelles

3.3.1 Place de la PNP dans le champ de la prévention

Nous avons ensuite cherché à déterminer comment les étudiants percevaient le rôle de la PNP et l'EPP dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé et comment ils souhaitaient l'intégrer à leur future pratique professionnelle (pour cette question nous n'avons pas pris en compte les réponses des 2 ESF ayant répondu ne pas vouloir exercer en tant que sage-femme par la suite). Pour la totalité des étudiants ($n=76$), le rôle de la sage-femme en matière de prévention et d'éducation à la santé était considéré comme important.

	EPP n (%)	PNP n (%)
Outil adapté aux missions de prévention et d'éducation à la santé		
Oui	66 (86,8%)	70 (92,1%)
Non	4 (5,3%)	1 (1,3%)
Ne sait pas	6 (7,9%)	5 (6,6%)
Utilité de la PNP comparée aux autres outils de prévention	<i>Non demandé</i>	
Outil privilégié		41 (53,9%)
Outil parmi d'autres		31 (40,8%)
Inutile		2 (2,6%)
Ne sait pas		1 (1,3%)
Absence de réponse		1 (1,3%)

Proposition systématique aux patientes	Oui	71 (93,4%)	73 (96,1%)
	Non	5 (6,6%)	3 (3,9%)
Intégration à la pratique professionnelle après le diplôme			
	Immédiatement après	37 (50 %)	33 (44,6%)
	Plus tard	31 (41,9%)	36 (48,6%)
	Jamais	5 (6,8%)	3 (4,1%)
	Ne sait pas	1 (1,4%)	2 (2,7%)

Tableau 7. Place de l'EPP et de la PNP dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé.

D'après le tableau 7, la grande majorité des étudiants jugeaient l'EPP et la PNP comme étant des outils adaptés au rôle de prévention et d'éducation à la santé (respectivement 86,8% et 92,1% des étudiants). Pour 53,1% d'entre eux, la PNP était même un outil privilégié comparé aux autres outils de prévention existants, alors que pour 40,8% c'était un outil parmi d'autres. Ceci n'empêchait pas le fait qu'en tant que futurs professionnels de santé, la plupart des étudiants envisageaient de proposer de façon systématique l'EPP et la PNP aux femmes et aux couples (respectivement 93,4% et 96,1% des cas).

Lorsqu'il s'agissait de l'intégration de l'EPP et de la PNP à la pratique professionnelle, cela se répartissait équitablement entre ceux qui souhaitaient les intégrer à leur pratique immédiatement après l'obtention du diplôme (50% des étudiants pour l'EPP et 44,6% des étudiants pour la PNP) et ceux qui souhaitaient les pratiquer plus tard au cours de leur carrière (41,9% des étudiants pour l'EPP et 48,6% des étudiants pour la PNP). Le moment d'intégration de la PNP à la pratique était directement relié au mode d'exercice envisagé: les étudiants souhaitant s'installer en libéral après le diplôme avaient tendance à vouloir intégrer l'EPP et la PNP à leur pratique plus rapidement que les ESF souhaitant exercer à l'hôpital ($p=0,016$ pour l'EPP et $p=0,003$ pour la PNP).

3.3.2 Raisons du choix de pratique professionnelle

Nous avons regroupé les principales raisons avancées par les étudiants pour pratiquer l'EPP et la PNP immédiatement après le diplôme ou plus tard au cours de leur carrière, et nous les avons classées en différentes catégories, qui sont présentées dans les figures 2-5 ci-dessous.

3.3.2.1 Immédiatement après le diplôme

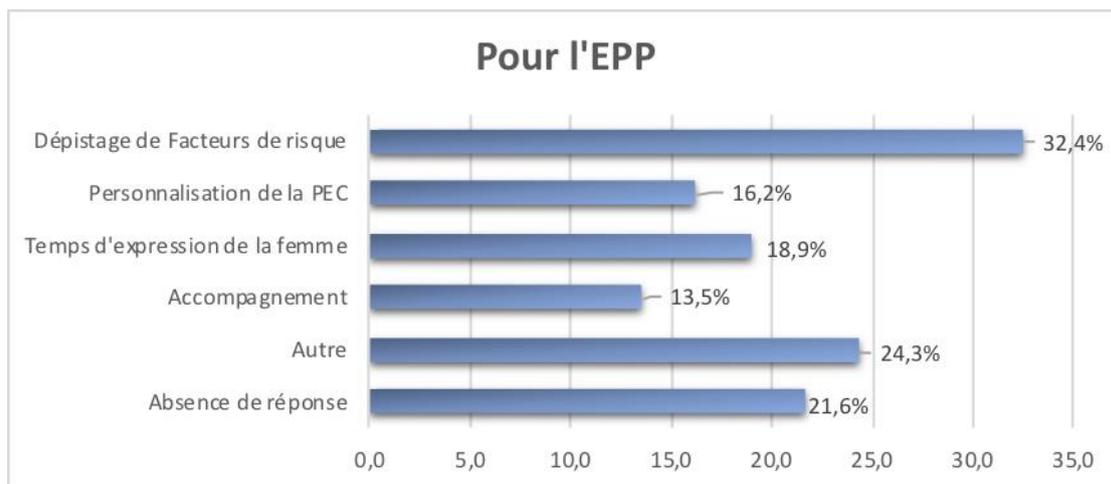


Figure 2. Raisons d'intégrer l'EPP à sa pratique immédiatement après le diplôme.

