

Sommaire :

Remercîments :	4
Préambule :	7
Introduction à l'étude :	9
1. Historique de l'éducation à la santé :	9
2. Contexte législatif :	10
3. L'éducation thérapeutique hors de la maïeutique, l'exemple du diabète :	11
4. Rôle de l'entourage dans l'éducation à la santé :	12
5. La démarche éducative en obstétrique et périnatalité en France :	14
5.1. De la psychoprophylaxie obstétricale à la préparation à la naissance et à la parentalité :	14
5.2. Les recommandations :	14
5.3. Structure de l'éducation à la santé :	16
5.4. L'éducation à la santé lors de la formation initiale des sages-femmes :	18
5.5. L'évaluation de la PNP :	19
Question de recherche	21
Matériel et méthode :	22
1. Objectifs :	22
2. Type d'étude :	22
3. Outils méthodologiques :	22
4. Déroulement de l'enquête :	23
5. Population cible :	24
6. Variables étudiées :	25
7. Stratégie d'analyse :	26
8. Diagrammes de Flux:	26
8.1. Première phase de l'enquête :	26
8.2. Deuxième phase de l'enquête :	27
Résultats et analyses :	28
1. Taux de participation :	28
2. Description de la population d'étude :	28
3. Organisation de l'éducation à la santé lors en anténatal:	29
3.1. La découverte de la PNP :	29
3.2. Différentes modalités de PNP :	30

3.3. Implication des professionnels :	31
3.4. Présence des femmes aux cours de PNP :	32
3.5. Durée des séances :	33
3.6. Constitution des séances :	33
3.7. Supports pédagogiques utilisés :	35
3.8. Thèmes abordés :	36
4. Besoins des femmes à propos de la PNP :	37
5. Attentes et souhaits autour de la PNP :	40
6. Satisfaction des femmes concernant leur cursus :	41
7. L'influence de la présence de l'entourage:	42
7.1. Présence du conjoint lors des séances de PNP :	42
7.2. Implication et rôle du conjoint en post-natal :	44
7.3. Présence et rôle de la famille	46
7.4. Autres personnes ressources :	48
8. Apprentissages de la démarche éducative :	49
8.1. Connaissances apportées par la PNP, en anténatal :	49
8.2. Connaissances des soins du nouveau-né, appliquées au retour à domicile :	50
8.3. Questions lors du retour à domicile:	51
8.4. Difficultés lors du retour à domicile:	52
8.5. Reflexes face aux pleurs du nouveau-né :	53
8.6. Informations complémentaires et professionnels ressources:	53
Discussion	56
1. Discussion de la méthodologie :	56
8.3. Les points forts :	56
8.4. Limites et biais :	56
2. Discussion des principaux résultats :	57
2.1. Organisation de l'éducation à la santé pendant la grossesse :	57
2.2. Entourage et personnes ressources :	60
2.3. Impact de la démarche éducative en postpartum :	61
3. Implications et perspectives :	63
Conclusion :	66
Bibliographie :	67
Annexes :	70

Préambule :

En 1946, l'organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que la santé est une ressource et non une finalité grâce à sa définition de la santé qui consiste en « *un état complet de bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* » (1).

L'éducation à la santé, quant à elle, est définie par l'OMS en 1983 comme « *une combinaison d'expériences d'apprentissage conçues pour aider les individus et les communautés à améliorer leur santé, en augmentant leurs connaissances ou en influençant leurs attitudes (...) tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* » (2). Cette approche, reprise par l'institut National de prévention et d'éducation à la santé (INPES), présente l'éducation pour la santé comme la clé de voute des actions de santé publique car elle permet, en articulant pratiques et modalités d'information, de promouvoir un état de santé optimal auprès de la population.

L'éducation à la santé est le fait de multiples acteurs dont les médecins et les sages-femmes. Cependant, le positionnement d'éduquant à la santé n'est pas le même que celui de professionnel médical : « *L'enjeu est de pouvoir se placer en situation de médiation entre le savoir scientifique et la patiente, c'est-à-dire de mettre ce savoir scientifique à la disposition de la patiente et de l'aider à réfléchir au sens que ce savoir peut prendre pour elle, à ce qu'elle peut en faire dans sa vie quotidienne, puis de la soutenir dans les changements éventuels qu'elle se sent prête à réaliser.* » (3).

Dans le domaine de la périnatalité, auquel nous nous intéresserons principalement dans ce travail, la démarche éducative permet une meilleure prise en charge des patientes, d'avantage spécifique et adaptée. En effet, l'évaluation du plan de périnatalité de 2005-2007 conclut à un accompagnement en post-partum insuffisamment pris en

compte. Cet accompagnement peut être amélioré par une mise en place plus universelle et rigoureuse de l'éducation pour la santé (4). La même conclusion est posée à la suite de l'enquête de la Haute Autorité de Santé (HAS), publié en 2014, dans le cadre de la « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (5).

Lors des stages effectués en suites de couches, j'ai constaté fréquemment que les primipares appréhendent le retour à domicile malgré l'accompagnement par les professionnels, dont elles ont déjà bénéficié. Dans le cadre de notre formation, nous devrions être capable de leur donner confiance, en elles, en leurs capacités et de leur fournir des clés pour atteindre leurs objectifs.

En tant que future sage-femme, je souhaiterais connaître l'organisation et l'impact de l'éducation des mères concernant la prise en charge de leur nouveau-né.

Cette étude présente deux objectifs :

- Réaliser une enquête sur l'organisation de l'éducation en santé pendant la grossesse.
- Evaluer l'impact de l'éducation d'après le modèle Kirkpatrick, en post-partum (satisfaction, connaissance, impact et résultats).

Pour introduire le sujet de cette étude, nous nous intéresserons tout d'abord à l'historique et au cadre législatif de l'éducation à la santé pour ensuite présenter son implication en maïeutique. Dans un second temps nous décrirons notre étude et le choix de la méthodologie, puis les résultats et l'analyse que nous en faisons. Enfin, nous finirons par la discussion et les perspectives d'amélioration de notre pratique professionnelle.

Introduction à l'étude :

1. Historique de l'éducation à la santé :

L'éducation à la santé trouve son fondement dans les courants hygiénistes du 19^{ème} siècle, les fléaux sanitaires de cette époque pousse les pouvoirs publics à promouvoir la santé comme un bien à préserver, grâce à des campagnes de propagande sur les bonnes habitudes et les bons reflexes. Les politiques de santé publiques successives légitiment ces interventions de prévention primaire, grâce à un décret instituant l'enseignement de l'hygiène à l'école dès 1865, ainsi qu'à la loi relative à l'hygiène public en 1902. Les pouvoirs publics se sont attachés à la préservation de la santé publique en créant par exemple l'office national d'hygiène sociale en 1924 puis les centres régionaux d'éducation sanitaires en 1941 suivis, en 1945, par un centre national d'éducation sanitaire. (6)

A partir de 1945, l'éducation à la santé consiste en la diffusion d'informations, par ces nouvelles structures, dans le but principal de lutter contre les fléaux sanitaires de l'époque (tuberculose, syphilis, alcoolisme...). Malgré ces évolutions, le manque de financement laisse une place majeure aux associations thématiques privées.

En 1953, le professeur Pierre Delore, médecin très influent, décrit le rôle éducatif de plusieurs professionnels de santé : « *Tout médecin praticien doit se considérer d'abord comme conseiller et éducateur de santé [...], devant un cas pathologique, il doit tenir compte des facteurs ou des fautes d'hygiène qui ont pu intervenir dans la genèse de la maladie et qui sont susceptibles de compromettre la guérison stable. Il doit en tirer la conclusion éducative.* » . L'éducation à la santé ne se limite pas aux frontières françaises, en 1956 est crée l'union internationale de prévention et d'éducation pour la santé (7).

Il faudra cependant attendre 1972 pour que les politiques de santé publique en matière d'éducation s'appuient davantage sur les pédagogies participatives et actives ainsi que

sur la responsabilisation de l'individu. La création du comité français d'éducation pour la santé (CFES), le 28 avril 1972, donne une cohérence à l'action nationale. Cette période prend davantage en compte l'épidémiologie et les sciences humaines : les opérateurs de l'éducation à la santé se concentrent donc sur les comportements à risques et, grâce aux médias, lancent des grandes campagnes de prévention (ex : le tabac en 1975) (7).

L'éducation à la santé change de cap en 1982 pour s'orienter vers l'implication collective et pour la première fois, des crédits spécifiques sont alloués à la promotion de la santé : création en 1988 du fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS) (8). En effet, Les sciences humaines et sociales vont souligner l'importance des déterminants sociaux et environnementaux et ainsi permettre une éducation adaptée aux besoins et à l'environnement de chaque collectivité. La démarche éducative souhaite donc être participative en favorisant les approches par milieu et par population (9).

En parallèle, la charte d'Ottawa, considérée comme le texte fondateur de la promotion de la santé, est adoptée par l'OMS en 1986. Celle-ci rappelle que : « *La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. (...). La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.* » (10)

Par la suite, la promotion de la santé est restée au cœur des politiques de santé publique avec par exemple, la publication en 2001 du plan national d'éducation à la santé et la création en 2002 de l'INPES, qui remplace le CFES.

2. Contexte législatif :

Le conseil de l'Europe a souligné la nécessité de la promotion de l'éducation à la santé. Des recommandations de bonne pratique sont éditées en 2013 afin de promouvoir la santé grâce à l'éducation de la population et à la connaissance sur son état de santé (11).

En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades permet la création de l'INPES et définit des objectifs de prévention « *qui tend notamment à développer (...) des actions d'éducation à la santé* ».

De plus, la loi relative aux politiques de santé publique, du 9 août 2004, souligne le caractère prioritaire des actions de prévention et prévoit un plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Cette loi prend donc en compte la nécessité d'accompagner les patients atteints de maladies chroniques afin de les aider à vivre de manière optimale, par le biais de l'éducation thérapeutique. De plus, cette loi élargit les missions de l'INPES à la formation en éducation à la santé (12).

En outre, La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) en 2009, place la démarche éducative comme la pierre angulaire des actions de santé publique. En ce sens, elle réaffirme l'objectif de l'éducation thérapeutique, elle-même faisant partie du cadre de l'éducation à la santé : *« 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 »* (13).

Enfin, même si elle est antérieure car votée en 2008, la loi sur le financement de la sécurité sociale reconnaît l'éducation en santé en mettant en place une rémunération pour des activités de ce type. Cette loi s'applique tardivement : en 2010 pour six régions de France et en 2011 pour le reste du pays (14).

Afin d'illustrer le concept d'éducation à la santé et plus précisément l'éducation thérapeutique hors de la maïeutique, nous avons choisi de présenter l'exemple du diabète.

3. L'éducation thérapeutique hors de la maïeutique, l'exemple du diabète :

Le diabète est une des pathologies reconnues en 2008, dans un rapport du ministère de la santé, comme nécessitant une prise en charge prioritaire par des activités d'éducation thérapeutique. Dans cette liste, figurent également l'insuffisance cardiaque, les maladies coronaires, l'asthme et l'obésité (15).

L'éducation thérapeutique dans le cas du diabète est divisée en plusieurs compétences à acquérir, au fil des séances. Par ailleurs, cette éducation doit être personnalisée et spécifique en fonction des besoins du patient, de ses ressources et de son entourage. En effet, *« L'éducation thérapeutique n'est ni une simple information, ni un simple apprentissage, ni un simple accompagnement. C'est à la fois un apprentissage pratique*

et spécialisé pour l'acquisition de compétences thérapeutiques et une aide au changement de comportement de soins pour atteindre des objectifs personnalisés. » (16).

La personnalisation de la démarche éducative a lieu au sein de compétences spécifiques : la première séance a pour but de faire connaître ses besoins, de déterminer des objectifs en collaboration avec les soignants et d'informer l'entourage, c'est le diagnostic éducatif. S'en suit une phase d'apprentissage sur son corps, sa maladie afin d'expliquer la physiopathologie du diabète, comprendre le traitement et les répercussions socio-familiales. Puis une analyse des symptômes d'alerte de l'hypoglycémie, des situations à risque par le biais des auto-mesures glycémiques, de la tension artérielle, de la respiration. Ces différentes séances posent les bases de la maladie afin que le patient soit prêt à intégrer les conduites à tenir en situation d'urgence, en cas de crise hypoglycémique ou hyperglycémique. Cette démarche permet ensuite d'adapter son traitement, ses compétences et ses soins, à son quotidien et ses spécificités : aménager son environnement, son équilibre diététique, prévenir les accidents, pratiquer les gestes d'urgence et les techniques. Enfin, l'éducation thérapeutique permet également au patient de connaître ses droits, savoir où consulter, où chercher les informations utiles et de connaître des associations de patients. (16)

Dans les maladies chroniques, comme dans la santé dans sa globalité, l'objectif est que le patient devienne acteur de sa santé pour la préserver au maximum : *« Le patient doit peu à peu avoir confiance dans sa capacité à gérer la maladie et avoir la conviction que cela en vaut la peine. »* (17).

Dans le cas de maladies chroniques, tout comme dans un contexte physiologique, il est intéressant de se demander comment l'entourage peut être incluse dans cette démarche, afin de soutenir les personnes éduquées.

4. Rôle de l'entourage dans l'éducation à la santé :

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, les recommandations de la HAS indiquent que celle-ci peut-être proposée à tout patient souffrant d'une affection chronique mais également aux proches de celui-ci, s'il souhaite les impliquer et si ses proches acceptent d'y participer (18).

L'inclusion de l'entourage du patient dans l'éducation thérapeutique permet à celui-ci d'avoir des personnes ressources autour de lui, capable de le soutenir dans l'amélioration de ses comportements dans la vie courante. En effet, en cas de doute ou de manque de motivation dans le suivi des traitements ou dans les changements de comportement au quotidien, le patient pourra trouver de l'aide auprès de ses proches. L'objectif final est d'améliorer l'observance du patient vis-à-vis de l'éducation thérapeutique qu'il a reçu. En ce sens, une étude réalisée en 2012, dans la région italienne : Les Marches, sur l'éducation socio-sanitaire de l'entourage des patients atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique, a montré que la formation de l'entourage du patient permet leur inclusion dans la prise en charge de la pathologie et ainsi une meilleure adaptation du quotidien du patient par rapport à sa maladie. En effet, grâce à cette formation, une meilleure acceptation et gestion de la maladie est retrouvée chez ces patients (19).

Dans le domaine de la maïeutique, des formations d'éducation en santé ont été orientées vers l'entourage des patientes, sur le thème de l'allaitement maternel. En effet, une étude menée à Bristol (Royaume-Unis) en 2004, a montré l'efficacité d'une formation à l'allaitement maternel pour les pères et les grand-mères, permettant d'augmenter la durée de celui-ci. Cette étude a également permis de mettre en évidence la motivation de l'entourage des femmes sur ce sujet et pour l'éducation en santé en général. En effet, les proches se sont montrés aidant au quotidien, tant sur le plan émotionnel que pratique, grâce à des conseils techniques précis sur l'allaitement, mais également heureux de réaliser cette formation (20).

L'entourage de la personne éduquée a un rôle de soutien au quotidien et permet, si celui-ci est également formé, d'améliorer l'efficacité de l'éducation en santé. En effet, l'entourage peut influencer les changements de comportements dans la vie courante et permettre une meilleure observance des conseils d'éducation en santé.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'application de l'éducation en santé dans le domaine de la maïeutique.

5. La démarche éducative en obstétrique et périnatalité en France :

5.1. De la psychoprophylaxie obstétricale à la préparation à la naissance et à la parentalité :

Dans les années 1950, le professeur russe A.P. Nikolaïev propose les premiers accouchements sans douleur basés sur la méthode du physiologiste Pavlov. En effet, le système nerveux participants aux mécanismes de la douleur, leur postulat était qu'une éducation des femmes à la gestion de leur système nerveux, permettait l'abolition de la douleur en temps voulu. Dans le cadre d'une mission médical, le docteur Lamaze de la maternité des Bluets à Paris, assiste à un accouchement sans douleur et décide d'apporter le concept en France. Ainsi, il met en place les premier cours pendant la grossesse en apportant des connaissances sur la physiologie de la grossesse et de l'accouchement : la psychoprophylaxie obstétricale (PPO). (21)

Au fil du temps, les progrès en analgésie au cours de l'accouchement ont éclipsés cette méthode mais les cours de PPO ont démontré leur intérêt sur d'autres points : amélioration du vécu de la grossesse et de l'accouchement grâce à une meilleure information, apprentissage de la gestion du pré-travail par le biais de postures, de technique de gestion de la douleur, exposition des choix de suivi à la naissance, et informations sur l'allaitement maternel. Ces séances de PPO étaient avant tous un espace de confiance où les parturientes pouvaient poser leur question et prendre confiance en leurs capacités.

Actuellement, la PPO est remplacée par la PNP, il s'agit d'avantage de préparation choisie et adaptée à chaque patiente (22).

5.2. Les recommandations :

Tout au long de la grossesse, les couples sont pris en charge par des professionnels notamment des sages-femmes et plusieurs possibilités leur sont présentées. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), l'entretien prénatal précoce (EPP) et l'entretien postnatal précoce (EPNP), sont des exemples de ces accompagnements proposés aux couples (23). Toutes ces démarches sont développées dans le plan de périnatalité de 2005-2007, il identifie d'ailleurs comme « *mesure prioritaire la mise en place d'un « entretien prénatal précoce », dénommé « entretien*

systématique psychosocial » par la loi sur la protection de l'enfance de mars 2007. »

(3). L'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes, des couples et du nouveau-né par une « *approche éducative et préventive* » (23).

Les recommandations HAS ont pour but de promouvoir « *une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance.* » (4). Cette démarche doit prendre en compte les spécificités du couple : leurs désirs, leur environnement et leur contexte de vie, afin que la démarche soit la plus efficace possible, dans une relation de confiance avec le professionnel. Cette personnalisation permet également de repérer les femmes ou les couples les plus vulnérables et, ainsi, leur apporter un soutien adapté. Cette approche « *contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple* ». Dans ces recommandations professionnelles, la HAS développe les objectifs spécifiques et le contenu de la formation en énonçant huit compétences :

- Faire connaître ses besoins et définir des buts en collaboration avec les professionnels de santé,
- Comprendre et s'expliquer,
- Repérer et analyser,
- Faire face et décider,
- Résoudre un problème de prévention et aider à anticiper une situation,
- Pratiquer et faire,
- Adapter et réajuster,
- Utiliser les ressources du système de soin et faire valoir ses droits.