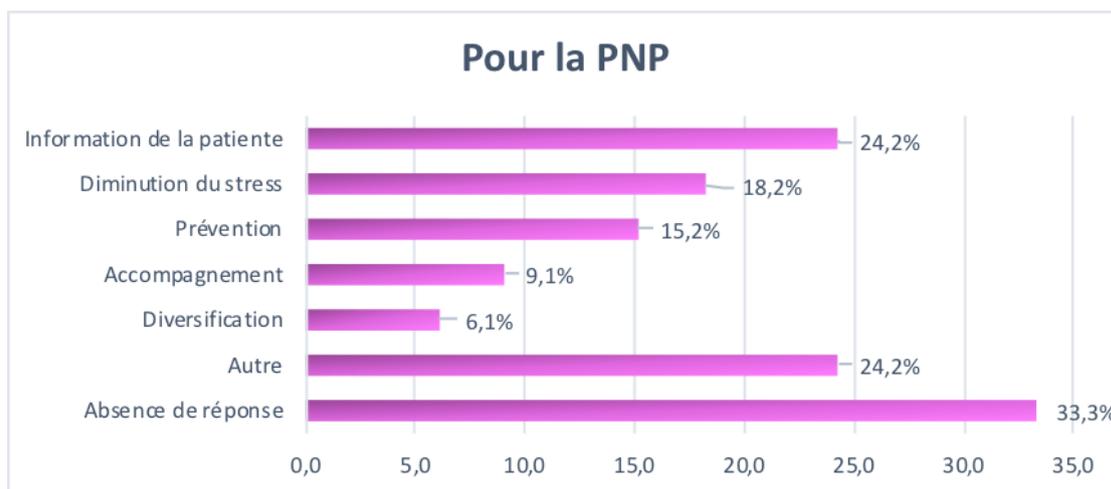


Figure 3. Raisons d'intégrer la PNP à sa pratique immédiatement après le diplôme.

3.3.2.2 Plus tard au cours de sa carrière

Nous avons rassemblé les raisons de pratiquer l'EPP et la PNP plus tard au cours de sa carrière avec celles avancées par les étudiants qui ne voulaient pas ou ne savaient pas s'ils voudraient les pratiquer.

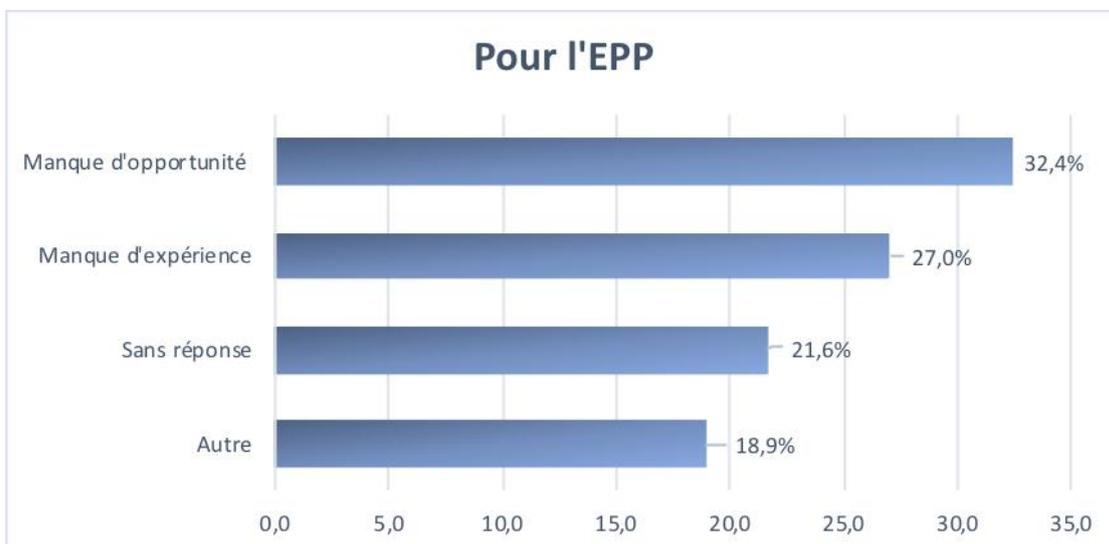


Figure 4. Raisons de pratiquer l'EPP plus tard au cours de sa carrière.

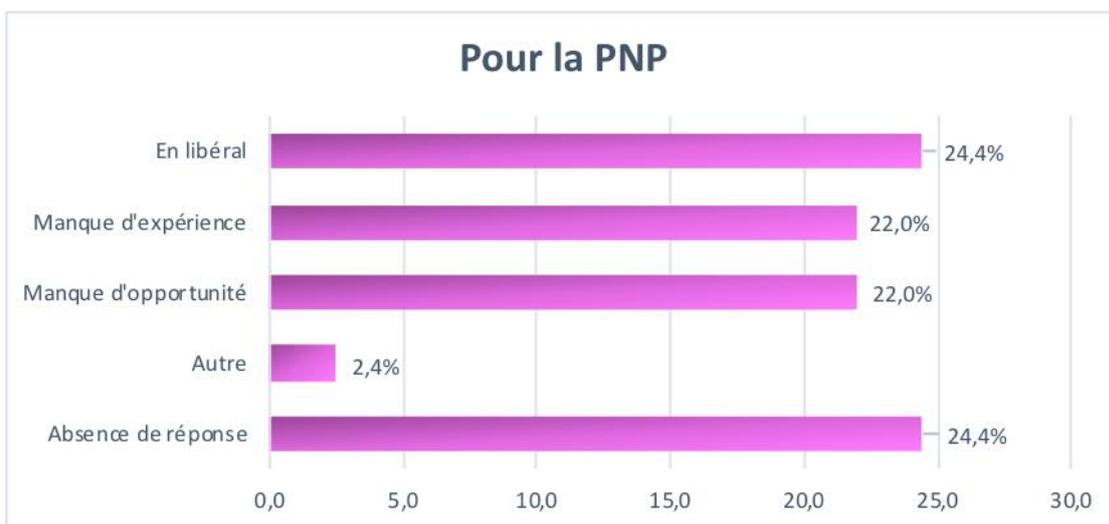


Figure 5. Raisons de pratiquer la PNP plus tard au cours de sa carrière.

Une des raisons principales d'intégrer l'EPP et la PNP plus tard à sa pratique professionnelle était le manque d'opportunité pour les jeunes professionnels

souhaitant commencer leur carrière à l'hôpital (32,4% des réponses pour l'EPP et 22% des réponses pour la PNP). Environ un quart des étudiants qui souhaitaient débiter par un exercice hospitalier ont également répondu vouloir faire de la PNP dès qu'ils s'installeront en libéral. En revanche, le manque d'expérience était une raison avancée dans plus de 20% des réponses quel que soit le type d'exercice envisagé (hospitalier, libéral, mixte...).

3.4 Formation complémentaire

Une majorité d'étudiants (60,5%) ont indiqué vouloir se former davantage sur la PNP après le diplôme. Parmi ceux qui souhaitaient poursuivre la formation, 50% (n=23) ne se sentaient pas compétents à l'issue du cursus, contre 50% qui se sentaient aptes à animer seul des séances de PNP.

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

- Place de la PNP dans le champ de la prévention :

En réfléchissant à leur rôle en termes de prévention et d'éducation à la santé – rôle que les étudiants jugent important – il semble que l'EPP et la PNP soient des outils adaptés selon les étudiants. Pour un peu plus de la moitié d'entre eux, la PNP est même un outil privilégié par rapport aux autres outils existants et pour 40% d'entre eux c'est un outil parmi d'autres. **Ceci invalide notre 1ère hypothèse.**

- Place de la formation initiale dans cet intérêt :

Par rapport à l'enseignement général, la formation initiale en PNP a peu contribué à susciter de l'intérêt chez les étudiants. En revanche, lorsque la PNP était abordée sous l'angle de la prévention et de l'éducation à la santé, cet intérêt avait tendance à augmenter, avec autant d'étudiants qui y trouvaient un intérêt moyen ou grand (38,2% à chaque fois). **Ceci valide donc notre 2e hypothèse, mais dans une certaine limite : les étudiants portent un intérêt relatif à la formation, lorsqu'elle est intégrée à la formation sur la prévention.**

- Place dans la pratique professionnelle :

En tant que futurs professionnels de santé, la quasi-totalité des étudiants aura tendance à proposer l'EPP et la PNP aux femmes et aux couples de manière systématique.

En revanche, en ce qui concerne l'intégration à la pratique, ceci est corrélé au mode d'exercice envisagé. En effet, les ESF envisageant un exercice en libéral directement après le diplôme auront tendance à vouloir intégrer l'EPP et la PNP à leur pratique plus rapidement que les ESF envisageant de commencer dans le monde hospitalier.

La validation de notre 3^e hypothèse dépend donc du mode d'exercice envisagé : elle est validée lorsque les ESF considèrent une installation en libéral mais invalidée lorsqu'ils considèrent un exercice hospitalier.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Caractéristiques générales

La moyenne d'âge des étudiants sages-femmes était de 23,2 ans et la majorité d'entre eux étaient des femmes (n=74), avec 2 hommes ayant répondu au questionnaire. Nous avons cherché à savoir si certains étudiants avaient déjà des enfants et auquel cas s'ils avaient bénéficié de PNP au cours de leurs précédentes grossesses, ce qui aurait pu être intéressant pour comparer leur expérience personnelle et l'expérience qu'ils en avaient suite à leur formation initiale. En l'occurrence, aucun des répondants n'avaient d'enfant.