Au sein de chaque compétence, la HAS développe le contenu indispensable du cursus de PNP et donne des exemples (annexe 3).

D'après les recommandations, les différentes propositions (EPP, PNP, EPNP) sont à proposer systématiquement au cours de la grossesse et du post-partum pour l'EPNP (4).

5.3. Structure de l'éducation à la santé :

5.3.1. L'entretien prénatal précoce :

La première proposition de la démarche éducative lors de la grossesse, est l'entretien prénatal précoce : « *moment essentiel d'écoute et d'échange avec les parents, sur des sujets qui sortent du "médical"* ». Cet entretien avec la femme et son conjoint, s'il souhaite participer, d'une durée moyenne de 45 minutes est organisé de préférence au premier trimestre, permet de faire le point de manière approfondie sur le contexte social, environnemental, familial, de cette grossesse. Il permet également de répondre aux questions des interlocuteurs, de revenir sur le vécu d'une précédente grossesse si besoin, d'organiser un suivi psychologique de la patiente si elle le souhaite. Les objectifs sont donc d'informer, d'éduquer et d'orienter la patiente pour la suite de la grossesse.

C'est également le moment d'aborder le sujet du projet de naissance, afin que le couple ait le temps nécessaire pour se l'approprier. L'EPP est proposé systématiquement à la femme par le professionnel de santé qui suit sa grossesse, il est ensuite réalisé par ses soins ou par un autre professionnel médical formé (sage-femme ou médecin) (3).

L'EPP est considéré comme la première séance de préparation à la naissance et à la parentalité. Le professionnel de santé doit être à l'écoute de la patiente, en empathie, et doit pouvoir aborder la grossesse dans sa globalité, « *dans ces trois dimensions : médicale, sociale, psychique* » (24).

5.3.2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité :

Par définition, « *L'éducation comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, d'aide psychologique et sociale et d'évaluation.* » Néanmoins, chaque patiente choisit sa manière d'apprendre d'avantage sur son corps, sa grossesse et l'enfant à naître. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité peuvent donc se retrouver sous différentes formes : en cours particulier, en ateliers collectifs, en consultation d'haptonomie, de sophrologie, etc. Les compétences à développer diffèrent en fonction du mode de PNP choisi, tout en restant dans le thème de la périnatalité : la compréhension et l'utilisation des informations, l'apprentissage des techniques de travail corporel, le développement de compétences parentales, le développement de ressources personnelles (4).

Le contenu de ces séances évolue en fonction des femmes car il est normalement adapté aux besoins, il dépend également du stade de la grossesse au moment de l'intervention. Usuellement, six séances ont lieu avant l'accouchement et la septième à lieu après, lors du retour à domicile. Malheureusement, d'un point de vue organisationnel, la dernière séance étant compliquée à mettre en place, elle est parfois réalisée avant l'accouchement.

Le soutien à la parentalité est donc un ensemble de compétences transmises aux futurs parents afin qu'ils soient le plus confiants possible à l'arrivée de leur nouveau-né et lors du retour à domicile. Il comprend le développement de compétences parentales, la communication d'informations, la mise en place de dispositifs précoce si nécessaire, et la poursuite d'un soutien en postpartum en adaptant aux besoins de ce nouveau couple mère-enfant (3).

Il y a donc deux grandes mouvances en terme de séances de PNP, celles avec une programmation des séances et de leur contenu en fonction des femmes et de leurs besoins, et celles préprogrammées, dont le contenu est identique pour toutes les femmes.

De plus, des séances lors du séjour en maternité peuvent être proposées ainsi que des séances à domicile entre le premier jour après l'accouchement et le septième jour , compris dans le forfait « maternité » de l'assurance maladie (25).

5.3.3. L'entretien postnatal précoce :

L'EPNP est malheureusement très peu répandu malgré son importance. En effet, la plupart des professionnels qui propose des séances de PNP n'offrent pas de suivi en post-partum. La dernière séance étant souvent réalisée avant l'accouchement, les patientes ne bénéficient pas d'un suivi continu une fois revenues à leur domicile. Cet entretien est sur le même principe que l'entretien prénatal : 45 min, seule ou avec le partenaire, entre le huitième jour après l'accouchement et la consultation postnatale (26). Il permet de revenir sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement, la mise en place du lien mère-enfant, l'organisation à domicile et sur les difficultés rencontrées. Si besoin, deux autres séances de PNP peuvent être mise en place (et entièrement remboursées par l'assurance maladie). A nouveau, c'est un point tant sur le plan médical, social que psychique.

5.3.4. Les intervenants :

Tout professionnel impliqué dans le périnatalité peut intervenir lors de séances de PNP : sages-femmes, médecins généraliste, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, infirmière puéricultrices, assistantes sociales, psychologues. Néanmoins, l'EPP est réalisé par un médecin ou une sage-femme ainsi que la mise en œuvre de la PNP (4).

Dans le cadre d'une préparation en hospitalier, les intervenants privilégiés sont donc les sages-femmes. Ces séances organisées pour une douzaine de parturientes, sont prises en charge par des maïeuticiens hospitaliers qui peuvent également solliciter d'autres professionnels de santé.

En libéral, les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, peuvent également proposer une éducation en santé, les séances sont alors individuelles ou collectives.

Dans ces deux modes d'exercice, les séances peuvent s'orienter dans différents domaines : sophrologie, haptonomie, acupuncture, hypnose, chant prénatal, préparation aquatique, etc.

5.4. L'éducation à la santé lors de la formation initiale des sages-femmes :

Dans le programme du cursus de sciences maïeutiques, l'éducation à la santé apparaît comme indispensable en vue de l'obtention du diplôme d'état. En effet, le certificat de synthèse clinique et thérapeutique *« est destiné à vérifier les compétences acquises, la capacité à synthétiser des connaissances et la maîtrise de la démarche clinique, de l'urgence, de la prévention et de l'éducation en obstétrique, néonatalogie et gynécologie. »* (27).

Néanmoins, dans une étude réalisée auprès des étudiants sages-femmes en 2012 (soit avant le changement de programme) à propos de la formation à l'éducation à la santé lors du cursus de sciences maïeutiques : *« 90% ont estimé qu'avoir des compétences en EPSP était « important » ou « très important » pour les sages-femmes » et « 50% ont eu un enseignement à ce propos lors de cours magistraux, 41% lors de travaux pratique et 93% au cours de stage de terrain. »*. Ces chiffres illustrent principalement la disparité des enseignements et l'importance de ceux-ci dans la pratique du métier de sage-femme. Il est également à noter des disparités d'opportunités formatives sur le terrain en

fonction de la formation qu'on reçus les sage-femme encadrantes, de leur investissement dans une démarche éducative et de leur disponibilité (28).

Les soins du nouveau-né sont un exemple de thème récurrent en éducation à la santé, dans cette étude, les étudiants ont participé lors de stage de terrain :

- uniquement à des actions de prévention de la pathologie : 12,5%
- uniquement des actions d'éducation à la santé : 42,8%
- des actions d'éducation à la santé et de prévention de la pathologie : 39,5%
- aucune actions : 5,4%

Ces statistiques montrent la régularité de ce sujet, abordé dans 94,6% des situations, mais de manières différentes, en terme de prévention des situations pathologiques ou d'éducation à la santé.

Cette étude conclut également sur le changement de programme de 2013, *« ce référentiel améliore la visibilité de l'éducation pour la santé par un augmentation des objectifs qui lui sont relatifs (...). Une amélioration est aussi à noter dans l'élargissement des visées qui ne se réduisent pas à de la prévention et du dépistage inscrits dans un modèle biomédical de la santé. »*. L'éducation à la santé est donc d'avantage mis en exergue dans notre formation grâce au référentiel actuel.

De nombreuses disparités sont donc retrouvées dans la mise en place de l'éducation à la santé dans le cadre de la périnatalité malgré des conduites à tenir officielles précises.

5.5. L'évaluation de la PNP :

L'éducation à la santé en périnatalité est une formation et comme toute démarche éducative, elle nécessite une évaluation. Celle-ci est recommandée par la HAS comme continue et intégrée à chaque étape de la PNP : à la suite de l'entretien initial, en fin de séance de PNP ou au minimum à la fin de la dernière séance, durant le séjour en maternité, lors de visites à domicile et enfin, lors de l'EPNP (4). Cette évaluation a pour but de réajuster la formation aux besoins de la patiente qui peuvent surgir à tout moment, à ses envies, ses questionnements, ainsi que de compléter les informations, les connaissances apportées par des actions complémentaires.

Par ailleurs, l'évaluation de la PNP doit également être réalisée par un professionnel extérieur afin de mettre en évidence des axes d'amélioration de la PNP, mais aussi au niveau national, pour l'évaluer dans sa globalité. Actuellement, peu d'études sont réalisées sur ce sujet, de faible niveau de preuve (séries de cas, étude de comparatives avec de nombreux biais) (4).

Néanmoins en 2011, un mémoire de sage-femme évalue la PNP du point de vue des patientes : en prénatal et en postnatal à court et moyen terme. Cette étude conclue que les patientes sont globalement satisfaites de la PNP mais l'associe encore à des « cours d'accouchement ». En effet, les patientes sont encore ancrées dans l'idée de la PPO et attendent avant tout un accompagnement pour être capable d'affronter le moment de l'accouchement sereinement. Les changements d'objectifs de la PNP datent des années 2000 et c'est aux sages-femmes de les promouvoir, notamment la préparation à la parentalité.

Ce mémoire montre également une certaine déstabilisation de la part des couples lorsque le discours diffère entre les professionnels de santé de la PNP et ceux du suivi obstétrical, ce problème est également retrouvé en suites de couche.

Par ailleurs, cette étude identifie une insatisfaction globale quant au soutien en postpartum et les patientes ne sont pas assez informées de la possibilité de séances de PNP en postnatal. Les nouvelles mères s'appuient donc sur leur entourage et leur conjoint pour faire face aux difficultés d'adaptation. En effet, seules 26% des patientes pensent à s'appuyer sur des professionnels de la périnatalité en cas de difficultés. Ce mémoire met en avant l'importance du suivi continu, promu dans les recommandations HAS mais peu mis en place (29).

A nouveau dans le cadre d'un mémoire de sage-femme, en 2011, une étude est réalisée sur les attentes et la satisfaction des femmes à propos des séances de PNP, par le biais d'un questionnaire à la fin des séances et grâce à un entretien à un mois de postpartum. Ce mémoire retrouve une diminution de la satisfaction exprimée par les femmes sur les séances de PNP, avant et après l'accouchement. En effet, en anténatal 34% des femmes étaient très satisfaites et 66% étaient satisfaites, néanmoins en postnatal, 25% des femmes étaient toujours très satisfaites, 68% étaient satisfaites et 7% des femmes étaient moyennement satisfaites.

Cette étude prend également en compte les axes d'améliorations proposés par les patientes, celles-ci expriment en outre, un manque d'informations sur les thèmes de l'allaitement et des soins du nouveau né. Parallèlement, la moitié des patientes souhaiteraient une séance de PNP en postnatal, elles évoquent également le souhait de la réaliser en groupe plutôt qu'individuellement comme le recommande la HAS (30).

Toutes les études réalisées sur le thème de l'éducation à la santé en périnatalité évaluent la satisfaction des patientes dans le cadre d'une organisation hospitalière, aucune étude n'est retrouvée sur l'impact de cette éducation sur le quotidien de ces patientes.

Question de recherche

Quels sont l'organisation et l'impact de l'éducation des mères concernant la prise en charge de leur nouveau-né ?

Matériel et méthode :

1. Objectifs :

Pour répondre à la question de recherche : « Quels sont l'organisation et l'impact de l'éducation des mères concernant la prise en charge de leur nouveau-né ? », et cadrer cette étude, nous avons élaboré deux objectifs :

- Réaliser une enquête sur l'organisation de l'éducation en santé pendant la grossesse.
- Evaluer l'impact de cette éducation en post-partum d'après le modèle Kirkpatrick.

2. Type d'étude :

Cette étude était mixte pour une approche pragmatique, prospective et multicentrique.

3. Outils méthodologiques :

Pour structurer l'évaluation, le questionnaire est basé sur le modèle Kirkpatrick¹. Il s'agit d'une évaluation de la formation qui repose sur quatre niveaux différents :

- L'analyse du degré de satisfaction des participants,
- L'évaluation des apprentissages : examens des connaissances ou des compétences développées au cours de la formation,
- L'analyse de l'impact de la formation : évaluation de l'application de ces nouvelles connaissances et compétences, dans les comportements quotidiens.

¹ Donald Kirkpatrick (1924-2014) était un pédagogue américain. Il exerçait en tant que professeur émérite à l'université du Wisconsin et fut également président de l'American Society for Training and Development. Il développa ce modèle afin d'évaluer les formations proposées par les entreprises (31).

- L'évaluation des résultats : analyses des changements de comportements et de l'application des connaissances acquises, dans l'activité visée par la formation. Ce niveau est le plus difficile à atteindre car il nécessite des éléments factuels et chiffrables pour visualiser une amélioration.

Les outils méthodologiques étaient un questionnaire et un entretien à trois-quatre mois d'intervalle:

- Un questionnaire : en pré-partum, il était distribué à la fin de la dernière séance de PNP afin de retracer leur parcours et de prendre en compte leurs objectifs, leurs connaissances et leur satisfaction, à l'issu des séances d'éducatives. Les séances de PNP finissaient usuellement à la fin du 8^{ème} mois.
- Un entretien : en post-partum, il était réalisé un à trois mois après l'accouchement pour évaluer la satisfaction, les connaissances des mamans, l'impact et les résultats de cette éducation. Leurs connaissances étaient évaluées grâce à une grille d'entretiens composée de quatre axes : l'organisation, les connaissances concernant les soins du nouveau né, le rôle du père et de l'entourage et enfin la satisfaction et les objectifs. Ces entretiens ont été réalisés par téléphone.

4. Déroulement de l'enquête :

Pour recruter des patientes, population cible de notre étude, nous avons tout d'abord contacté des sages-femmes libérales puis hospitalières, afin d'avoir accès à leur patientèle.

Le site internet du conseil de l'ordre des sages-femmes ainsi que celui du réseau périnatal parisien, ont servi de base de données pour les sages-femmes libérales: 50 sages-femmes proposant de la PNP ont été contactées par mails puis par messages. Cinq sages-femmes avaient accepté de participer à la diffusion de cette étude, deux d'entre-elles étaient situées dans le douzième arrondissement de Paris, une dans le treizième, une dans le quatorzième et le dernier dans le dix-neuvième.

Pour prendre contact avec les hôpitaux du douzième arrondissement proposant de la PNP, les sages-femmes réalisant ces séances ont été contactés ainsi que les sages-femmes coordinatrices du secteur, pour avoir leur aval.

Lors de la première phase de l'enquête, par le biais du questionnaire, les femmes interrogées précisaient si elles acceptaient de participer à la deuxième phase de l'étude et le moyen de contact préférentiel (par téléphone ou à domicile).

Au final, notre enquête s'est déroulée en trois parties :

- **Pré-enquête** : Contact avec les sages-femmes en charge de la PNP auprès de l'hôpital Armand Trousseau, de la maternité des Diaconesses et de sages-femmes libérales. Test du questionnaire puis recrutement des patientes dans ces structures.
- **Première phase de l'enquête** : Distribution des questionnaires anonymes (papier et/ou Google Doc selon la préférence de la patiente), et analyse des résultats (annexe 1).
- **Deuxième phase de l'enquête** : Test de l'entretien puis contact avec les patientes pour l'entretien. Au moment de la réalisation des entretiens, seules les patientes dont la date prévue d'accouchement était comprise entre un et trois mois ont été contactés (annexe 2).

Durée de l'enquête :

L'étude s'est déroulée du mois d'août 2017 jusqu'au mois de février 2018.

Lieu d'enquête :

- Hôpital Armand Trousseau
- Groupe hospitalier Diaconesses - Croix Saint Simon
- Sages-femmes libérales proposant de la PNP (Paris : 12^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème} et 19^{ème} arrondissements)

5. Population cible :

- **Critères d'inclusion** : femme majeure, francophone, primipares, ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, ayant eu une grossesse et des suites de couches physiologiques.

- **Critères d'exclusion** : femme présentant une grossesse pathologique, grossesse multiple, un accouchement par césarienne, une pathologie du post-partum immédiat ou des suites de couche. Nouveau-né présentant une pathologie congénitale ou néonatale, ayant séjourné dans le service de néonatalogie ou ayant nécessité une démarche de surveillance ou d'accompagnement spécifique.

6. Variables étudiées :

Les variables étudiées dans cette étude étaient :

Les renseignements généraux de la population : l'âge, la nationalité, la présence d'un conjoint, le niveau d'étude, la profession et l'exercice de celle-ci lors de la grossesse.

L'organisation de l'éducation lors de la grossesse : le mode de découverte de la PNP, la / les modalité(s) de PNP choisi, la profession de l'intervenant animant ces séances, le nombre de séances réalisées, les thèmes abordés au cours des séances, les supports pédagogiques utilisés, la durée ainsi que le nombre de participants par séance.

Les besoins et les attentes des patientes lorsqu'elles ont commencées leur cursus puis à posteriori. Pour cette variable, une question à choix multiples était proposée, reprenant certaines des compétences à développer lors du cursus de PNP d'après la HAS (annexe 3), tout en laissant la possibilité d'ajouter d'autres besoins personnels identifiés.

La satisfaction des patientes à propos de leur formation.

L'influence de la présence de l'entourage : les connaissances acquises par le biais de la famille, du conjoint ou de proches ainsi que l'accompagnement dont bénéficiait la femme.

Les apprentissages de la démarche éducative : les connaissances des patientes à l'issue du cursus de PNP et leurs applications, lors des soins du nouveau-né au retour à domicile. Nous avons également souhaité connaître les questions et les difficultés rencontrées par les femmes lors du postpartum. Ces nouvelles mères ont également précisé les professionnels sollicités en cas de difficultés et les sources d'informations consultées.

7. Stratégie d'analyse :

Afin d'analyser les résultats de l'étude quantitative, les données ont été reporté par thématiques, dans un tableau de recueil grâce au logiciel Excel. Par la suite, l'analyse de l'étude qualitative a été faite en deux temps : anonymisation des entretiens puis transcription des verbatim dans une grille de recueil pour une analyse fine afin d'effectuer une comparaison entre les réponses.