4.2.2 Formation initiale

4.2.2.1 Cours théoriques

Environ la moitié des étudiants a répondu avoir eu entre 1 à 5 heures de cours théoriques sur la PNP (46,1%), avec l'autre moitié (48,6%) qui a répondu avoir eu plus de 5 heures de cours. Lorsque l'on compare les volumes horaires inter-écoles, nous n'avons pas constaté de différence significative entre les écoles ($p=0,133$).

Ce n'est qu'à partir de 10 heures de cours que les étudiants ont le sentiment que la formation théorique est suffisante et leur permet d'acquérir les connaissances nécessaires sur la PNP : en-dessous de ce nombre d'heures, cela paraît trop peu pour les étudiants ($p=0,02$).

De plus, les séances pratiques vues en cours semblent plus appréciées des étudiants, lorsqu'ils ont pu en bénéficier (dans 63,2% des cas). En effet, la majorité d'entre eux a trouvé ces séances aussi utiles, voire plus utiles, que les cours

théoriques (83,3%) En revanche, si l'on ne prend en compte que le contenu des séances pratiques, la plupart des ESF ont estimé que cela ne suffisait pas pour acquérir toutes les connaissances nécessaires à l'animation de séances de PNP.

Les cours théoriques seuls ne semblent donc pas satisfaire complètement les besoins pédagogiques des ESF, lorsque le volume horaire est inférieur à 10 heures. Certes dans ce mémoire nous n'avons exploré que la quantité de cours reçue et non le contenu, ce qui pourrait faire l'objet d'une prochaine étude. Et ce résultat est à nuancer par le fait que le nombre d'heures de cours reçu n'influe pas sur le sentiment de compétence ($p=0,4906$) à la fin de la formation.

D'autre part, les séances pratiques encadrées par des enseignants, en plus de cours théoriques, semblent indispensables pour consolider leurs connaissances sur la PNP et pour l'acquisition de compétences nécessaires à l'animation d'un groupe. En revanche, les séances pratiques seules ne semblaient pas suffire à ces objectifs.

4.2.2.2 Formation en stage

Un peu plus de la moitié des étudiants (56,6%) a affirmé avoir un certain nombre de séances à valider en stage, avec une moyenne de 16 séances.

En pratique, une grande majorité d'étudiants a déjà pu assister à une séance d'EPP ou de PNP au cours de leurs stages. On note même un début d'autonomisation avec environ 20 à 25% des étudiants ayant déjà animé au moins une fois seul une séance d'EPP ou de PNP. De même, la moitié d'entre eux ont pu assister à des séances en milieu hospitalier ainsi qu'en milieu libéral, leur permettant peut-être de comparer et analyser les différences de pratiques.

Cependant, des progrès pourraient être faits au regard de l'accès à l'EPP : environ 20% des ESF n'ont jamais assisté à une séance d'EPP et plus d'un tiers n'a jamais pu en animer.

Ceci est à nuancer par le fait que nous avons réalisé notre étude entre décembre et début février, avant ou au tout début du stage intégré de dernière année : il est

possible que certains étudiants aient l'occasion d'y participer par la suite, avant la fin de leur année universitaire et leur diplôme.

Dans l'ensemble la grande majorité des étudiants a trouvé l'animation (ou du moins la participation) de séances lors de leurs stages aussi utiles voire plus utiles que la formation théorique (78,9% au total).

De plus, notre étude montre que l'expérience en stage impacte fortement le sentiment de compétence à l'issue du cursus: les étudiants ayant pu animer seul ou avec l'aide de la sage-femme des séances de PNP se sentiront plus compétents que les étudiants n'ayant jamais animé de séance ($p=0,0006$). En revanche, le fait d'animer seul ou avec la sage-femme ne change rien au sentiment de compétence ($p=0,1$).

Nous en concluons que pour se sentir compétent à l'issue de la formation, il paraît nécessaire d'animer des séances. On peut donc se poser la question de rendre obligatoire ces séances dans le cadre du cursus et d'attribuer un nombre minimum de séances à valider.

4.2.3 Perspectives professionnelles

4.2.3.1 Place de la PNP dans le champ de la prévention

Tous les étudiants estiment que le rôle de la sage-femme en matière de prévention et d'éducation à la santé est important. Et la quasi-totalité des étudiants considère que l'EPP et la PNP sont des outils adaptés à cette mission (respectivement 86,8% et 92,1% des étudiants). Cependant, quelques étudiants en ont jugé autrement.

En ce qui concerne l'EPP, certains ont avancé que l'EPP était « rarement effectué », que c'était un moment centré sur les attentes de la patiente et du couple, pour parler du vécu de la grossesse et des souhaits pour l'accouchement mais que ce n'était pas un moment adapté pour parler de prévention. Pour ces étudiants, l'EPP permet « de dépister des vulnérabilités sociales » mais « ce n'est pas un entretien médical » (n=3), « la prévention se fait plutôt lors des consultations ». Il semble donc que pour les ESF ayant répondu négativement à cette question, du fait que l'EPP était un moment privilégié pour aborder le versant non médical de la grossesse avec la femme et le couple, celui-ci n'entrait pas dans le domaine de la prévention. On pourrait argumenter qu'évaluer le contexte de vie de la patiente, repérer des facteurs de vulnérabilité psycho-sociaux et évaluer le vécu de la grossesse par la femme et le couple entrent dans le domaine de la prévention : prévention et prise en charge de la dépression ante-partum ou post-partum, proposition d'orientation et de prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, assistante sociale, addictologue...) si besoin...

Quant à la PNP, pour certains elle n'aborde pas la prévention et semble plutôt servir à éduquer les femmes sur la grossesse et l'accouchement qu'à faire passer des messages de prévention (n=1), elle permet d' « atténuer l'angoisse de l'inconnu ». Une personne a également remarqué que la PNP étant souvent faite en groupe, il était alors difficile de parler d'une « prévention qui sera bien écoutée ».

Cependant ceci n'empêche pas de proposer de manière quasi-systématique (dans plus de 90% des cas) l'EPP et la PNP à toutes les femmes et tous les couples. Certains étudiants ont avancé le fait de proposer l'EPP « sur facteurs de risque » (n= 2), « en fonction du patient et de ses besoins », ou « si la femme a beaucoup de questions » (n=2). La barrière linguistique et l'accessibilité sont également des freins à une proposition systématique de l'EPP et de la PNP.

4.2.3.2 Intégration à la pratique professionnelle

Environ la moitié des étudiants se voient intégrer l'EPP (50%) et la PNP (44,6%) à leur pratique professionnelle immédiatement après le diplôme.

Les notions de dépistage de facteurs de risque, de personnalisation de la prise en charge et de prévention sont avancées pour expliquer ce choix. En effet, les étudiants ont conscience que l'EPP peut être un temps « privilégié pour repérer les vulnérabilités psycho-sociales » et « adapter un suivi spécifique en amont ou en tout début de grossesse au profil social, médical, psychique de la patiente et du couple » ; pour certains c'est un « temps de parole, au-delà de l'aspect médical abordé en consultations » qui permet d'accompagner la femme et le couple dans sa globalité, en intégrant une composante non médicale. En ceci les raisons invoquées rejoignent les recommandations de la HAS (9).

De même, la PNP permet d'apporter une information « gratuite » et éclairée à la patiente (il vaut mieux qu'elle pose ses questions « à des professionnels plutôt que sur internet »), pour qu'elle ait « des clés pour décider pour elle-même », ou ne serait-ce que pour informer sur les maux de la grossesse et « éviter de consulter de manière excessive aux urgences lorsque cela n'est pas nécessaire ». La PNP permet également de faire passer des messages de prévention (« notamment vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson »). Elle est un bon moyen d'accompagner les patientes durant leur grossesse. Accompagnement vers l'accouchement qui peut être source d'angoisse, auquel cas la PNP est le moyen adapté pour diminuer le stress, permettre « un meilleur vécu de la naissance et de l'accueil du nouveau-né » en étant un « outil d'appréhension (...), de meilleure acceptation de situations difficiles ». Certains étudiants avancent d'autres raisons : la PNP dégage également un temps de parole unique pour les femmes au moment de la grossesse, pour qu'elles « échangent sur ce qu'elles vivent » et pour « briser les tabous », ce qui rejoint l'idée de Sylvain Missonnier de la « créativité anticipatrice » du groupe face aux problèmes (22). Certains y voient également une opportunité de changer la façon dont la PNP est faite, notamment pour inclure « certains thèmes,

problématiques non abordés habituellement » (sans précision sur ces thèmes) ou se « saisir de l'aspect parentalité qui est aujourd'hui très peu développé ».

Les raisons avancées pour intégrer l'EPP et la PNP plus tard au cours de sa carrière sont les mêmes : le manque d'expérience principalement et le manque d'opportunités pour les nouvelles sages-femmes à l'hôpital. Un quart des étudiants qui ont déclaré vouloir commencer par un exercice hospitalier sont prêts à faire de la PNP dès qu'ils s'installeront en libéral.

Nous avons regardé s'il existait une corrélation entre le projet professionnel et le moment d'intégration de l'EPP et de la PNP à sa pratique. Les ESF souhaitant s'installer en libéral après le diplôme auront tendance à vouloir intégrer l'EPP et la PNP à leur pratique plus rapidement que les ESF souhaitant exercer à l'hôpital ($p=0,016$ pour l'EPP et $p=0,003$ pour la PNP).