8. Diagrammes de Flux:

8.1. Première phase de l'enquête :

Date de début :
25/08/17

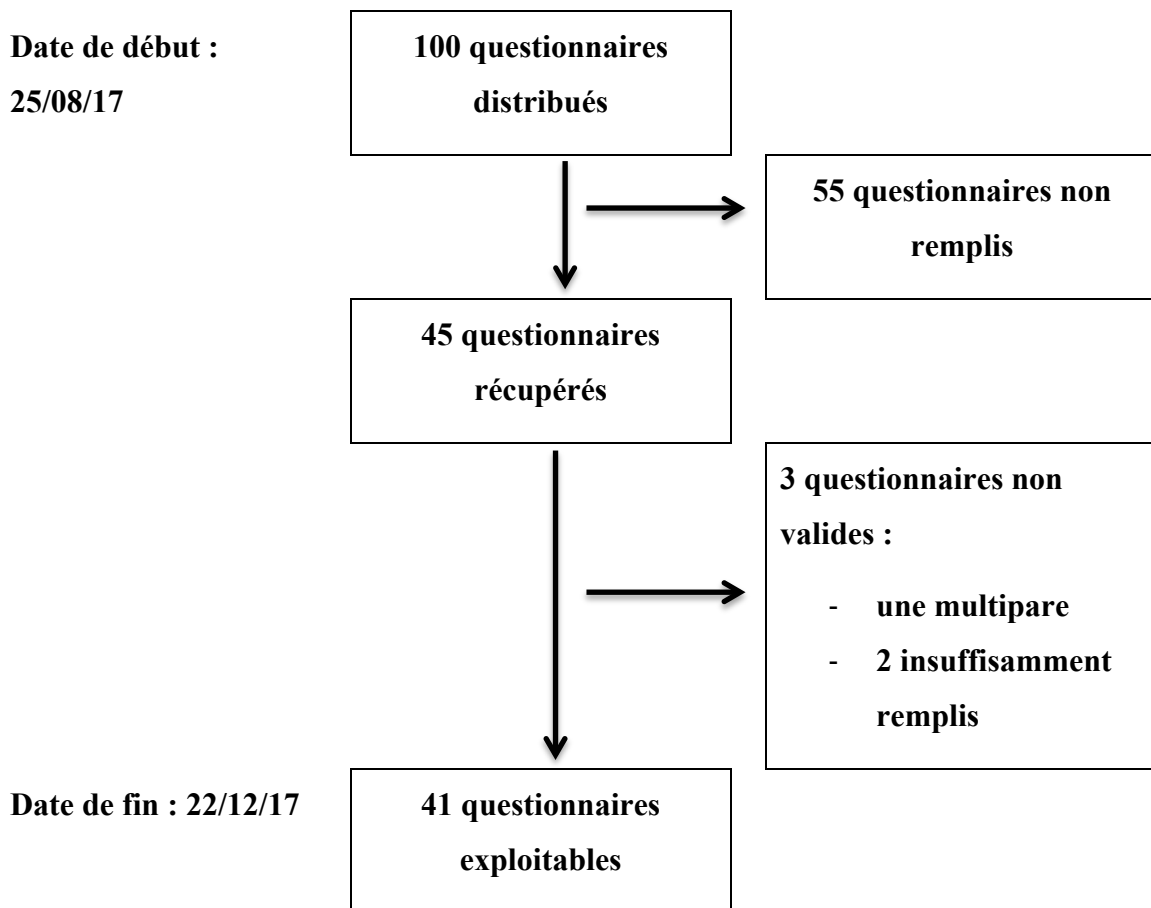


Figure 1: diagramme de flux de l'étude quantitative

8.2. Deuxième phase de l'enquête :

Date de début : 10/01/18

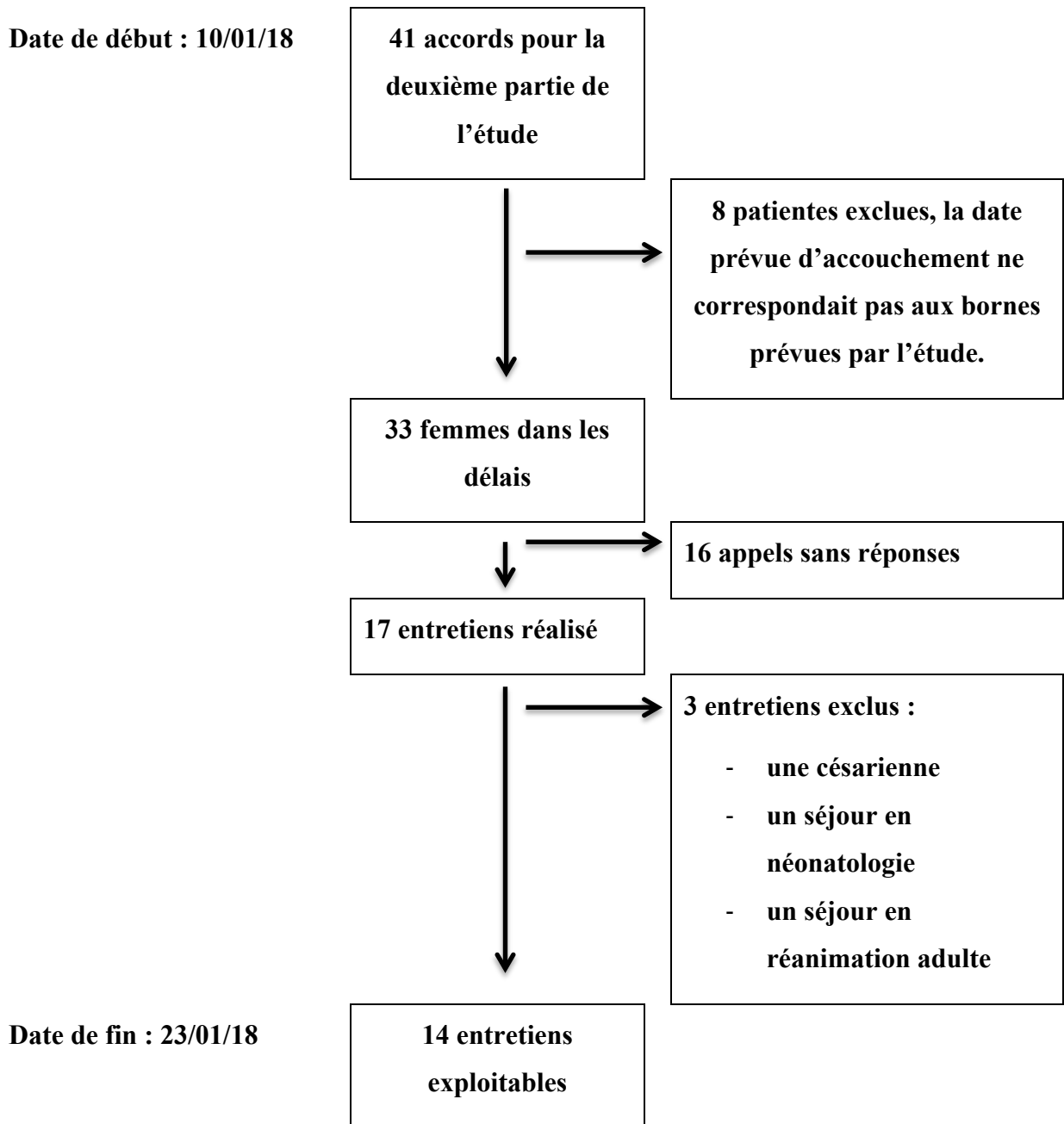


Figure 2: diagramme de flux de l'étude qualitative

Résultats et analyses :

1. Taux de participation :

D'une part, pour l'étude quantitative, environ 100 questionnaires ont été distribués aux patientes, seuls 45 ont été récupérés et sur ceux-ci, 41 questionnaires étaient exploitables (exclusion de deux questionnaires insuffisamment remplis et d'une patiente sortant des critères d'inclusion). Nous obtenons donc un taux de participation à l'étude quantitative de 41%.

D'autre part, pour l'étude qualitative, l'ensemble des femmes ayant répondu aux questionnaires avait donné leur accord pour participer également à l'entretien. Néanmoins, huit femmes ne pouvaient être recontacter car leur date prévue d'accouchement dépassait les bornes prévues par l'étude (un à trois mois après la date prévue d'accouchement). Sur les 33 femmes restantes, 16 femmes n'ont pas répondu à notre appel et ne nous ont pas recontacté ultérieurement (perdues de vue). Il a donc été réalisé 17 entretiens, dont trois ont été exclu de l'étude (une femme avaient accouché par césarienne, une femme avaient eu une hémorragie sévère du post-partum nécessitant un séjour en réanimation adulte et un nouveau-né a fait un séjour en réanimation néonatale). Le taux de saturation a été atteint grâce à ces 14 entretiens.

Les entretiens réalisés ont eu une durée moyenne de 23 minutes, le plus court a duré 15 minutes et le plus long 41 minutes.

2. Description de la population d'étude :

La population d'étude est composée de 41 patientes recrutées. Le tableau ci-dessus présente les caractéristiques générales de la population.

Tableau I : description de la population d'étude :

Unité	N :	Pourcentage :	Moyenne :	Ecart type :
Age :	41	100 %	32 ans	4,02
≥20 ans	0	0 %	0	0
21 à 30 ans	14	34,2 %	29,1	0,86
31 à 40 ans	24	58,5 %	34,3	2,78
> 40 ans	3	7,3 %	41,3	0,58
Origine géographique :	41	100 %	-	-
France	36	87,8 %	-	-
Europe du sud	1	2,4 %	-	-
Europe centrale	1	2,4 %	-	-
Asie	1	2,4 %	-	-
Amérique du nord	1	2,4 %	-	-
Maghreb	1	2,4 %	-	-
Niveau d'étude :	41	100 %	-	-
Secondaire	2	4,9 %	-	-
Universitaire	37	90,2 %	-	-
Doctorat	2	4,9 %	-	-
Situation familiale :	41	100 %	-	-
Seule	0	0 %	-	-
En couple	41	100 %	-	-

3. Organisation de l'éducation à la santé lors en anténatal:

3.1. La découverte de la PNP :

La figure ci-dessus représente les différents moyens par le biais desquels les femmes interrogées ont découvert la PNP.

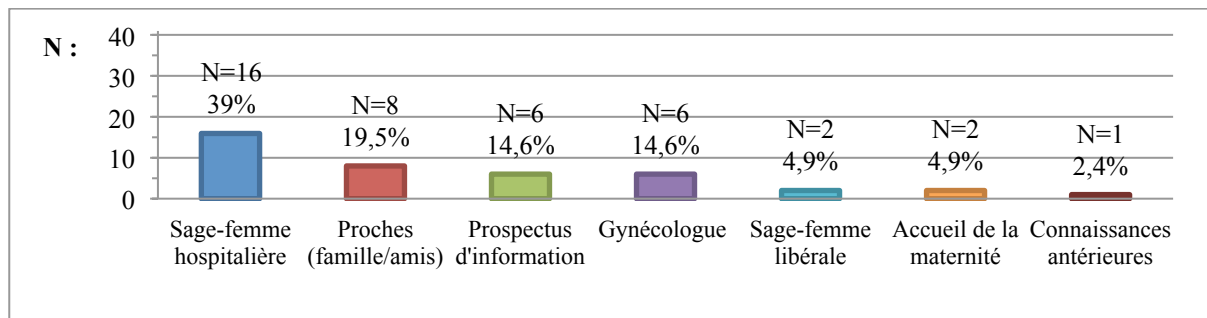


Figure 3: Moyen de découverte de la PNP.

Il apparaît que les maternités sont les lieux qui informent près de 44% des femmes sur la PNP. Les professionnels libéraux en représentent quant à eux 19,5%.

3.2. Différentes modalités de PNP :

Les patientes interrogées ont réalisées plusieurs types de PNP, la figure qui suit expose les différentes modalités choisies par ce panel de femmes.

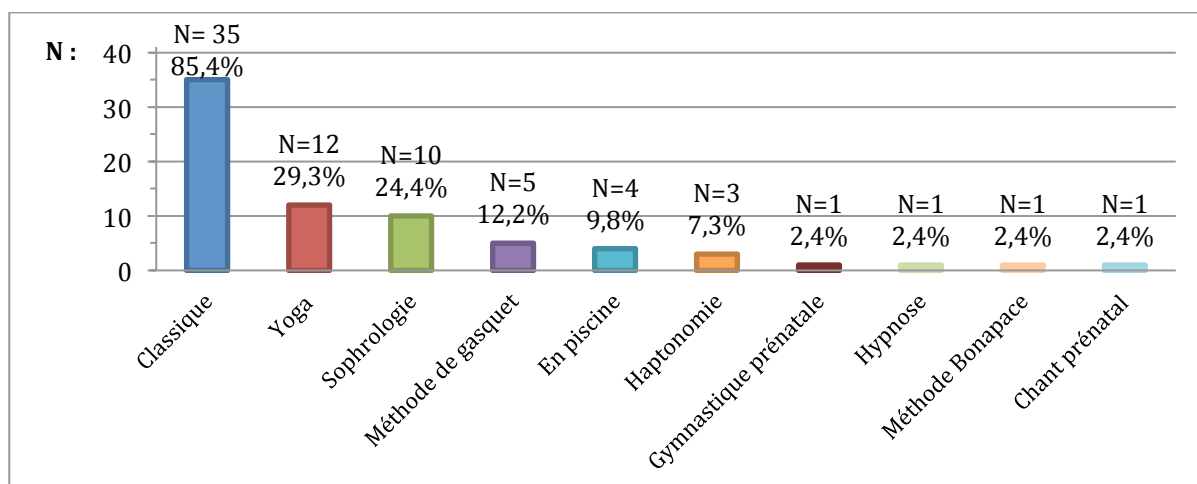


Figure 4 : modalités de PNP effectuées.

La PNP classique est privilégiée par les primipares. En effet, 46,4% (soit n=19) des patientes interrogées ont réalisé uniquement des séances de PNP classique.

Cependant, les patientes ont eu recours à une grande diversité de type de préparation à la naissance grâce à laquelle elles personnalisent leur parcours. Ainsi, 39% (soit n=16) des femmes ont choisi d'enrichir leur formation avec de la préparation spécifique. En ce sens, les femmes ont exposé les raisons pour lesquelles elles ont souhaité faire appel à d'autres types de PNP que les cours classiques. Dans le cas de l'haptonomie, la patiente 1 nous a confié son double objectif : *« que mon conjoint soit bien intégré à la grossesse, (...) essayer de prendre contact au maximum avec le petit. »*. Par ailleurs, la patiente 10 a relaté *« C'était vraiment complémentaire, l'haptonomie c'était uniquement en couple avec la sage-femme, donc il y avait beaucoup plus de proximité et beaucoup c'est plus centré sur notre cas particulier, c'était moins généraliste. »*.

Enfin, 14,6% (soit n=6) des patientes seulement ont réalisé une ou plusieurs séances de préparation spécifique sans avoir recours aux séances classiques. La patiente 6 a choisi de conjuguer yoga et chant prénatal, et a expliqué que : *« le yoga et le chant étaient basé sur la respiration, mais en fait c'est ce que je recherchais : une respiration que je pourrais vraiment reprendre à l'accouchement »*.

En conclusion, la majorité des femmes choisissent la méthode classique lors de leur première grossesse. Mais certaines patientes ont recherché d'autres formes de PNP afin de répondre à des besoins spécifiques : avoir accès à une écoute particulière, créer un espace pour se retrouver avec son enfant à naître et son conjoint, bénéficier de formations physiques complémentaires.

3.3. Implication des professionnels :

Nous avons voulu connaître l'implication des professionnels dans l'éducation à la santé. La figure suivante expose les différents professionnels intervenants dans le cadre de la PNP :

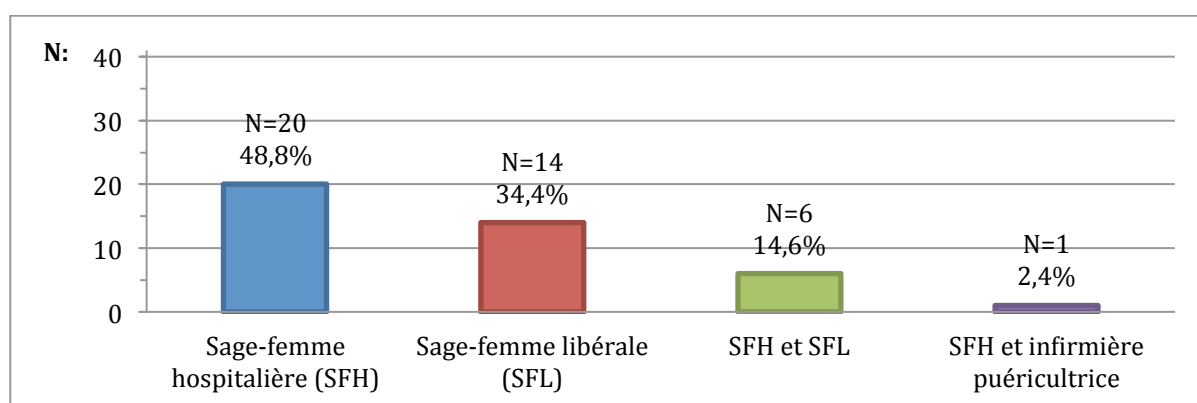


Figure 5: Professionnels impliqués.

Les sages-femmes libérales et hospitalières sont les professionnels les plus sollicités, seuls ou en collaboration avec d'autres professionnels. Dans un cas, une sage-femme hospitalière s'est associée à une infirmière puéricultrice lors de séances de préparation à la naissance afin de mutualiser leurs moyens.

Les sages-femmes hospitalières représentent environ la moitié des professionnels impliqués. Lorsque les patientes ont choisi de réaliser la PNP dans la maternité effectuant le suivi de la grossesse, la raison invoquée était la découverte des locaux et de l'équipe médicale. Dans ce sens, la patiente 12 a indiqué que : « *C'était vraiment bien de la faire à la maternité et pas ailleurs car j'étais contente d'être dans le lieu où j'allais accoucher* ».

Les sages-femmes libérales représentent, quant à elles, environ un tiers des professionnels choisis. Les sages-femmes hospitalières et libérales ont pu être sollicitées simultanément lorsque la patiente avait choisi de réaliser plusieurs types de PNP,

incluant celle proposée par la maternité, ce cas représente 14,6% (soit n= 6) des patientes interrogées.