Ceci s'explique par les raisons mentionnées ci-dessus, avancées par les étudiants, ainsi que par le fait que la PNP représente une activité non négligeable de l'activité libérale. En effet, d'après le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), la PNP représente 43% des actes quantifiés en libéral et 55% des honoraires (reçus sur les actes cotés en SF) (28).

4.3 Limites et biais

Cette étude comprend plusieurs biais, le premier étant le biais de sélection. En effet, notre questionnaire était anonyme et basé sur le volontariat : il est possible qu'il n'y ait que les étudiants qui se sentent un minimum concernés par le sujet qui aient répondu. Ensuite, il est possible qu'il y ait eu un biais de compréhension : malgré le fait d'avoir fait tester notre questionnaire, certains étudiants ont pu ne pas comprendre quelques questions, notamment celle sur le nombre de séances à animer en stage (certains étudiants ont répondu négativement à cette question, tout

en précisant qu'ils avaient un nombre de séances à faire mais que ce n'était en aucun cas obligatoire). Enfin, le biais de mémoire est sans doute le plus important ici : nous interrogeons les étudiants sur l'ensemble de leur formation initiale en PNP, celle-ci ayant pu démarrer quelques années auparavant, ce qui peut introduire un flou autour du nombre d'heures de cours reçus par exemple. Ceci explique d'ailleurs très probablement pourquoi au sein d'une même école les étudiants ont pu avancer des réponses différentes concernant le volume horaire de cours théoriques.

4.4 Implications et perspectives

Ce mémoire permet de faire un état des lieux sur la formation initiale en PNP et sur les besoins des étudiants à ce niveau. Il confirme l'importance d'animer des séances en stage ; une étude plus approfondie sur les besoins théoriques des étudiants pourrait être intéressante à l'avenir.

Au-delà d'un état des lieux sur la formation initiale, ce mémoire permet de faire un état des lieux indirect sur la PNP et sa place dans l'organisation du système de santé en périnatalité, au travers du regard des étudiants sur la PNP — sur la théorie qu'ils ont reçue et sur l'aspect pratique qu'ils ont vu en stage.

En effet, les expériences en stage des ESF influencent nécessairement un tant soit peu le regard qu'ils portent sur la PNP ; ces expériences quant à elles dépendent directement de la pratique des professionnels, pratique qui elle-même est conditionnée en partie par le système (nombre de séances, nombre de personnes dans le groupe, thèmes à aborder...).

Ceci rejoint le constat fait par l'étude des sages-femmes M-R. Bernard et C. Eymard, portant sur la formation initiale des étudiants sages-femmes en éducation pour la santé (29). Cette étude montre que lors de leur formation, les ESF sont amenés à faire des actions de prévention et d'information par rapport aux pathologies et facteurs de risques rencontrés ; cependant ils sont moins amenés à réaliser des actions de promotion de la santé, actions qui nécessitent soutien et

accompagnement personnalisé de la femme afin d'améliorer ses conditions de vie. Pour les auteures, ceci est le reflet de l'organisation du système de santé, où l'exigence tend vers une technicité grandissante du métier de sage-femme, au détriment des aspects non médicaux de la profession (aspect relationnel, éducatif...) (29).

Ce mémoire, en étant donc un reflet de la pratique sur le terrain, interroge celle-ci: quelle place accordons-nous aujourd'hui aux aspects non cliniques de notre profession ? Comment le système de santé structure-t-il ces aspects ?

Ceci est particulièrement intéressant à interroger face aux changements sociétaux qui se sont produits depuis les dernières recommandations de 2005. En effet, avec le développement des réseaux sociaux et l'accès toujours plus grand à l'information sur Internet, il paraît légitime que les demandes des patientes évoluent à nouveau vers un accompagnement différent, qu'il reste à définir et où la place de la PNP reste à écrire...

Conclusion

Cette étude a pu évaluer le rôle de la formation initiale dans l'intérêt que les étudiants sages-femmes en SMA5 portent à la PNP et évaluer la place qu'ils lui accordent dans le cadre de la prévention et de l'éducation à la santé.

Concernant la formation initiale, le nombre d'heures de cours reçus est important pour que les ESF estiment leur formation suffisante à ce sujet, soit plus de 10h de cours théoriques. De plus, le recours aux séances pratiques lors des cours est apprécié et complète la formation théorique. L'animation de séances en stage, seul ou avec l'aide de la sage-femme est également importante pour se sentir compétent à l'issue du cursus. En revanche, les ESF en SMA5 portent un intérêt majoritairement moyen à la PNP dans le cadre de leur formation initiale, même si celui-ci s'accroît un peu lorsque la PNP est présentée dans le cadre de la prévention.

Concernant la place de l'EPP et de la PNP dans la future pratique des SMA5, la grande majorité les proposeront de manière systématique, car ils les considèrent comme des outils utiles à la prévention et à l'éducation à la santé. Le choix d'exercice (hospitalier, libéral, mixte...) influe sur le choix d'intégrer directement l'EPP et la PNP dans sa pratique ou non. Ceci s'explique du fait que les sages-femmes nouvellement diplômées font assez peu de consultations et de PNP en hospitalier après le diplôme, alors que la PNP constitue une partie non négligeable de la pratique d'une sage-femme en libéral.

Les ESF ont conscience des enjeux de la PNP et de l'impact qu'elle peut avoir au niveau de la prévention et de l'éducation à la santé. Par ailleurs, avec le développement du service sanitaire, ils seront appelés à s'engager plus largement dans le système de prévention, à développer un sens de l'inter-professionnalité lors de leurs missions et surtout à promouvoir des comportements favorisant une bonne

santé auprès de publics cibles. Rejoignant les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, leur but sera entre autres de responsabiliser le citoyen sur les questions concernant sa santé.

A l'avenir, il sera intéressant d'évaluer les effets des actions conjointes de la PNP et du service sanitaire sur la promotion de la santé en périnatalité et les impacts qu'elle peut avoir sur des facteurs médicaux ou même psycho-sociaux.

Bibliographie

(1) Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

(2) Promotion de la santé - Charte d'OTTAWA [Internet]. 1986 [cité 10 août 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

(3) Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 [Internet]. Conseil constitutionnel. 1946 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

(4) CFES, la promotion de la santé institutionnalisée - Théragora [Internet]. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.theragora.fr/acteurs-de-ma-sante/institutions/sante-publique-france/index.html>

(5) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

(6) LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

(7) Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

(8) Priorité prévention. Rester en bonne santé toute sa vie. Direction Générale de la Santé. [Internet]. 2018 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique_psn.pdf

(9) Ministère des solidarités et de la santé. Avis relatif à l'avenant no 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée [Internet]. 2018 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449105/document/avenant_4_sf_jo_10_08_2018.pdf

(10) HAS. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité. Novembre 2005.

(11) Brunet M. La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier: pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes primipares. Metz, France: Université Henri- Poincaré; 2011.

(12) Simon E. Préparation à la naissance en libéral et réalité de l'accouchement en milieu hospitalier: enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme. Gynecology and obstetrics. 2014. Disponible: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087679>

(13) Poirier P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. Gynecology and obstetrics. 2011. Disponible: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735>

(14) Adèle Cortet. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005. Gynecology and obstetrics. 2010. <dumas-00564332>

(15) Gérard Neyrand "L'évolution du regard sur la relation parentale : l'exemple de la France1." Nouvelles pratiques sociales 161 (2003): 27–44.

(16) Bréart G, Puech F, Rozé JC. Plan « Périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. 2004 [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2004/planperinat.pdf>

- (17) Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. INSERM. Mai 2011. Disponible:[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
- (18) Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, et al. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. [Internet]. INSERM et DREES; 2017 oct [cité 15 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
- (19) Barandon S et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité: caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. J Gynecol Obstet Reprod (Paris) (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyn.2015.06.026>
- (20) Brixval et al. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psychosocial outcomes — a systematic review. Systematic Reviews (2015) 4:20. DOI 10.1186/s13643-015-0010-x
- (21) Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database Syst Rev. 2007;3, CD002869
- (22) Milgram J et al. Journal of Affective Disorders 130 (2011), p.385-394
- (23) Missonnier S. La parentalité prénatale, la préparation à la naissance et l'entretien précoce. Contraste, 2007/1 (N°26), p.55-79
- (24) Bernard M-R, Eymard C. Evolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. Santé Publique, 2012/4 (Vol.24), p.283-289
- (25) Code de la santé publique. Article L4151-1. [Internet]. [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>

(26) Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. [Internet]. 2018 juin [cité 01 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825#LEGIARTI000027238845>

(27) Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. [Internet]. 2018 juin [cité 01 oct 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=09B4BB483227EF8C60EBE5A87986DB9E.tplqfr42s_1?cidTexte=JORFTEXT000037051110&dateTexte=20180613

(28) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les Sages-Femmes: une profession en mutation [Internet]. 2016 [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf

(29) Bernard M-R, Eymard C. Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises. La revue Sage-femme. 16 mars 2012;11(1):33- 9.

Annexes

Annexe I : Questionnaire

Quelle place occupe la PNP dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé en périnatalité ?

Enquête auprès des ESF en dernière année d'études

Bonjour,

Étant étudiante sage-femme, je souhaite interroger les étudiants sages-femmes en dernière année de cursus sur leur intérêt pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), la place qu'a eu l'enseignement sur cet intérêt et surtout à déterminer s'ils estiment que la PNP est un outil adapté au rôle de prévention et d'éducation à la santé de la sage-femme.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

AXE 1 : Caractéristiques générales

1. Quel âge avez-vous ?
2. De quel sexe êtes-vous ?
3. De quelle école êtes-vous ?
4. Avez-vous des enfants ? Si oui combien ? Avez-vous bénéficié de la PNP lors de votre (vos) grossesse(s) ?
5. Après le diplôme d'état, quel mode d'exercice envisagez-vous ?
 - Hospitalier
 - Libéral
 - Autre :
 - Je ne souhaite pas exercer en tant que sage-femme