Par ailleurs, la PNP est également un moyen de rencontrer des professionnels et de connaître davantage le métier de sage-femme. En effet, la patiente 6 nous a expliqué que la réalisation des séances de PNP auprès d'une sage-femme libérale lui a permis de découvrir un autre aspect de la profession : *« ça m'a même donné envie pour une prochaine grossesse, de faire une prise en charge entièrement en libéral car ils prennent beaucoup plus leur temps »*.

En résumé, les professionnels impliqués dans la PNP sont en grande majorité des sages-femmes, parfois en association avec d'autres professionnels de la périnatalité.

3.4. Présence des femmes aux cours de PNP :

Les femmes interrogées ont réalisé l'ensemble des séances dans 78% (soit n=32) des cas. Les patientes qui n'ont pas effectué la totalité des séances proposées représentent donc 22% (soit n=9) de ce panel. Les principales raisons invoquées, lorsque toutes les séances proposées n'ont pas été réalisées, sont les suivantes :

- Choix d'effectuer d'avantage de séance d'un type de PNP proposé par rapport à un autre (par exemple, privilégier des séances de sophrologie à de la PNP classique),
- Connaissances déjà acquises par la formation ou l'expérience professionnelle de l'entourage proche. Dans les questionnaires, ces deux femmes nous ont expliqué le contexte : *« Ma sœur est sage femme, nous sommes donc déjà assez bien informés à la maison »*, et *« en tant que médecin je connais la pratique de l'accouchement même si je ne connais pas son vécu »*.
- Suivi de plusieurs type de PNP, afin d'éviter les redites. A ce propos, la patiente 1 a expliqué : *« je suis resté sur des thèmes qui allait être, peut être moins traité avec l'haptonomie »*.
- Désintérêt pour certains thèmes (l'allaitement, le décryptage des échographies, les premières sensations du nouveau-né en particulier). Dans cette idée, la patiente 4 a affirmé : *« je n'ai pris que celles qui m'intéressaient donc par exemple je savais que je ne voulais pas allaiter donc je n'ai pas pris la préparation sur l'allaitement »*. De même, la patiente 6 nous a expliqué qu'elle

ne participait pas à toutes les séances car elle les choisissait en amont « *par rapport aux descriptifs proposés sur le site, à mes questionnements et ce dont j'estimais avoir besoin* ».

- Manque de disponibilité,
- Fatigue maternelle.

Pour conclure, les femmes ont, en grande majorité, effectué la totalité des séances de PNP. Lorsqu'elles n'y ont pas participé, ce fut par choix pour quatre des raisons évoquées sur six (soit 6 patientes). La fatigue et le manque de disponibilité n'ont concerné que trois patientes. Nous pouvons donc conclure que les femmes sont volontaires pour effectuer une démarche éducative en périnatalité.

3.5. Durée des séances :

Dans notre analyse, nous allons essayer de comprendre si la durée des séances peut influencer l'impact de cette éducation. La durée des séances réalisées par les patientes était variable en fonction du type de PNP effectué mais également au sein des mêmes types, avec comme moyenne : 1h40 et comme écart type : 37,5 min. Le nombre de séances proposées en fonction de l'intervenant diffère entre 4 et 7 séances, toutes comptées comme 7 cours. la différence de temps peut donc s'expliquer par l'addition de plusieurs cours au sein d'une même séance.

Au sujet de l'impact de la durée des séances, la patiente 8 qui participait entre autres, à des cours de préparation classique d'une durée de 2h30 à 3h, a commenté : « *c'est vraiment synthétique, on va vraiment à l'essentiel, c'est même presque trop court, ça passe très vite* ».

En résumé, la durée des séances est très disparate en fonction des formations.

3.6. Constitution des séances :

Nous avons voulu comprendre l'impact de la taille du groupe de travail, sur acquisition des connaissances. En effet, nous avons remarqué que lors des séances la PNP classique, le nombre de participants par séance peut varier. Le nombre de participant est représenté dans la figure ci-dessus.

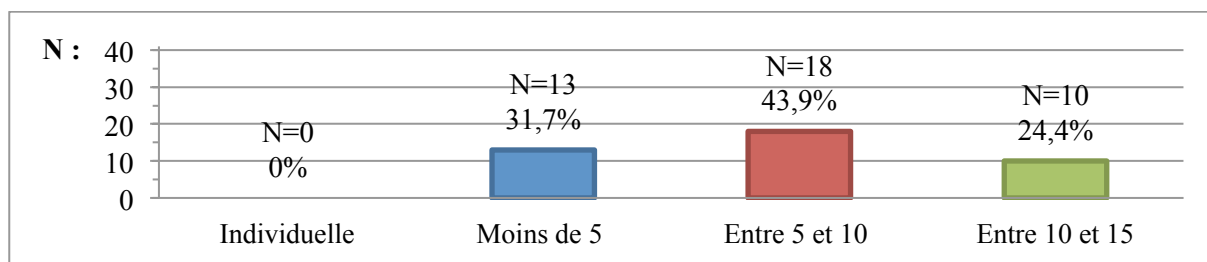


Figure 6: Nombre de patientes par groupe lors des séances PNP classique.

La préparation classique est donc un enseignement qui se dispense en groupe. Les patientes qui avaient suivi des préparations spécifiques telles que l'hypnose et l'haptonomie par exemple, l'avaient réalisé de manière individuelle. Dans cet échantillon de patientes, aucun cours n'a été effectué au sein de groupe donc le nombre de participantes était supérieur à 15.

Dans le cadre de groupe restreint de 2 à 5 femmes, la patiente 4 nous a expliqué que : *« c'était intéressant d'avoir les questions des autres parce que ce n'était pas forcément des choses auxquelles on avait pensé, et qui au final s'avéraient pertinentes. Et de voir aussi qu'il y avait des gens qui faisaient différemment, c'était pas mal. »*. Dans la même idée, la patiente 9 a relaté : *« je trouvais que c'était intimiste mais à la fois on n'est pas toute seule, donc c'était plutôt chouette d'avoir une collègue maman »*.

En ce qui concerne les groupes de 10-15 personnes, la patiente 8 a indiqué : *« j'ai trouvé ça bien parce que, en individuel, il y a des choses auxquelles on ne pense pas. (...) si on est moins j'ai l'impression qu'il peut y avoir moins de question. Et là on a vraiment de choix de se positionner comme on veut : soit on pose des questions, soit on n'en pose pas »*. De même, La patiente 6 nous a dit : *« déjà ça fait du bien pendant sa grossesse de voir d'autres femmes enceinte et qui en sont à peu près au même stade car « on se voit à travers le regard des autres » et ça m'a permis de relativiser »*. Au contraire, la patiente 2 nous a expliqué : *« je pense qu'être ce nombre là, ça encourage moins les échanges, on écoute surtout la sage-femme parler, j'imagine qu'il y a peut-être plus d'échange dans un plus petit groupe. »*. Dans la même idée, la patiente 14, dont le groupe était composé de 10 femmes, a formulé : *« il ne faut pas être plus que ça je pense parce que s'il y a trop de monde, on passe trop de temps à répondre à des questions parfois pas intéressantes car elles ne regardent que vous, pas moi forcément. »*.

Néanmoins, dans le panel des femmes interrogées, une patiente a eu l'occasion de participer à un cours La patiente 11 a déclaré avoir suivi, en plus d'une une préparation à l'hôpital, une formation dans un groupe de 25 femmes. A ce sujet, elle nous a décrit : « *On était vraiment un groupe immense, que des femmes. Une quantité énorme de femmes ! Les cours étaient bien mais c'était impossible de suivre, de poser des questions, de retenir quoique ce soit ...* ».

En conclusion, les patientes ont transmis l'idée que le groupe est un atout car il permet l'apport de questions et d'approche différentes, ce qui enrichi cette formation. Les femmes interrogées semblent donc satisfaites de la constitution des groupes de travail en PNP, lorsque ce nombre n'excède pas 15 patientes par séance. La taille du groupe influence donc la qualité de l'enseignement et de l'éducation des femmes en santé.

3.7. Supports pédagogiques utilisés :

Nous avons tenté de faire un état des lieux sur les supports pédagogiques utilisés par les professionnels. L'objectif était d'évaluer si leur utilisation lors des séances permettait d'augmenter l'interactivité entre professionnels et patientes, et de ce fait, d'améliorer la transmission des messages clés. Plusieurs types de supports sont utilisés en cours de PNP, la figure, ci-dessous, montre les différentes possibilités.

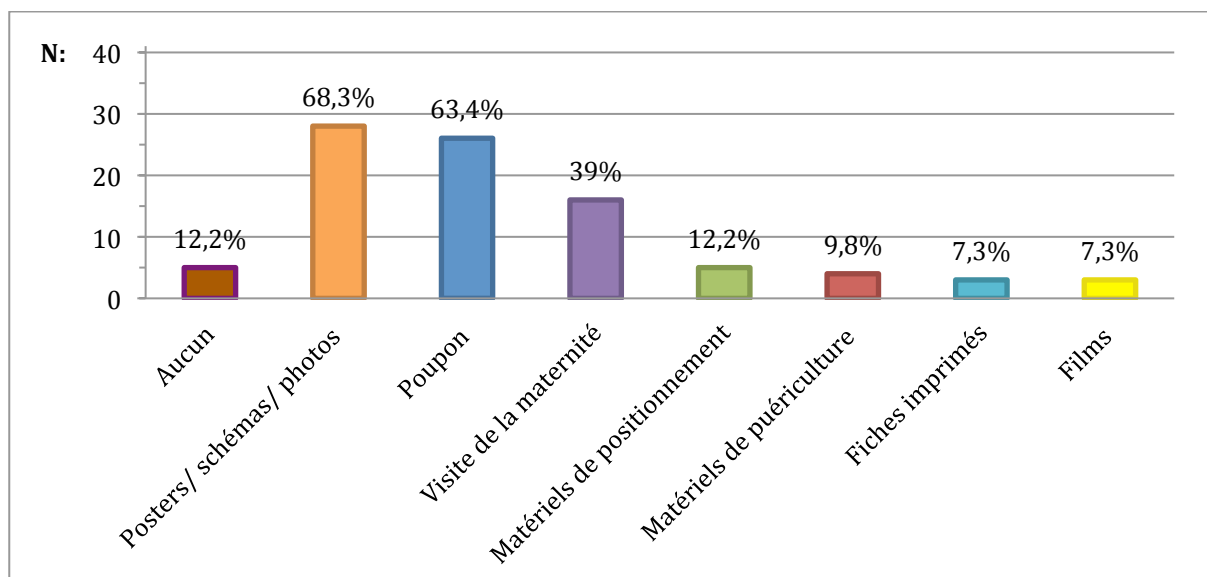


Figure 7 : Supports pédagogiques utilisés

Les types de supports pédagogiques utilisés majoritairement sont le poupon et le schéma (incluant également le poster ou la photographie). Cependant, 11,9% des cours

n'utilisent pas de support pédagogique et se reposent entièrement sur des échanges oraux. La moyenne du nombre de supports pédagogiques utilisés lors des séances est de 2,4, avec 5 comme maximum.

En effet, les patientes ont expliqué que les outils utilisés ont permis une meilleure intégration des messages délivrés par les sages-femmes. Par exemple, la patiente 5 nous a dit : *« elles ont vraiment fait des cours très techniques avec un modèle de bassin et des bébés pour nous expliquer techniquement et ça m'a vraiment aidé à comprendre »*. De même, la patiente 9 nous a indiqué : *« Après pour tout ce qui était soins et tout, elle avait un poupon et elle montrait les gestes donc j'étais assez... enfin voilà, j'ai pu me représenter et c'est venu de manière assez naturelle quoi. Donc oui, le fait de visualiser sur le poupon, c'était aidant »*.

Pour conclure, le fait d'ajouter lors des cours, des supports pédagogiques semble donc permettre une meilleure compréhension des explications données par la sage-femme, grâce par exemple, à la visualisation des soins du nouveau-né.

3.8. Thèmes abordés :

Lors de notre enquête, nous avons souhaité connaître les thèmes abordés lors des séances de PNP afin de les comparer au contenu proposé par la HAS. L'objectif était de comprendre si les thèmes étaient adaptés aux besoins des patientes ou calqué sur les recommandations et l'impact d'un choix par rapport à l'autre.

Les thèmes abordés quelque soit le type de PNP étaient identiques :

- les maux de la grossesse
- le périnée
- l'accouchement
- la poussée
- les suites de couches
- le retour à la maison
- les soins du nouveau-né
- l'allaitement.

Les thèmes énoncés par les patientes regroupaient donc l'ensemble du contenu recommandé par la HAS. Néanmoins, il est à noter que tous les cours suivis par les

patientes du panel proposaient les mêmes thèmes pour leurs différentes séances, il semble donc que ces cours n'étaient pas personnalisés. Les femmes ont commenté ces thèmes : la patiente 14 nous a expliqué : « *tout était très utile mais après forcément il y avait des choses plus importantes pour moi, plus nécessaires mais tout était intéressant* ». Et la patiente 1 a commenté : « *elle est bien obligée de donner toutes les informations et elle s'adapte quand même aux demandes personnelles. Mais peut-être que moi, les trucs un peu généraux sur la grossesse, je les avais déjà. (...) Mais il y avait des filles qui découvraient et prenaient des notes* ».

En conclusion, les cours de PNP expliquaient de manière générale l'ensemble de la grossesse, du travail, de la naissance et des suites de couches mais les professionnels s'adaptaient aux questions de leurs patientes afin de répondre au maximum à leurs besoins.

4. Besoins des femmes à propos de la PNP :

Nous avons voulu savoir si les séances répondaient aux besoins éducatifs des femmes par rapports aux critères de la HAS. Pour ce faire, nous leur avons proposé les principales thématiques énoncées dans les recommandations institutionnelles afin qu'elles puissent indiquer les raisons pour lesquelles elles avaient choisi de faire de la PNP. Nous avons ensuite interrogé les femmes sur l'atteinte de ces objectifs initiaux et sur l'apparition de nouveaux besoins éducatifs à postériori.

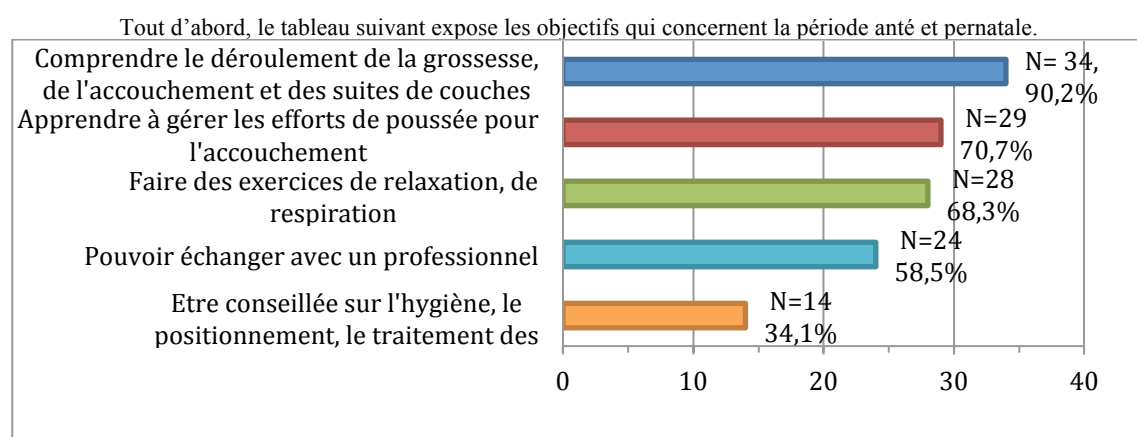


Figure 8: Besoins des patientes à propos de l'anténatal.

Les femmes étaient en grande majorité désireuses de comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches mais également d'apprendre à gérer les efforts de poussée pour l'accouchement. La période anté et perinatale étaient

donc une source de questionnement importante pour les femmes interrogées. De ce fait, 58,5% des patientes, soit n=24, ont choisi de réaliser de la PNP afin de pouvoir, entre autre, échanger avec un professionnel.

A postériori, les besoins éducatifs à propos de la période anté et du perinatale, qui ont manqué à notre population, s'orientaient sur les changements corporels pour la patiente 11 et sur la gestion de la douleur lors du travail pour les patientes 3 et 5. En effet, la patiente 5 aurait souhaité « *des exercices plus efficaces pour gérer les contractions utérines* », et la patiente 3 aurait apprécié des explications plus claires : « *sur le ratio durée-douleur* ». En effet, cette patiente nous a raconté son vécu de l'accouchement : « *j'avais bien retenu qu'en même temps, plus je la faisais tôt {la péridurale}, plus l'accouchement durait. (...) Et je me suis mise vraiment en difficulté avec ça (...) On ne me l'a peut-être pas dit comme ça mais c'est ce que j'en ai retenu en tout cas, et à postériori je me suis dit que j'aurais aimé qu'on m'explique les choses différemment pour ne pas avoir cette représentation là. (...)* ». Cette patiente a conclu en exprimant un nouvel objectif pour sa prochaine grossesse et pour la PNP a postériori : « *ce serait peut-être d'être plus à l'écoute de ce que dit mon corps, tout simplement et d'être un peu moins scolaire.* ».

Ensuite, le tableau ci-dessous expose les besoins des femmes à propos de la période postnatale.

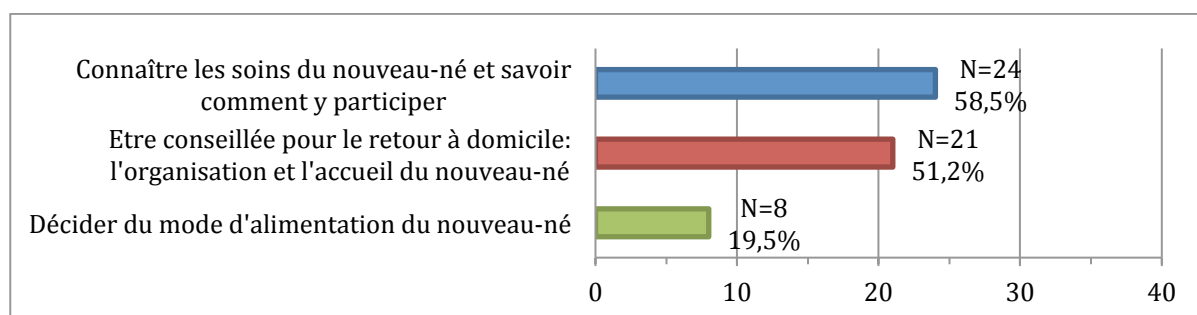


Figure 9: Besoins des patientes à propos du postpartum.