AXE 2 : Formation initiale sur la PNP

À l'école de sages-femmes :

6. Quel est le nombre moyen d'heures de cours théoriques que vous avez eu sur la PNP ?
 - Pas de cours théoriques
 - Entre 1 à 5h
 - Entre 5 à 10h
 - Entre 10 à 15h
7. Ce volume horaire vous a-t-il paru suffisant pour acquérir les connaissances nécessaires sur la PNP ?
 - Oui
 - Non
 - Partiellement
8. Avez-vous eu des séances pratiques sur le sujet, où vous pouviez vous entraîner à l'animation de séances ?
 - Oui
 - Non

9. Si non, auriez-vous souhaité en bénéficier ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu non à la question 8, allez directement à la question 12.

10. Par rapport aux cours théoriques, diriez-vous que ces séances pratiques étaient :

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sans avis | Moins utiles | Aussi utiles | Plus utiles |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11. Ces séances pratiques vous ont-elles permis d'acquérir les compétences nécessaires pour animer des séances ?

- Oui
- Non
- Partiellement

En stage :

12. Avez-vous un nombre minimum de séances de PNP à animer avant la fin de vos études ?

- Oui
- Non

13. Si oui, combien ?

14. Avez-vous assisté à l'entretien prénatal précoce (EPP) et/ou à des séances de PNP :

- En milieu hospitalier
- En libéral
- Je n'ai jamais assisté à une séance d'EPP
- Je n'ai jamais assisté à une séance de PNP

15. Avez-vous pu réaliser l'entretien prénatal précoce et/ou des séances de PNP :

- Seul(e)
- Avec l'aide de la sage-femme
- Je n'ai pas animé de séance d'EPP
- Je n'ai pas animé de séance de PNP

16. Par rapport aux cours, estimez-vous que l'animation de séances en stage a été :

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sans avis | Moins utile | Aussi utile | Plus utile |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Arrivant à la fin de votre cursus :

17. Quel intérêt avez-vous accordé à cet enseignement lors de votre formation initiale, par rapport à l'ensemble de l'enseignement délivré pendant vos études ?

- | | | | | | |
|-------|-------------|--------|-------|-------|------------|
| Aucun | Très faible | Faible | Moyen | Grand | Très grand |
|-------|-------------|--------|-------|-------|------------|

-
-
-
-
-
-

18. Quel intérêt avez-vous accordé à cet enseignement lors de votre formation initiale, par rapport à l'enseignement délivré dans le champ de l'éducation et de la prévention ?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aucun | Très faible | Faible | Moyen | Grand | Très grand |
| <input type="radio"/> |

19. Diriez-vous que l'enseignement sur la PNP a été abordé sous l'angle de la prévention et de l'éducation à la santé (dans le domaine obstétrical) ?

- Oui
- Non

20. Vous estimez-vous compétent(e) pour animer des séances seul(e) ?

- Oui
- Non

AXE 3 : Place de la PNP dans votre future pratique professionnelle

21. Concernant la prévention et l'éducation à la santé, diriez-vous que le rôle de la sage-femme est :

- Important
- Moyennement important
- Faible
- Inexistant

22. Diriez-vous que l'EPP est un outil adapté pour la mission de prévention et d'éducation à la santé pendant la grossesse ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

23. Si vous avez répondu non, pourquoi ?

.....

24. En tant que futur professionnel de santé, proposeriez-vous de façon systématique l'EPP aux femmes enceintes ?

- Oui
- Non

25. Si vous avez répondu non, pourquoi ?

.....

26. Souhaitez-vous intégrer l'EPP dans votre pratique professionnelle ?

- Immédiatement après l'obtention du diplôme d'état
- Plus tard dans ma vie professionnelle

- Non
- Je ne sais pas

27. Merci de préciser la raison principale de ce choix :

.....

28. Diriez-vous que la PNP est un outil adapté pour la mission de prévention et d'éducation à la santé pendant la grossesse ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

29. Si vous avez répondu non, pourquoi ?

.....
.....
.....

30. En tant que futur professionnel de santé, proposeriez-vous de façon systématique la PNP aux femmes enceintes ?

- Oui
- Non

31. Si vous avez répondu non, pourquoi ?

.....

32. Par rapport aux autres outils de prévention et d'éducation à la santé existants, diriez-vous que la PNP est :

- Un outil privilégié
- Un outil parmi d'autres
- Inutile
- Je ne sais pas

33. Souhaitez-vous intégrer la PNP dans votre pratique professionnelle ?

- Immédiatement après l'obtention du diplôme d'état
- Plus tard dans ma vie professionnelle
- Non
- Je ne sais pas

34. Merci de préciser la raison principale de ce choix :

.....

35. Envisagez-vous de vous former davantage sur le sujet ?

- Oui
- Non

Merci pour vos réponses.