Les questionnements à propos de la période postnatale étaient moins nombreux que pour la période anté et perinatale. Néanmoins, dans 58,5% des cas, soit n=24, les femmes souhaitent connaître les soins fondamentaux du nouveau-né et savoir comment y participer, mais seuls 19,5% des cas, soit 8 femmes, participaient à ces cours afin de décider de l'alimentation de leur futur nouveau-né.

En post-partum, les besoins éducatifs qui n'avaient pas été satisfaits, s'orientaient, entre autre, sur le sujet de l'allaitement. En effet, les patientes 3, 11 et 12 sont revenues sur ce sujet. La patiente 3 nous a indiqué : « *J'aurai bien fait des cours supplémentaires pour l'allaitement, pour avoir plus d'explications, de conseils, (...) ça aurait pu être un peu plus détaillé.* ». Et la patiente 12 nous a dit : « *Je ferais vraiment 5 cours à part, rien que pour l'allaitement. (...) l'allaitement a été un vrai traumatisme (...) c'est un sacré changement, et en tant que femme ce n'est pas facile !* ». La patiente 14 a également ajouté qu'elle aurait souhaité aborder : « *la psychologie d'être parent* ».

En ce qui concerne les soins du nouveau-né, les patientes 5 et 9 sont revenues sur ce sujet. En effet, la patiente 9 aurait apprécié « *des exercices pratiques pour les tout premiers soins, pareil pour le bain* ». La patiente 5, quant à elle, a évoqué son séjour en suite de couche et aurait apprécié davantage d'explications en amont : « *c'est vrai qu'il y avait quelque chose que je ne savais pas et dont on pourrait parler en cours : c'est le test de l'audition du 2ème jour, du Guthrie le 3^{ème}. ça aurait été intéressant de le savoir parce que c'est vrai que comme on est crevé par l'accouchement, le manque de sommeil et tout, tout est un grand événement... et quand le bébé disparaît pour faire un test auditif, on est un peu surprise.* ».

En parallèle, les autres objectifs énoncés par les patientes lors de la première partie de l'enquête étaient :

- Se détendre,
- Prendre un temps privilégié consacré à l'enfant à naître,
- Pouvoir échanger avec d'autres femmes enceintes.

Enfin, pour 4,9% des cas, soit deux femmes, aucune attente n'avait été énoncée.

Suite aux entretiens, 57,1% des patientes, soit n=8, ont satisfait l'ensemble de leurs objectifs initiaux. Elles ont expliqué que tous leurs besoins éducatifs étaient comblés : « *C'était très complet, ça me convenait tout à fait* » a signalé la patiente 7, « *c'est vrai que c'était très bien et je sais aujourd'hui que j'aurai pas pu faire mieux* », nous a expliqué également la patiente 8, « *honnêtement j'ai eu tout ce qu'il faut, et puis la sage-femme était très disponible, très à l'écoute, assez douce, donc vraiment je suis ravie.* » a affirmé enfin la patiente 6.

Les besoins éducatifs n'étaient donc pas entièrement satisfaits pour six patientes sur 14, soit 42,9%. Trois de ces six femmes ont eu de nouveaux objectifs à propos de l'ensemble de la grossesse, plus exactement sur les changements corporels, la gestion du travail, l'allaitement et les soins du nouveau-né. Les trois autres femmes ont uniquement orienté leurs nouveaux objectifs sur le postpartum.

Pour conclure, les femmes ont de nombreux besoins éducatifs, s'orientant d'avantage sur l'anté et le perinatal lorsqu'elles commencent leurs cursus puis a posteriori, les femmes reviennent d'avantage sur des sujets concernant le postnatal.

5. Attentes et souhaits autour de la PNP :

Nous avons souhaité savoir si certaines attentes des patientes n'avaient pas été comblées lors de leur cursus et quels seraient leurs souhaits lors d'une prochaine grossesse. L'objectif était d'identifier des possibles freins dans la participation à des séances de PNP et de trouver des pistes d'améliorations.

La principale attente identifiée concerne la personnalisation du parcours de PNP. En effet, elles ont en grande majorité appris l'existence la PNP au début de leur suivi et par conséquent, découvert la grande diversité de celle-ci au cours de la grossesse, lorsqu'il était parfois trop tard pour y participer. Dans cette idée, la patiente 6 nous a expliqué : *« j'étais intéressée par l'haptonomie pour impliquer le papa, et moi j'ai toujours aimé l'eau (...) donc j'aurai bien aimé balnéo et hapto. Mais c'est des choses très demandées donc je n'ai pas eu de place pour les deux mais je les prendrais bien pour la seconde grossesse »*. De plus, la patiente 13 a expliqué qu'elle réaliserait : *« éventuellement de la relaxation, j'avais prévu de le faire et je n'ai pas eu le temps donc peut être la prochaine fois »*. De même, la patiente 14 nous a indiqué que pour une grossesse ultérieure, elle réaliserait sûrement *« de la médiation pour être plus sereine »*.

Néanmoins, la patiente 5 a signalé que son parcours de PNP a été enrichi au cours de sa formation par des propositions des sages-femmes libérales. En effet, cette patiente 5 était anxieuse à propos de l'accouchement, de la gestion de la douleur et sa sage-femme libérale lui a conseillé de réaliser des séances de sophrologie. La patiente a commenté son expérience : *« ça m'a vraiment soulagée et j'ai fait plusieurs séances et ça s'est avéré très utile le jour de l'accouchement. Donc non seulement ça a répondu à toutes*

mes attentes mais c'est même allé au-delà en me proposant des choses auxquelles j'avais pas pensé ».

En résumé, participation à des séances de PNP spécifiques a semblé se heurter à deux freins : la découverte trop tardive de ces cursus et une demande trop importante pour un type de PNP, supérieur à l'offre, ce qui rend l'inscription difficile. Toutefois, les sages-femmes ont pu jouer un rôle dans l'adaptation du cursus aux besoins spécifiques de leurs patientes et ainsi répondre à leurs attentes.

6. Satisfaction des femmes concernant leur cursus :

La satisfaction est le premier niveau de l'évaluation d'une formation d'après le modèle Kirkpatrick, nous avons donc interrogé notre panel afin de la recueillir.

Pour 29 femmes enceintes, soit 70,7%, la formation proposée en PNP a comblée toutes leurs attentes en terme éducation, en attribuant la note de 5/5 à leur cursus. Parmi les autres femmes, 11 patientes ont attribués la note de 4, soit 26,8%, et 1 patiente a choisie la note de 3, soit 2,4% des patientes interrogées. Lorsque cette formation n'a pas répondu entièrement aux attentes des patientes, en terme éducation, les raisons évoquées dans les questionnaires mais également retrouvées lors des entretiens, étaient :

- un manques d'exercices pratiques : *« je trouvais que c'était très théorique, trop théorique »* (patiente 1), *« j'aurai aimé un peu plus d'exercices pratique par ce que voir la SF faire sur le poupon c'est bien mais je crois que ça aurait été encore plus aidant de la faire soi-même. »* (patiente 9), *« Le petit bémol se porte sur le côté pratique (...) la théorie était très bien faite »* (patiente 13).
- un manque d'apport de connaissances ciblées, par exemple sur l'allaitement : *« Je trouve que, finalement, il n'y a pas beaucoup d'explications à propos de l'allaitement, on ne se sent pas très soutenu »* (patiente 2).
- un manque d'interactivité,
- un manque de temps : *« C'était presque trop dense, j'aurai aimé avoir plus de temps et je pense que les sages-femmes qui le font se sentent un peu coincé par le temps aussi. »* (patiente 8).
- un nombre de participants trop nombreux,
- la présence des pères à chaque séance : *« Pour certains cours, ça m'a gêné qu'il y est les conjoints (...) Mais du coup, je trouve qu'on n'a pas abordé certains*

points plus intimes (...) par exemple, tout ce qui est gynécologique, on l'a pas du tout abordé et je pense que sans la présence d'hommes on en aurait plus parlé parce que c'est des choses hyper communes.» (patiente 4).

Néanmoins, 78 % des patientes, soit n=32, ont trouvé leur formation très satisfaisante et 22 %, soit n=9, l'ont trouvée assez satisfaisante.

Lors des entretiens, certaines patientes se sont exprimées sur ce sujet, la patiente 7 a expliqué par exemple : *« j'ai été très très satisfaite non seulement sur le contenu mais aussi sur comment c'était abordé »*, la patiente 6 a également commenté : *« J'ai trouvé ça très rassurant »*. Enfin, la patiente 8 nous a dit : *« C'est vrai que quand j'ai rempli le questionnaire, je n'avais vraiment aucune question supplémentaire. J'ai vraiment l'impression d'avoir eu un tour d'horizon très complet, d'avoir eu affaire à des gens différents et oui, j'étais vraiment très contente »*.

Pour conclure, les patientes interrogées sont en grande majorité satisfaites de la formation qu'elles ont suivie (78%, soit n=32). De plus, cette formation a répondu à toutes les attentes éducatives des femmes dans 70,7% des cas, soit n=29. Les réserves émises par les femmes semblent se séparer en deux catégories : l'organisation et le contenu. En effet, les raisons organisationnelles sont le manque de temps, d'interactivité, le nombre trop important de participants et la présence des pères, et le contenu des séances est remis en questions par le biais d'un manque d'exercices pratiques et des connaissances ciblées. La PNP semble donc permettre aux patientes d'atteindre leurs objectifs en termes d'éducation et de soutien à la parentalité lors de la grossesse malgré certaines améliorations organisationnelles attendues.

7. L'influence de la présence de l'entourage:

7.1. Présence du conjoint lors des séances de PNP :

Nous avons voulu comprendre l'implication des conjoints dans la démarche éducative. Les raisons pour lesquelles les femmes ont été accompagnées, ou non, par leur conjoint lors des séances de PNP, sont mises en évidence dans les tableaux ci-après :

Tableau I: Présence du conjoint lors des séances de PNP

Présence	N=36	Pourcentage= 87,9%
Selon ses disponibilités	17	41,5%
A toutes les séances	10	24,4%
à la séance ouverte aux pères	9	22%

Les conjoints étaient présents pour 87,9 % (soit n = 36) des patientes interrogées. Nous pouvons donc noter qu'une grande majorité des conjoints sont présents, au minimum à la séance ouverte aux pères.

Tableau II: Absence des conjoints lors des séances de PNP.

Absence	N=5	Pourcentage= 12,1%
Par manque de disponibilité	3	7,3%
Car la patiente souhaitait faire la formation seule	1	2,4%
car le conjoint ne souhaitait pas y participer	1	2,4%

Les pères absents ne représentent que 12,1% des conjoints de ce panel. Le manque de disponibilité apparaît comme la principale cause d'absence cependant, un conjoint ne souhaitait pas participer. Par ailleurs, une patiente a souhaité faire cette formation seule : *« parce que j'avais envie d'y aller toute seule. Et pour les cours pratiques, par exemple pour l'accouchement, c'est ma sœur qui m'a accompagné par ce que c'est elle qui m'accompagnait pour l'accouchement car le papa n'aime pas le sang et tout ça. »*

Sur ces deux tableaux, le manque de disponibilité apparaît comme un frein pour 50% des conjoints. Lors des entretiens, la patiente 5 a souhaité ajouter : *« Mon mari, lui, a des horaires de bureau et ne pouvait pas venir, il était très frustré de ne pas pouvoir venir et était très frustré de l'heure des cours (...) c'est frustrant pour les pères et pour les mères d'ailleurs aussi »*. En effet, les cours de PNP n'ont pas toujours des horaires adaptés au travail journalier et c'est d'ailleurs pour cela que les femmes enceintes effectuent, la plupart du temps, cette formation lors de leur congé maternité.

En résumé, la majorité des couples participent ensemble à cette formation, les conjoints semblent donc s'investir dans l'éducation à la santé. Néanmoins, la disponibilité des pères est un frein majeur à leur investissement, auquel nous pouvons ajouter, marginalement, les obstacles inhérents aux conjoints eux-mêmes, comme l'impossibilité

d'accompagner leur partenaire lors de l'accouchement du fait de la présence de sang, ou simplement le souhait de ne pas participer aux séances.

7.2. Implication et rôle du conjoint en post-natal :

7.2.1. Présence :

La présence et le rôle du conjoint en post-partum ont été évalués par la prise du congé paternité et la participation aux soins du nouveau-né. D'après les 14 femmes interrogées, il ressort que la moitié, soit 7 conjoints, a pris un congé paternité suite à l'accouchement de leur compagne. Néanmoins, ils ont été tous disponibles car ont pu bénéficier d'emploi du temps aménagé grâce à leur profession ou en posant des vacances. En effet, la patiente 1 a indiqué « *qu'il a pu cumuler les vacances donc on a eu un mois ensemble tous les trois* ». Par ailleurs, les conjoints des patientes 10 et 11 sont intermittents du spectacle et elles nous ont expliquées : « *le mois où j'ai accouché, il n'a quasiment pas travaillé mais son statut lui permet de s'organiser comme ça donc il n'a pas pris officiellement de congé paternité mais pendant un mois il était tout le temps à la maison, très présent* », « *il est toute la journée avec moi, depuis le début de la naissance, on a presque tout vécu ensemble !* ». Dans un autre contexte, la patiente 13 a indiqué : « *j'ai la chance qu'il soit en reprise d'étude donc il n'a pas un rythme de travail, de bureau quoi. Et du coup il est très présent* ». Enfin, le conjoint de la patiente 14 avait également un statut différent permettant d'être présent : « *il est entrepreneur donc il est là, il n'a pas besoin de prendre de congés pour s'occuper de notre fille* ».

En conclusion, la prise du congé paternité n'est pas un indicateur de la présence du conjoint auprès de sa famille du fait des différents statuts existants aujourd'hui. Néanmoins, l'ensemble des pères de notre panel étaient présents et disponibles pour leur famille.

7.2.2. Participation aux soins :

L'autonomie et la présence des pères ont été exprimées par la totalité des patientes (14/14). En ce sens, les patientes 1, 3, 6 et 12 ont expliqué leur vision de la répartition des soins du nouveau-né au quotidien : « *on est assez autonome tous les deux, c'est-à-dire que son père lui donne le bain tout seul, s'occupe de lui tout seul, (...) il est autonome et en confiance avec le petit* », « *On se partage donc c'est pas qu'il m'aide,*

c'est qu'il fait tout comme moi : les biberons, le change, tout... », « Alors, on fait en fonction de ce qu'il y a besoin de faire sur le moment, de celui qui est dispo et pas trop fatigué », « On fait ça naturellement ». Le conjoint apparaît donc en confiance et disponible auprès de sa compagne et de son enfant. Sur la même idée, la patiente 3 a indiqué que *« là on fait la semaine d'adaptation et il a pris une semaine par exemple »*. Les partenaires des patientes interrogées apparaissent donc disponibles et soutenant.

En outre, la patiente 2 nous a expliqué le rôle prépondérant de son conjoint : *« En fait, lui s'est même plus occupé de notre fille que moi pour me permettre de travailler »*.

De plus, certains conjoints semblent attentifs à leur enfant mais également à leur compagne, comme l'ont souligné les patientes 5 et 7 : *« Il est beaucoup dans l'interaction avec le bébé, il s'en occupe beaucoup et la deuxième semaine du retour de la maternité, il m'a incité à sortir car en rentrant j'ai fait un peu genre quinze jours cloîtré à la maison (...) il nous a poussé pour que je sois indépendante », « Il est très attentif par rapport à la petite et il me laisse aussi le temps de respirer un peu »*.

Par ailleurs, dans certaines situations où un des deux parents ne se sentait pas en confiance, inapte à réaliser un soin, de nombreux témoignages nous ont montré que le partenaire était présent pour prendre le relais ou rassurer. En effet, La patiente 5 a évoqué deux situations précises : celle du bain : *« Au début, on donnait le bain ensemble parce que j'étais stressé de donner le bain »*, puis les soins *« On a eu une autre « problématique » c'est qu'on a fait la circoncision du bébé et c'était très éprouvant pour moi et donc c'était pas moi qui faisait les soins après la circoncision, c'était mon mari qui s'en occupait. »*. D'un autre point de vu, la patiente 9 a expliqué les réticences de son conjoint face au lavage de nez : *« A part le lavage de nez, il n'aime pas trop, c'est moi la vilaine, il n'aime pas voir sa fille pleurer, voilà, il ne se sent pas prêt de faire ça »*. La patiente 10 nous a indiqué qu'elle a continué à former son compagnon, une fois rentrés de la maternité : *« C'était un peu plus long que moi mais il fait tout aussi. J'ai envie qu'il sache tous les gestes faire pour que ce ne soit pas la panique si un jour je ne suis pas là donc je lui montre quand il a des doutes. »*.

Pour conclure, les conjoints apparaissent comme compétant dans la réalisation des soins du nouveau-né, mais également investi dans ceux-ci. Leurs compagnes les décrivent

comme autonome dans la prise en charge de leur enfant mais aussi comme aidant dans des situations de difficultés pour la mère.

7.2.3. Ressenti des patientes :

A ce propos, lors des entretiens, les femmes ont attribués trois adjectifs qualifiants le rôle et la présence de leur conjoint au quotidien. Les adjectifs les plus fréquemment proposé étaient, dans l'ordre croissant :

- Attentif, attentionné ou impliqué,
- Indispensable, nécessaire ou précieuse,
- Rassurant ou réconfortant,
- Présent ou disponible,
- Heureux.

Citons également les mots partage et liberté qui ont été énoncé à deux reprises ainsi que les adjectifs complémentaire, soudé, naturel, calme et bienveillant, énoncés une fois. La patiente 11 a également ajouté que son conjoint était « *très frustré de ne pas pouvoir allaiter* ».

Au vu de l'ensemble de ces résultats, nous constatons que les conjoints des patientes interrogées étaient présents, attentifs et aidant. En effet, même lorsque les conditions de travail ne permettaient pas de prendre le congé paternité, ils se sont rendus disponibles. Il apparaît qu'ils ont pris en charge de nombreux soins auprès du nouveau-né, de manière autonome et en soutien de la mère lors de difficultés.

7.3. Présence et rôle de la famille

Lors des entretiens, les patientes ont été interrogées sur la présence de leur famille et leur rôle auprès d'elle et de leur enfant. Les principaux résultats peuvent être répartis en trois catégories : les conseils, la présence et l'aide au quotidien.

D'une part, les femmes de notre panel ont commencé par décrire la présence de leur famille. Cette présence a pu se traduire par des échanges téléphoniques, par message ou une présence physique. Par exemple, les patientes 4 et 5 ont indiqué qu'elles « *les (ont) très régulièrement par téléphone* », ou encore, qu'elles ont « *beaucoup de conversations whatsapp des deux côtés et envoient chaque jours des photos* ». Les patientes ont

également expliqué que la présence de leur famille peut être aidante, par exemple la patiente 8 nous a confié que: *« c'est quand même bien d'avoir quelqu'un à qui téléphoner nuit et jour pour être réconforté ou avoir des réponses. »*. Cette présence peut également être moins bien acceptée, tel que pour la patiente 5 : *« au début ils étaient même trop présents ! Ma grand-mère avait tendance à venir un peu tous les jours »*. Enfin, certaines patientes ont signalé leur souhait de ne pas solliciter leur famille malgré parfois, une proposition de leur part. Par exemple, les patientes 3 et 7 nous ont expliqué leur cas : *« on n'est pas forcément demandeur non plus de beaucoup de présence... »*, *« Ils sont très présents et me demande s'ils peuvent venir nous aider mais bon on essaye pour l'instant de gérer tout seul »*. Les patientes interrogées semblaient donc être entourées d'une famille présente, les verbatims retrouvées lors de ces entretiens soutiennent cette idée. En effet, de nombreuses patientes ont décrit leur famille comme disponible, concernée, investie et présente (n=10/14, soit 71,4%) ainsi que aidante et rassurante (n= 6/14, soit 4,3%).

D'autre part, les patientes interrogées ont souhaitées revenir sur les conseils donnés par leur famille. Il semblerait que deux courants se distinguent : certaines femmes ont reçu des conseils précis sur les soins du nouveau-né alors que d'autres ont d'avantage eu des échanges d'expériences sans injonction sur la manière d'agir. Par exemple, la patiente 13 nous a décrit le rôle de sa belle-mère, auxiliaire de puériculture, qui l'a épaulé pour les soins du nouveau-né : *« elle m'aide avec des informations logiques, des éléments médicaux, des infos claires »*. Dans cette idée, la patiente 5 nous a expliqué que ses parents *« sont dans le « contrôle »*. Par exemple, mon père, (...) si jamais il nous voit avec la tétine, on a le droit au monologue que la tétine c'est pas bien, ça donne faim au bébé... enfin voilà. Et puis, il trouvait aussi qu'on ne le couvrait pas assez au début, et il ne voulait pas qu'on le sorte. ». Cette patiente a également ajouté : *« Après c'est propre à ma famille mais c'est une parole un peu angoissante dont je me libère progressivement »*. A l'inverse, les patientes 1 a indiqué : *« Plus que des conseils, c'est vraiment des moments d'échange sur « bah tiens est ce que tu ferais si ou ça, là il a régurgité, ou comment tu prends la température... »*. Des petits points de ce type. ». Dans la même idée, la patiente 12 a confié : *« si on est en demande et si on se pose des questions mais ils ne sont pas intrusifs (...). Enfin respectueux de l'équilibre qu'on doit trouver tous les trois »*.

Quelques femmes interrogées sont également revenues sur leur manière d'appréhender les interventions de leurs proches, par exemple : *« ils me donnent leurs conseils à eux que je n'écoute pas forcément »* (patiente 4), *« j'en fait le tri et puis ça permet d'avoir un autre regard sur sa maternité »* (patiente 9), *« C'est des conseils un peu contradictoires avec ce que je pense, ce n'est pas facile à gérer mais après c'est aussi très aidant »* (patiente 11).

Néanmoins, les patientes 6 et 13 ont expliqué leur désir de prendre de la distance face à l'expérience de leur familles : *« J'avoue que je n'ai jamais eu l'occasion de leur demander des conseils, c'est plus nous qui les tenons au courant. »*, *« Ils essayent mais on ne leur laisse pas beaucoup la place pour les conseils »*. La patiente 13 a d'ailleurs ajouté, que sa famille semblait inquiète du peu de sollicitation de leur part.

Enfin, les familles des patientes interrogées ont été parfois, disponibles et aidant au quotidien. En effet, les patientes 1, 5, 6 et 9 nous ont signalées qu'ils faisaient régulièrement appelle à leur famille lors qu'ils nécessitaient une garde d'enfant : *« il nous fallait quelqu'un qui puisse garder notre fille deux fois par semaine, du coup ma grand-mère l'a fait »*, (patiente 6), *« elle vient même tous les quinze jours s'occuper de ma fille et cette journée là, c'est elle qui s'en occupe pour pouvoir créer un lien toutes les deux le plus tôt possible, pour qu'elle ait confiance en elle »* (patiente 9). Par ailleurs, la patiente 13 a partagé son expérience de la maternité marquée par son bagage traditionnel et le rôle de sa mère au quotidien : *« C'est culturel chez nous, en Corée du Sud: quand une femme accouche, elle n'est pas censée faire trop de chose. Donc on reste au lit, on ne fait pas des tâches de maison et on fait le minimum pour le bébé. Le but est de reposer son corps au maximum. Donc elle a vraiment tout fait pour moi »*.

Pour résumé, la famille apparaît comme une ressource importante, grâce aux échanges, conseils, et d'une aide parfois quotidienne. Néanmoins, pour certaines femmes, la famille peut être une source d'angoisse, par le biais de conseils désuets ou d'injonctions éducatives.

7.4. Autres personnes ressources :

Lors des entretiens, des personnes ressources autres que la famille, ont été citées. En effet, les patientes 2 et 12 ont évoqué leurs connaissances ou amis proches : *« on partage pas mal avec eux nos expériences. Disons que si on a une interrogation, ou si*

quelque chose se passe et nous déconcerte, c'est plutôt avec eux qu'on en parle, ou avec d'autres amis qui ont des enfants », « Et après la naissance c'était surtout sur l'allaitement, une copine qui a accouché pratiquement en même temps que moi et dont ce n'était pas son premier enfant et avec qui on échangeait sur le sujet de l'allaitement et sur notre ressenti ». La patiente 12 a également ajouté : « on a beau lire dans les livres, de savoir qu'on n'est pas toute seule à ressentir ce genre de chose..., c'était encore plus précieux d'avoir quelqu'un en train de vivre la même chose que moi au même moment et qui pouvait me dire que c'est normal, que tout va bien ».

Pour conclure, les patientes interrogées ont toutes eues des personnes vers lesquelles se tourner en cas de questions, d'interrogations ou de difficultés, au sein de leur famille ou de leur cercle amical

8. Apprentissages de la démarche éducative :

8.1. Connaissances apportées par la PNP, en anténatal :

Dans cette étude, nous avons voulu évaluer l'apport de connaissances constatées par les femmes participantes à la démarche éducative, le tableau suivant montre les résultats obtenus :

Tableau III : Apport de connaissances lors des séances de PNP.

Apport de connaissances lors des séances de PNP :	N :	Pourcentage :
Apporter des connaissances nouvelles	38	92,7 %
Apporter des connaissances nouvelles uniquement	12	29,3 %
Apporter des connaissances nouvelles + Remplacer des connaissances erronées	9	22 %
Apporter des connaissances nouvelles + Renforcer des connaissances anciennes	6	14,6 %
Apporter des connaissances nouvelles + Remplacer des connaissances erronées + Renforcer des connaissances anciennes	11	26,8 %
Renforcer des connaissances anciennes	3	7,3 %

Les femmes ont acquis de nouvelles connaissances dans 92,7% des cas. La démarche éducative apporte de la théorie et des techniques à propos de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum

Lorsque la formation n'a pas apporté de connaissances nouvelles mais a uniquement renforcé d'anciens acquis, la raison évoquée par les patientes était l'exercice d'une

profession médicale par la patiente elle-même ou par un proche, les prédisposant à avoir un bagage de connaissance supérieur à la population générale.

8.2. Connaissances des soins du nouveau-né, appliquées au retour à domicile :

L'objectif consistait à connaître les informations délivrées au sujet des soins du nouveau-né en anténatal, lors des séances de PNP et de comprendre leur impact.

Au sujet des soins du nouveau-né, les femmes ont indiqué les points abordés, très divers en fonction des formations et de la mémorisation des femmes. En effet, sur notre panel de 14 patientes :

- Neuf patientes (soit 62,3%) ont énoncé les soins expliqués en amont, lors de leur formation. Il s'agissait d'explications à propos du bain (n=7), de l'alimentation et de l'élimination (n=6), des conseils sur le sommeil et la prévention de la mort inattendue du nouveau-né (n=5), de la température corporelle de l'enfant (n=3), des soins du cordon, les vitamines néonatales et les vaccins (n=2).
- Deux patientes (soit 14,3%) n'ont pas de souvenir à propos de ce temps de formation dédié au soin de l'enfant mais ont participé à une séance sur le thème du retour à domicile. Par exemple, la patiente 13 a indiqué : *« on a parlé des soins du nouveau né mais là je ne me souviens plus précisément de ce qu'on a dit »*. La patiente 2 a également commenté : *« Je ne me souviens plus, non, j'ai l'impression que les soins du nouveau-né c'était plus la puéricultrice à la maternité qui les expliquait »*.
- Deux patientes (soit 14,3%) n'ont pas eu de cours dédié à ce sujet lors de leur formation. En effet, la patiente 10 a expliqué que : *« c'est à la maternité après l'accouchement qu'on m'a tout expliqué »*, la patiente 14 a également commenté : *« C'est plutôt à la maternité qu'on en a parlé puis avec la sage-femme libérale qui vient chez vous après l'accouchement »*.

Les verbatim les plus présents dans le discours des femmes concernent des soins du nouveau-né expliqué majoritairement lors du séjour en maternité. Il en ressort que, même pour les femmes ayant eu des informations en amont, les explications en maternité sont mieux assimilées. Dans cette idée, la patiente 14 a indiqué : *« C'était beaucoup plus utile et fonctionnel car le bébé est devant vous alors qu'à la préparation à l'accouchement on n'a pas encore l'enfant donc ça ne nous touche pas trop. »*

Néanmoins les femmes ayant reçu une éducation en amont et à la maternité ont exprimé leur intérêt pour la répétition des informations. En effet, la patiente 3 a indiqué : *« on n'est pas forcément disponible à chaque fois donc le fait que ce soit répété c'est bien ! »*, la patiente 12 nous a également dit : *« J'avais eu beaucoup d'informations sur les soins en amont, et de la pratique en maternité donc on répète et on apprend ! »*. De même, la patiente 8 a expliqué : *« C'est des choses qu'on réapprend après et je trouve que c'est bien de le voir en avance »*.

Par ailleurs, la patiente 4 a ajouté que les cours de PNP ont d'avantage permis à son conjoint d'acquérir des connaissances ciblées, qu'elle avait obtenue précédemment auprès de sa famille : *« pour mon conjoint qui lui n'a pas eu beaucoup de petits cousins ou d'amis avec des enfants, il y a vraiment beaucoup de choses qu'il appris pendant la séance sur les soins du nouveau-né »*.

La démarche éducative à propos des soins du nouveau-né semble donc procéder par étapes : une première éducation lors des séances de PNP puis des démonstrations pratiques et des entraînements à la maternité. La répétition est un des éléments clés dans l'éducation du patient et les femmes interrogées semblent y adhérer.

8.3. Questions lors du retour à domicile:

Afin de comprendre les informations manquantes lors de leur cursus, nous avons interrogé les femmes sur les questions qu'elles ont eues lors de leur retour à domicile, auxquelles il serait possible de répondre en amont.

Dix des 14 patientes interrogées, soit 71,4%, se sont posées une ou plusieurs questions une fois chez elles, à propos d'elles ou de leur nouveau-né :

- Une seule patiente a eu des questions à propos de ses suites de couches et non au sujet de son enfant.
- Huit femmes ont eu des questions sur l'alimentation du nouveau-né : l'allaitement maternel, tout comme l'allaitement artificiel. En effet, la patiente 1 nous a expliqué : *« je ne pensais pas que l'allaitement serait si compliqué, je trouve qu'on ne dit pas assez aux femmes »*. Les patientes 5, 6 et 9 ont indiqué leurs interrogations à propos la dynamique idéale pour l'augmentation de la dose

de lait. Par exemple, la patiente 5 a dit : « *j'avais surtout des questions quand il s'agissait d'augmenter les biberons.* »

- Deux patientes se sont également posées des questions au sujet des rythmes du nouveau-né. Par exemple, la patiente 1 a indiqué se questionner sur « *ses temps de sommeil* », tout comme la patiente 6 : « *je me posais des questions par rapport au rythme* »
- Enfin, deux patientes ont eu des interrogations diverses, telles que « *si le bébé tombe malade qu'est ce qu'on doit faire* » a confié la patiente 7, ou encore « *des techniques pour arrêter le hoquet* » a indiqué la patiente 12.

Il semble donc que les patientes se sont principalement questionnées au sujet de leur nouveau-né, plus exactement sur l'alimentation et le rythme du nourrisson.

8.4. Difficultés lors du retour à domicile:

De même, nous avons interrogées les femmes sur les difficultés qu'elles ont rencontrées à la sortie de la maternité, afin d'identifier les thèmes sur lesquelles l'éducation à la santé pourrait insister pendant la grossesse.

Quatre femmes sur 14, soit 28,6%, ont eu des difficultés lors de leur retour à domicile. Les patiente 1 et 3 ont évoqué l'alimentation, par exemple, la patiente 3 nous a dit : « *Le plus difficile pour nous c'était l'alimentation. On avait un bébé qui mangeait bien donc soit c'était « bah oui, tant qu'il fini ses biberons, n'hésiter pas à donner un peu plus » et avec d'autres, il fallait vraiment respecter les doses. Donc là on n'était un peu perdu* ».

De plus, les patientes 9 et 14 ont éprouvé des difficultés face aux soins du nouveau-né. En effet, la patiente 14 a indiqué : « *par rapport au nettoyage de nez, ça m'a fait peur au début (...), le bain et les couches c'était pareil, au début on veut bien faire et on a jamais fait avant donc j'étais anxieuse et j'ai eu du mal* ». De même, la patiente 9 a signalé : « *à la maternité on m'avait dit de nettoyer le siège juste avec de l'eau sur le coton, et le 4^{ème} jours, ma fille a eu des rougeurs sur les fesses et ça a été très dur pour moi de me dire que mon bébé souffrait peut-être* ».

Les femmes interrogées sont donc peu nombreuses à éprouver des difficultés, et le cas échéant, les sujets concernés sont l'alimentation et les soins du nouveau-né.

8.5. Reflexes face aux pleurs du nouveau-né :

Afin de savoir si les patientes étaient compétentes et sereines face à une situation de stress à propos de leur nouveau-né, nous leur avons demandé de nous expliquer leur réflexes lorsque leur enfant pleure et leur sentiment de capacité.

Il en ressort que les femmes ne sont pas anxieuses face aux pleurs de leur enfant et que leurs réflexes sont en place. En effet, l'ensemble des femmes interrogées ont indiqué se sentir compétente dans la prise en charge de leur enfant dans cette situation. Les causes des pleurs évoquées par les patientes sont : la faim (n=14), la couche souillée (n= 8), l'envie de tendresse ou l'ennui (n=7), la fatigue (n=7), l'inconfort ou la douleur (n=5) et enfin la maladie (augmentation de la température) (n=4).

Les discours des femmes sont construits, logiques et fluides montrant l'aisance qu'elles ont face aux pleurs de leur nouveau-né. Par exemple, la patiente 8 nous a expliqué son raisonnement : *« d'abord chercher la cause, procéder par étape, peut être qu'elle a faim, trop chaud trop froid, est ce que c'est du coup juste un gros câlin, la couche »*. La patiente 13 a également indiqué : *« Alors, d'abord je vais le prendre pour voir ce qu'il ne va pas et puis je regarde l'heure, pour savoir s'il a faim, s'il est fatigué, puis je le regarde lui pour savoir si il a mal, genre des coliques, ou si il baigne dans le caca. Et puis si il a juste besoin de tendresse et d'affection, je le berce, je chante, je me balade pour voir si ça marche. En gros voilà. »*

Les pleurs du nouveau-né ne semblent donc pas être une situation anxiogène pour les femmes. En effet, les patientes raisonnent de manière logique, par étape, et sont compétentes dans la résolution de ces pleurs.

8.6. Informations complémentaires et professionnels ressources:

Pour répondre à leurs questions ou faire face à leurs difficultés, les patientes ont fait appel à des sources d'information diverses et à des professionnels de santé.

En effet, six patientes (sur 14, soit 42,8%) sont allées chercher des réponses dans des livres et/ou sur internet. Les livres et les sites de suivi de grossesse, ont été utilisés avant la naissance, pour compléter les informations données en cours sur le déroulement de la grossesse et l'accueil de l'enfant. En parallèle, internet a été utilisé comme une ressource ponctuelle sur des sujets précis. Par exemple, la patiente 10 a expliqué :

« franchement dès qu'on se pose une question, on va d'abord sur internet même si on se dit pas que c'est forcément la bonne réponse mais c'est le premier reflexe ... puis après on demande à un professionnel. ».

Au demeurant, les femmes ont toutes désigné des professionnels de santé ressources, vers qui elles se tournaient en cas de questionnement ou de difficultés : ces professionnels étaient les sages-femmes libérales (incluses dans le PRADO ou non), les centre de protection maternel et infantile (PMI) ou encore le pédiatre. Dans cette idée, la patiente 12 a dit : *« les quelques questions que j'ai pu avoir, il n'y en a pas eu beaucoup, et je les ai posé dans ma PMI »*, la patiente 13 a également signalé : *« c'est une sage-femme qui est venu à domicile qui y a répondu. »*, enfin, la patiente 4 nous a dit *« j'ai envoyé un texto à ma sage-femme et dans la demi-heure j'avais une réponse »*.

Par ailleurs, les femmes ont notifié leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge au sortir de la maternité. En effet, nous avons retrouvé dans les discours des patientes les verbatims suivants :

« On est assez vite pris en charge le lendemain avec une sage-femme donc si j'avais des questions c'était quand même assez vite vu » (patiente 7).

« J'ai trouvé qu'on avait suffisamment d'info pendant les cours et aussi par rapport à la sage-femme à domicile mais après je sais pas si tout le personnel est pareil mais c'est vrai que je suis tombé sur des personnes très compétentes » (patiente 8).

« J'ai eu la chance d'avoir le Prado et c'était un vrai confort d'avoir une sage-femme qui passe deux jours après » (patiente 9).

« Je ne pensais pas qu'on pouvait avoir un suivi si important. J'étais vraiment ravie qu'elle vienne toutes les semaines, elle l'a pesait et me rassurait et pour cette question d'allaitement, elle m'a vraiment aidé » (patiente 11).

En résumé, lorsque les femmes ont eu besoin de réponses, elles ont su se tourner vers des professionnels de santé dans leur entourage, que ce soit sage-femme, auxiliaire de puériculture ou pédiatre, dans le cadre de la PMI, du PRADO ou en libérale.

Pour conclure, la démarche éducative semble avoir porté ses fruits en postpartum. En effet, les patientes ont en grande majorité acquis de nouvelles connaissances lors des cours et ont réussi à mettre en pratique les techniques enseignées. De plus, la répétition des informations lors des cours et du séjour à la maternité a permis aux femmes et à

leurs conjoints de comprendre, d'assimiler et de s'exercer à la réalisation des soins du nouveau-né. Une fois de retour à domicile, ceux-ci sont donc rarement apparus comme une difficulté et le cas échéant, les femmes ont su se tourner vers des professionnels de santé afin les résoudre. Néanmoins, les questions rencontrées ont concerné en majorité l'alimentation et les soins du nouveau-né mais de même, les patientes ont trouvé des réponses auprès des professionnels, de leur famille ou sur internet. Enfin, les pleurs du nouveau-né sont appréhendés par les patientes de manière sereine et logique, sans difficulté.

Discussion

1. Discussion de la méthodologie :

8.3. Les points forts :

La méthodologie employée a permis de collecter des questionnaires provenant de parcours de PNP diversifié, permettant ainsi de comprendre, de manière relativement exhaustive, les différentes organisations de l'éducation à la santé pendant la grossesse.

De plus, l'enquête a été accueillie très positivement par les femmes. En effet, près de la moitié des questionnaires ont été remplis, puis la totalité des femmes ayant répondu au questionnaire, ont accepté de répondre à la seconde partie de l'étude.

L'ensemble des entretiens a été réalisé par la même personne, afin de garantir l'uniformité dans la formulation des questions.

8.4. Limites et biais :

Tout d'abord, cette étude possède un biais de sélection. En effet, les patientes recrutées étaient des femmes sensibilisées à l'éducation à la santé car elles avaient entrepris leur formation de leur propre chef. De plus, ces patientes possédaient un niveau éducatif élevé par rapport à l'ensemble de la population française. Enfin, les lieux de recrutement n'ont pas permis d'obtenir de réponse de la part de femme de catégories sociales modestes. Pour ce faire, il aurait été judicieux, par exemple, de recruter des femmes lors de séances de PNP dans des centres de PMI.

Ensuite, les patientes ont été recontactées un à trois mois après la date prévue de leur accouchement, il apparaît donc un biais de mémorisation. En effet, les femmes ont énoncé des faits remontant à la grossesse et aux premières semaines de postpartum, elles ont donc pu oublier des émotions, des questions ou des difficultés éprouvées à ce stade.

De plus, dans la limite du temps imparti pour réaliser l'enquête de ce mémoire, il n'a pas été possible d'obtenir un panel de patiente plus important, pour l'enquête quantitative tout comme pour l'enquête qualitative. Les résultats de cette étude ne sont donc pas généralisables à la population française.

Par ailleurs, au sein du questionnaire, une série de questions factuelles sur les soins du nouveau-né a été posée. Malheureusement, la tournure des questions n'a pas permis aux femmes de comprendre les réponses attendues et un très faible pourcentage de patientes y a répondu, rendant cette question non exploitable. De ce fait, l'évaluation des apprentissages et du niveau de transfert n'a pas pu être réalisé (niveaux d'évaluation deux et trois du modèle Kirkpatrick).

En outre, il est envisageable que la position de futur professionnel de santé en maïeutique de l'interlocuteur, ait influencé le discours des femmes.

Enfin, les entretiens ayant été réalisés par téléphone, seul les verbatims ont été évalués et non les comportements des femmes. Il aurait peut-être été davantage productif de réaliser des entretiens face à face afin d'inclure ces comportements, la communication non verbale, dans l'analyse des résultats. Néanmoins, les conditions de l'entretien étaient choisies par les femmes (entre face-à-face à domicile ou par téléphone) et celles-ci ont en grande majorité souhaité le réaliser par téléphone.

2. Discussion des principaux résultats :

2.1. Organisation de l'éducation à la santé pendant la grossesse :

Cette étude a montré que l'organisation de la PNP diffère selon les patientes interrogées mais de grandes tendances ont été identifiées dans chacune des sous-parties.

Tout d'abord, la découverte de la PNP s'est faite en majorité par le biais des maternités. En effet, elles représentent 43,9% des moyens de découverte de la PNP alors que les professionnels libéraux ne représentent que 19,5%. Il est intéressant de noter que l'éducation à la santé pendant la grossesse a débuté dans le monde hospitalier avec la PPO, et aujourd'hui encore, la maternité reste le lieu de référence pour s'informer sur la grossesse.

Ensuite, le type de PNP privilégié lors de la première grossesse a été la méthode classique. Néanmoins, certaines patientes ont personnalisé leur cursus grâce à des PNP spécifiques afin de répondre davantage à leurs besoins. Toutefois, la participation à ces séances spécifiques a semblé parfois difficile, en raison notamment à la découverte tardive de ces méthodes ou une demande trop importante pour un type de PNP. Il est à noter que les sages-femmes ont joué un rôle dans l'adaptation de la formation aux besoins spécifiques des patientes, en modifiant le contenu de leur cours ou en proposant d'autres types de PNP. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations HAS qui prônent l'adaptation de la formation aux besoins du couple afin que l'éducation soit la plus efficace possible (4).

Par ailleurs, ces formations ont été données par des sages-femmes et dans un cas, en association avec un autre professionnel de la périnatalité. Légalement, tout professionnel de la périnatalité peut intervenir lors des séances de PNP (4). Néanmoins, cette étude montre qu'à l'heure actuelle, seules les sages-femmes s'impliquent dans l'organisation de ces formations. En effet, les médecins ont proposé de l'éducation à la santé dans les années 70, lorsqu'ils développaient des méthodes innovantes, mais ces pratiques semblent avoir disparu au profit d'une offre portée par les sages-femmes. Lors de ces cours, la majorité des sages-femmes (87,6%), ont intégré des supports pédagogiques afin d'augmenter l'interactivité des séances et d'améliorer la compréhension des explications.

De plus, les séances de PNP ont eu des durées variables au sein des différentes formations, mais ont abordé les mêmes thèmes, retraçant l'ensemble de la grossesse, du travail, de la naissance et des suites de couches, conformément aux recommandations de la HAS (4).

En outre, les femmes interrogées ont signalé leur satisfaction par rapport aux groupes de travail lors des séances de PNP, lorsque ceux-ci ne dépassaient pas 15 participants. En effet, le groupe permet l'apport de questions et d'approche différentes, ce qui enrichit la formation. Néanmoins, pour garder une formation de qualité, permettant aux participants de s'exprimer, il est nécessaire de garder des groupes restreints.

Il est à noter que la HAS ne s'exprime pas sur ces sujets. En effet, les recommandations indiquent : « *L'état actuel des connaissances ne permet ni de proposer un nombre, une*

fréquence, ou une durée optimale pour chacune des séances, ni de définir la taille idéale d'un groupe de participants » (4). Néanmoins, les séances doivent comporter les informations sur un thème spécifique, le développement des compétences affiliées et des exercices corporels (la durée des séances pouvant varier en fonction des thèmes abordés).

Par ailleurs, les patientes interrogées ont été volontaires dans la réalisation de l'ensemble des séances de PNP. En effet, la majorité des femmes qui n'ont pas réalisé la totalité de leur cursus, ont évoqué la fatigue ou le manque de disponibilité et non un manque d'intérêt pour leur formation. Comme le précise la loi HPST et les recommandations HAS, ces séances n'ont pas un caractère obligatoire pour les femmes mais c'est une obligation pour les professionnels de santé de les proposer (4,32). Néanmoins, le résultat est biaisé par le type de recrutement réalisé dans cette étude. En effet, les femmes ont été approchées lors de la dernière séance de PNP, les patientes ayant abandonnée la formation ne pouvaient donc pas être incluses.

Enfin, les femmes interrogées ont parfois émis quelques réserves quant à leur satisfaction à propos de l'organisation des séances de PNP. En effet, elles ont évoqué un manque de temps, d'interactivité, un nombre trop important de participants ou encore la présence des pères, trop envahissante et ne permettant pas d'aborder les sujets les plus intimes. Hormis pour la présence des pères, les réserves émises par ces femmes portent sur des sujets qui peuvent être résolu par une augmentation des moyens alloués à la PNP. En effet, avec davantage de ressources, il serait possible d'augmenter le nombre de séances proposées et ainsi de réduire le nombre de patientes par cours, d'améliorer les supports pédagogiques proposés, d'avoir un temps supplémentaire pour répondre aux questions des patientes, ou encore de réaliser des exercices pratiques supplémentaires. A propos de la présence des pères, les recommandations les encouragent à participer aux séances et ainsi permettre la prise en compte du couple dans son ensemble (4). De plus, leur présence permet qu'ils acquièrent les connaissances en périnatalité pendant ces cours et qu'ils puissent être un point d'appui pour les mères lors du retour à domicile. Néanmoins, il semble nécessaire de réaliser des séances sans les conjoints, afin de pouvoir aborder les sujets concernant uniquement la mère (comme par exemple les maux de la grossesse, les changements corporels de la grossesse et du postpartum, ou encore le retour de couche).

Pour conclure, la grande diversité de cursus semble permettre aux femmes de répondre aux besoins exprimés en terme d'éducation à la santé pendant la grossesse. De plus, le rôle de la sage-femme est d'orienter ces couples en fonction de leurs spécificités afin de trouver les formations les plus adaptées, et de réajuster les séances au fil de la formation. La HAS ne propose pas de directive quant à la durée, la fréquence et le nombre de participants par séances. Néanmoins, ces séances doivent permettre la transmission de connaissances, de compétences, la réalisation d'exercices corporels et doivent être ouvertes aux futurs pères. Afin de répondre davantage aux attentes des femmes en terme d'organisation des séances, une augmentation des ressources allouées aux séances de PNP, permettrait de mettre en place des mesures d'amélioration de cette formation.

2.2. Entourage et personnes ressources :

D'une part, notre population d'étude comportait uniquement des femmes vivant en couple et il est apparu que les conjoints s'investissaient en grande majorité dans la démarche éducative. En effet, la majorité des couples participaient ensemble aux séances de PNP et le principal frein identifié était l'indisponibilité des pères face à des horaires de séances inadaptées à leur rythme de travail. De plus, les conjoints, en totalité, se sont rendus disponibles suite à la naissance de leur enfant, et se sont révélés compétents dans la réalisation des soins du nouveau-né, de manière autonome et en soutien de la mère lors de difficultés. Cette enquête met donc en évidence la motivation des pères dans cette formation. Cet intérêt et cet investissement sont cohérents avec les résultats de l'étude sur l'éducation en santé pour les pères dans le cadre de l'allaitement maternel (20).

D'autre part, les femmes interrogées ont montré les avantages et les inconvénients d'une famille présente. En effet, la famille apparaît comme une aide précieuse, grâce à des échanges et de la disponibilité, mais également comme anxiogène, lorsque celle-ci est vectrice de conseils désuets ou d'injonctions éducatives. Dans le cadre de cette enquête, les familles des femmes n'ont pas participé à l'éducation en santé. Il serait peut-être intéressant de proposer cette formation à l'entourage proche de la femme, afin que celui-ci acquière également des connaissances en rapport avec les données actuelles de la science et soit plus associé à l'évolution de la cellule familiale élargie.

Enfin, les patientes interrogées ont toutes eues des personnes ressources vers lesquelles se tourner en cas de questions, d'interrogations ou de difficultés, au sein de leur famille ou de leur cercle amicale mais également auprès des professionnels de la périnatalité. Les femmes sont ici aptes à « *recourir à une aide en cas de besoin* », et savent vers qui se tourner, comme l'énonce la définition de l'éducation à la santé donnée par L'OMS en 1983 (2).

2.3. Impact de la démarche éducative en postpartum :

Un des objectifs de cette étude était d'analyser l'impact de la formation en postpartum grâce au modèle Kirkpatrick. Cette évaluation comprend quatre niveaux d'analyse : la satisfaction, l'évaluation des apprentissages, du niveau de transfert sur les comportements au quotidien, et des résultats.

2.3.1. Besoins et satisfaction :

Lorsque les femmes se sont inscrites à des séances de PNP, elles avaient repéré un certain nombre de besoins éducatifs qu'elles souhaitaient combler grâce à cette formation. Initialement, ceux-ci s'orientaient d'avantage sur l'anté et le pernatal, néanmoins, a posteriori, les patientes ont signalé des besoins éducatifs à propos des soins du nouveau-né et du postpartum en général. Ces résultats reflètent l'idée que la majorité des femmes associent encore la PNP à une « préparation à l'accouchement », comme le signalait déjà en 2011, une étudiante sage-femme dans son mémoire (29). Néanmoins, les femmes expriment quelques besoins s'orientant vers le post-partum, montrant que, même si l'objectif principal était d'avoir un apport de connaissance à propos de l'accouchement, elles prennent en compte ce pan de la périnatalité dans l'expression de leurs besoins.

Cette étude a montré que cette formation a répondu à toutes les attentes éducatives des femmes dans 70,7% des cas, soit n=29. Néanmoins, les réserves émises en terme de contenu éducatif s'orientaient vers un manque d'exercices pratiques et des connaissances ciblées. La PNP semble donc permettre aux patientes d'atteindre leurs objectifs en terme d'éducation et de soutien à la parentalité lors de la grossesse. Dans cette étude, il n'a pas été retrouvé de diminution de la satisfaction, de la part des femmes ayant réalisé ces séances, contrairement aux résultats d'un mémoire de sage-

femme réalisé également en 2011 (30). Néanmoins, le manque de connaissances ciblées sur l'allaitement est retrouvé au sein de ces deux enquêtes.

2.3.2. Evaluation des apprentissages et niveau de transfert :

Dans cette étude, les femmes indiquaient avoir acquis de nouvelles connaissances lors de cette formation ou au minimum, renforcé des connaissances anciennes. Les femmes ont donc conscience d'avoir enrichi leur savoir en périnatalité. Néanmoins, dans le questionnaire, une série de question avait été posées aux femmes sur les soins du nouveau-né, afin d'évaluer de manière directe et factuelle, les connaissances des femmes. Malheureusement, la tournure des questions n'était peut-être pas suffisamment compréhensible par les femmes qui, en très grande majorité, n'ont pas répondu à cette partie du questionnaire. L'évaluation des apprentissages et du niveau de transfert en fin de cursus, comme le préconise le modèle Kirkpatrick, ne peuvent donc pas être réalisés actuellement. Néanmoins, les femmes interrogées ayant mis en pratiques les connaissances enseignées, il y a donc eu un transfert de compétence entre les professionnels et les participants. Ce glissement de compétence permet à cette formation de répondre à la définition de l'éducation en santé car ces couples ont été formés « *à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé* » (2).

2.3.3. Impact en post-partum, à propos des soins du nouveau-né :

En postpartum, les femmes interrogées ont, en grande majorité, mis en pratique les connaissances et les techniques apprises lors du cursus de PNP : elles ont été confiantes dans leur capacité à gérer leur enfant et compétentes dans la réalisation des soins du nouveau-né au quotidien. Ces soins, notamment, ont rarement été perçus comme une difficulté, et le cas échéant, elles ont su se tourner vers des professionnels de la périnatalité pour trouver des solutions. Les femmes formées sont donc compétentes au quotidien, dans la gestion des soins et des pleurs du nouveau-né mais également dans la gestion de leurs questions ou difficultés.

Enfin, l'impact de la démarche éducative pendant la grossesse a été évalué en postpartum par le biais de mise en situation sur les soins du nouveau-né et sur la gestion des pleurs. A ce propos, les femmes se sont montrées compétentes et sereines, ce qui indique que l'éducation à la santé a porté ses fruits. En effet, l'objectif de cette

démarche est de permettre aux femmes et à leurs conjoints de prendre en charge leur enfant de manière la plus sereine possible, et de prévenir les possibles accidents, tel que la mort inattendue du nourrisson. Il ressort de cette enquête que la population est apte à réaliser les soins de la vie courante, mais est également consciente des actions de prévention auprès de leur enfant. Cette formation semble donc s'inscrire parfaitement dans la définition de l'éducation à la santé proposée par l'OMS, et remplir les objectifs de la PNP énoncés dans les recommandations de la HAS (4).

En conclusion, la démarche éducative pendant la grossesse semble avoir porté ses fruits car les patientes sont conscientes des actions à mettre en place afin d'atteindre et de préserver un état de santé optimal.

3. Implications et perspectives :

Le nombre de séances : Dans cette enquête, certaines femmes nous confié qu'elles souhaiterait une augmentation du nombre de séances de PNP. En tant que future professionnelle de santé, je me suis questionnée sur l'intérêt de cet ajout : à mon sens, l'augmentation du nombre de séances ne permettrait pas aux femmes de se sentir plus apte à accueillir leur enfant. En effet, j'estime que sept séances, si elles sont suffisamment adaptées aux besoins de la femme, suffisent pour transmettre les connaissances indispensables et acquérir de compétences de base. Elles permettent également de répondre aux questions des patientes et anticiper les besoins à venir.

La clé me semble résider dans l'adaptation des séances, au fur et à mesure de la grossesse, aux besoins des femmes, actuels et à venir, et sur la pratique accompagnée, au moment de la naissance, des premiers soins du nouveau-né.

Un célèbre dicton explique que « c'est en forgeant qu'on devient forgeron », je perçois la maternité de la même manière : c'est en pratiquant de manière accompagnée, les gestes du quotidien sur leur enfant, que les femmes apprennent et qu'elles deviennent aptes à les réaliser seules. Néanmoins, certaines patientes sont demandeuses d'une quantité très importante de connaissances théoriques. Il serait peut-être nécessaire de réaliser un enseignement en ligne (type MOOC) destiné aux futurs-mères, afin de présenter des enseignements sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. De même, je pense qu'il serait tout aussi pertinent de concevoir une application pour

Smartphone, afin que les patientes puissent avoir des réponses proposées par des professionnels de la périnatalité, aux questions usuelles de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum (réponses plus consensuelles que celles rencontrées sur internet).

Les séances de PNP du postpartum : Dans cette étude, aucune patiente n'a participé à des séances de PNP en postpartum car leur cursus de formation n'en proposait pas, contrairement aux recommandations de la HAS (4). Néanmoins, certaines d'entre-elles ont exprimé leur souhait de réaliser ces séances après l'accouchement pour partager leurs expériences, pouvoir poser des questions aux autres jeunes mamans, tout en ayant l'avis et les conseils d'un professionnel de la périnatalité. En effet, ce moment d'échange après la naissance, me semble pertinent car il permet de revenir sur les points importants de prévention, une fois que l'enfant est présent (sujet sur lequel, en tant que sage-femme, nous avons un rôle prépondérant). Il serait donc intéressant de mettre en place ces séances mais également d'en évaluer l'apport pédagogique, vu la difficulté d'organisation qu'elles semblent poser.

Inclusion de l'entourage à la démarche éducative : Par le biais de cette enquête, nous avons montré l'implication des conjoints dans cette formation. Néanmoins, le principal frein à leurs participations était les horaires des séances non compatibles avec un rythme de travail journalier. Il me semble qu'il serait pertinent de changer l'horaire d'au moins une séance, afin que les futurs pères puissent être informés sur les soins du nouveau-né. De la même manière, tout comme exprimé dans la discussion des résultats de cette étude, je pense que l'éducation à la santé pourrait être ouverte à l'entourage de la femmes, si elle le souhaite (dans la limite d'une à deux personnes par femme), tel que la grand-mère ou la sœur, afin que ceux-ci soit sensibilisés, et ainsi permettre un meilleur accompagnement en cas de difficultés.

Implication des pairs : Dans le cas des pathologies chroniques ou de grossesses spécifiques (telles que les grossesses gémellaires), de nombreuses associations de patients prennent le relais pour la diffusion d'information en éducation à la santé. Cette démarche effectuée par des pairs permet d'inclure les patients dans des réseaux de soutien de manière à préserver leur capital santé. Ces réseaux sont donc uniquement présents dans les situations pathologiques ou difficiles, il serait néanmoins intéressant de mettre place ce même type de réseaux dans le cadre de la physiologie.

Coût de la formation : Dans cette étude, nous n'avons pas évalué le coût de la démarche éducative. En effet, les séances réalisées en hospitalier sont au tarif de la sécurité sociale donc entièrement remboursées. Cependant, certains types de PNP peuvent bénéficier d'un dépassement d'honoraire parfois conséquent et ainsi empêcher les femmes les plus modestes de participer à ces cursus. Au vue du code de déontologie, et du code de la sécurité sociale, je me pose la question face à ce dépassement d'honoraire : ce dernier explique que « *la sage-femme fixe ses honoraires avec tact et mesure* » (33), mais comment et où fixer la limite ? De plus, ces dépassements d'honoraires me paraissent accentuer les inégalités de soins, alors que tous les plans gouvernementaux tentent de réduire cette inégalité.

Comment atteindre les femmes les moins éduquées ? : La population d'étude de cette enquête n'était pas représentative de la population française, en effet, elle ne comportait que des femmes de bon niveau socio-économique et ayant bénéficiées d'une éducation importante. Il serait intéressant de réaliser une étude qui permettrait de retracer l'organisation de l'éducation à la santé pendant la grossesse au sein de l'ensemble de la population française afin de comprendre les freins à une non participation à la démarche éducative.

Impact de nos paroles : Dans cette étude, une patiente a rappelé que chaque parole de la sage-femme est interprétée par la femme avant d'être intégrée. En effet, il y a toujours un biais entre le message transmis et l'information comprise par la femme et c'est notre rôle, de délivrer un discours loyal pour éviter au maximum les erreurs d'interprétation. Je me pose donc la question : sommes-nous, en tant que sages-femmes, assez sensibilisées sur l'impact de notre discours sur la femme. A mon sens, notre rôle est d'accompagner et d'aider les femmes à faire des choix grâce à un discours objectif, sans choisir à leur place.

Conclusion :

L'éducation à la santé se traduit, en maïeutique, par la préparation à la naissance et à la parentalité. Celle-ci est régie par les recommandations proposées par la HAS en 2005 et se compose d'un entretien prénatal précoce, de six séances de PNP et d'un entretien postnatal précoce. L'objectif de cette démarche est de promouvoir « *une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance.* » (23) .

Les objectifs de cette étude étaient de réaliser une enquête sur l'organisation de l'éducation en santé pendant la grossesse ainsi que d'évaluer l'impact de cette éducation en postpartum, d'après le modèle Kirkpatrick. Cette étude a été réalisée en deux temps, grâce à un questionnaire lors de la dernière séance de PNP puis par le biais d'un entretien, deux à trois mois après l'accouchement.

L'enquête a montré que l'organisation de la PNP diffère en fonction des femmes. Néanmoins, cette diversité semble permettre aux femmes de répondre à leurs besoins en terme d'éducation à la santé pendant la grossesse. Cette enquête a également montré le rôle prépondérant des sages-femmes lors de cette démarche, en effet, ce sont elles qui orientent les femmes en fonction de leurs spécificités, et qui proposent ces formations. De plus, nous avons mis en évidence l'importance de l'entourage dans la démarche éducative, que ce soit les proches ou le conjoint. En effet, celui-ci est un soutien important en cas d'interrogation ou de difficultés. Enfin, l'évaluation de l'impact de l'éducation à la santé pendant la grossesse a révélé que les patientes étaient en grande majorité satisfaites de leur formation et que celle-ci leur permettait d'acquérir des connaissances ciblées, des compétences pratiques et d'être apte à prendre soin de leur nouveau-né. La démarche éducative pendant la grossesse semble donc atteindre ses objectifs d'éducation et de prévention. Néanmoins, aucune séance de PNP n'est organisée en postpartum, contrairement aux recommandations HAS, la mise en place d'une telle séance apparaît donc comme un des axes d'amélioration de cette formation.

Bibliographie :

1. Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la santé [Internet]. [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Education à la santé [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/health_education/en/
3. Grossesse et accueil de l'enfant - Guide pour le professionnel de santé. INPES.
4. HAS. Recommandations professionnelles - préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2005 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de la maternité après l'accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014. p. 154.
6. La santé de l'homme - N° 362 - Novembre-Décembre 2002.
7. La Santé de l'homme - n° 420 - Hors-série - septembre 2012.
8. Tondeur L, Baudier F. Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique. Actualité et dossier en santé publique n°16. sept 1996;1-6.
9. INPES. Référentiel de compétences en éducation pour la santé. [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa - promotion de la santé [Internet]. 1986 [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/>
11. Social Cohesion and Integration Division, Directorate General of Democracy, Council of Europe Secretary General. Inventory of good practices [Internet]. Conseil de l'Europe; 2013 Mai [cité 15 janv 2017] p. 13. Disponible sur: [http://www.coe.int/t/dg3/health/INVENTORY%20OF%20GP%2015-05-2013%20\(2\).pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/INVENTORY%20OF%20GP%2015-05-2013%20(2).pdf)

12. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août, 2004.
13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance.
14. Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - Annexe 3: Mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et mesures de simplification. 2013.
15. Bachelot-Narquin R, Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2008 [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
16. Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. Presse Médicale. décembre 2009;38(12):1774-9.
17. Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. [Internet]. 2010 [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
18. Haute Autorité de Santé. Recommandation: Éducation thérapeutique du patient: définition, finalité et organisation. 2007.
19. Vicarelli G. Le family learning socio-sanitaire : une approche innovante en éducation thérapeutique. Évaluation de la satisfaction des patients et de leur famille,. Prat Organ Soins. 24 oct 2012;43(3):187-95.
20. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. Midwifery. Avril 2004;
21. Vander Heym E. Le docteur Lamaze met au point l'accouchement psychoprophylactique dit sans douleur [Internet]. 2002 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <https://francearchives.fr/commemo/recueil-2002/40009>
22. Briex M. Préparation à la naissance. Spirale. ERES. mars 2008;181-3.
23. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. [Internet]. Ministère de la santé et de la protection sociale; 2004 nov [cité 16 janv 2017]

p. 42. Disponible sur: <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>

24. Dugnat M, Donzon M, Capgras D. Entretien prénatal précoce : un tournant dans la relation futures mères/professionnels. *la santé de l'homme* No 391. oct 2007;
25. INPES. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action : Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
26. Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie.
27. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
28. Bernard M-R, Eymard C. Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises. *Rev Sage-Femme*. février 2012;11(1):33-9.
29. Azizoudine Kinney A. Évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité : le point de vue des patientes. De l' "accouchement sans douleur" à la préparation à la naissance et à la parentalité [Mémoire de sage-femme]. Paris Descartes; 2011.
30. Brunet M. La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier - pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes primipares. [Ecole de sages-femmes de Mezt]: Henri Poincaré, Nancy 1; 2011.
31. Wikipédia. Donald Kirkpatrick [Internet]. Wikipédia; 2017 [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Donald_Kirkpatrick
32. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
33. Journal Officiel. Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie.

Annexes :

Annexe I : le questionnaire :

Bonjour Madame,

Actuellement étudiante en dernière année d'étude de sage-femme. Je réalise une enquête dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'organisation de l'éducation à la santé et de connaître son impact dans la prise en charge de votre enfant à la naissance. A cette occasion, je souhaiterais vous interroger à propos des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Si vous êtes d'accord, dans un 1^{er} temps, je vous invite à remplir le questionnaire suivant. Puis, pour la deuxième partie de l'enquête, je viendrais vers vous, un mois après votre accouchement. Je vous contacterai selon les modalités que vous préciserez à la fin de ce questionnaire, pour un entretien très bref.

Votre participation à cette enquête, permettra d'établir des axes d'améliorations pour l'éducation à la santé des couples et leur enfant.

Je vous remercie de votre aide et de l'intérêt que vous portez pour optimiser la qualité de nos pratiques.

Garance CUENIN (06-67-02-61-39 et garance.cuenin@hotmail.fr) - Etudiante sage-femme en 5^{ème} année des études - Ecole de sages-femmes de l'hôpital de Saint-Antoine.

1. Qui (ou quel moyen) vous à fait découvrir l'existence de la PNP ?
 - Ma sage-femme libérale
 - Une sage-femme hospitalière
 - Mon médecin généraliste
 - Mon gynécologue
 - Proches (famille-amis)

- Des prospectus d'information
 - Autre :
2. Quel type de PNP avez vous effectué (vous pouvez cocher plusieurs cases si vous en avez effectué plusieurs types) ?
- Classique
 - En piscine
 - Sophrologie
 - Haptonomie
 - Hypnose
 - Chant prénatal
 - Yoga
 - Méthode Bonapace
 - Méthode de Gasquet
 - Méthode Blandine Calais Germain
 - Autre :
3. Avez-vous réalisé toutes les séances proposées ?
- Oui
 - Non
- Si non, pourquoi ?.....
4. Auprès de qui avez-vous réalisé ces séances ?
- Sage-femme libérale
 - Sage-femme à l'hôpital
 - Puéricultrice
 - Médecin libéral
 - Autre :
5. Quelles étaient les thématiques abordées lors de ces séances ?
-
-
-
-
6. Pouvez-vous approximativement préciser la durée des séances ?.....
7. Quels supports pédagogiques ont été utilisés lors des séances (ex : film/ vidéos, , projections PowerPoint, schémas / posters, photos, poupons visite de la maternité,...) ?
-
-
-
8. Les séances étaient-t-elles organisées en groupe ou de manières individuelles ?
- Individuelles
 - Moins de 5 patientes
 - Entre 5 et 10 patientes
 - Plus de 10 patientes
 - Plus de 15 patientes
9. Vous vivez :
- Seule
 - En couple

→ Votre conjoint(e) était-t-il (elle) présent aux séances ?

- Oui, à toutes les séances
- Oui, selon ses disponibilités
- À la séance ouverte aux pères
- Non car il ne souhaitait pas y participer
- Non, par manque de disponibilité
- Non car je souhaitais faire cette formation seule

10. Quels étaient vos objectifs pour cette formation (liste non exhaustive, vous pouvez cocher plusieurs cases et ajouter des commentaires) ?

- Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
- Etre conseillée sur l'hygiène, le positionnement, le traitement des désagréments de la grossesse
- Faire des exercices de relaxation, de respiration
- Apprendre à gérer les efforts de poussée pour l'accouchement
- Décider du mode d'alimentation du nouveau-né
- Connaître les soins du nouveau-né après l'accouchement et savoir comment y participer
- Etre conseillée pour le retour à la maison : l'organisation et l'accueil du nouveau-né
- Absences d'attentes particulières
- Pouvoir échanger avec un professionnel
- Autre :
-
-
-

11. Est-ce que cette formation a répondu à vos attentes (mesurez sur une échelle de 0 à 5 avec 0= n'a pas du tout répondu à vos attentes, et 5=à répondu à toutes vos attentes, entourez le bon chiffre) ?

0 1 2 3 4 5

→ Si cette formation n'a pas répondu entièrement à vos attentes, pourquoi ?

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

12. Ces informations acquises au cours de ces séances vous ont permis de :

- Remplacer des connaissances erronées
- Apporter de nouvelles connaissances
- Renforcer vos connaissances anciennes
- N'a pas apporté de connaissances nouvelles

→ Dans ce cas, pourquoi ?

13. Avez-vous trouvé cette formation satisfaisante ?

- Oui, très satisfaisante
- Oui, assez satisfaisante
- Non, peu satisfaisante
- Non, pas du tout satisfaisante

Commentaires/ suggestions :

.....

.....

.....

14. Que pensez vous avoir retenu de vos séances de PNP sur les sujets ci-dessus ?

→ Le sommeil (conditions optimales, positions, durée...) :

.....

.....

→ L'alimentation (régularité, quantité, modalité...) :

.....

.....

→ L'élimination (urines-selles-coliques : régularité, aspect...) :

.....

.....

→ Développement du nourrisson (éveil, poids, taille...):

.....

.....

→ Selon vous, quel(s) est (sont) **le(s) point(s) de surveillance** le(s) plus important(s) ?

.....

.....

→ Quels sont les soins que vous allez prodiguer à votre bébé ?

.....

.....

→ La mort inattendue du nouveau-né : connaissez-vous les moyens de préventions :

.....

.....

15. Renseignements généraux:

- Âge :

- Date prévue d'accouchement :

- lieu de naissance :

- Nationalité :

- Niveau d'étude :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> pas de diplôme | <input type="radio"/> Master/
ingénieur | <input type="radio"/> Autres :.....
..... |
| <input type="radio"/> Licence | <input type="radio"/> Bac | |
| <input type="radio"/> CAP | | |

- Profession :

→ Travailliez-vous avant votre congé maternité ?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

Pour que je puisse vous recontacter pour la deuxième phase de l'enquête, pouvez-vous préciser votre nom :

Votre numéro de téléphone :

Ainsi que votre adresse mail :

Et également préciser la façon dont vous souhaitez être recontactée :

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> par téléphone | <input type="radio"/> à domicile |
|-------------------------------------|----------------------------------|

Merci infiniment pour le temps que vous m'avez consacré !

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une heureuse fin de grossesse et un bel accouchement.

Annexe II : le guide d'entretien :

1. Organisation :

Choix des types de PNP ?

- quel impact ?
- Pour quelle situation ?
- Pourquoi ce choix ?

Choix des cours par thèmes ?

(➔ La HAS propose un programme : est-ce adapté à tous les besoins ?)

- Pourquoi choisir ?
- Comment sélectionner ?

Nombre de participants par séances ?

➔ Des commentaires sur l'intérêt des séances individuelles ou en groupe, sur le nombre par groupe ?

2. Connaissances :

Deux mois se sont passés : à travers d'**exemples**, pouvez vous m'expliquer comment vous avez su gérer avec votre enfant ? Les séances vous ont été utiles et comment ?

Exemples :

- Suite de couche
- Retour à domicile
- A 1-2 mois

Souvenez-vous qui vous a dit ça ? Qui vous a informé ... Où avez vous trouvé ces infos, ces techniques ?

A quel moment est-t 'on revenu sur des connaissances ?

Avez-vous réussi à appliquer ce qu'on vous a dit en formation ? Les conseils qui vous ont été donnés ? Si non, pourquoi ?

(!) Différencier promotion/ initiation/ infos et Accompagnement/ soutien

Questions de relance : qu'est ce que vous entendez par là Qu'est-ce que vous faites ? Mais encore ? Quelles sont vos hypothèses ? OK mais quel est votre raisonnement ? Où avez vous appris ça ? ...

Autres sources d'infos ? (SFL, Prado, PMI, internet, livres, ...) A quelle période, comment ?

➔ Si pas d'exemple, mise en situations :

Pleurs :

- quels sont vos premiers reflexes quand votre bébé pleure ?
- Difficultés ? Comment est-ce qu'on pourrait vous y préparer ?

Surveillance :

- prise de poids
- sommeil (mort inattendue du nouveau-né)
- température : est-ce nécessaire, comment ?

Soins :

- soin du cordon : quand, comment, combien de temps, difficultés ?
- bain : quand, comment, combien de temps, difficultés ?
- vitamine D : quand, comment, combien de temps, difficultés ?

3. Rôle du père/ entourage :

Votre conjoint a- t'il été présent lors des séances de PNP ?

A -t'il pris son congé paternité ?

Dans des situations du quotidien :

→ Comment est votre conjoint? Vous- aide t'il ? Prend- t'il en charge des tâches ménagères ou auprès le nouveau-né ?

Donnez trois adjectifs pour décrire la présence de votre conjoint / son rôle ?

➔ Exemples

La Famille :

Votre famille est- t'elle présente autour de vous, vous conseille- t'elle ?

Donnez trois adjectifs pour décrire la présence de votre famille / son rôle ?

➔ Exemples

4. Satisfactions et objectifs :

Par rapport au questionnaire :

- Satisfaction à propos de la PNP est -t'elle toujours la même ? sur une échelle de 0 à 5
- Suite à votre expérience nouvelle, pensez vous que vos objectifs lors de la PNP étaient adaptés à vos besoins actuels ?
- Si ce n'est pas le cas, formulez vos nouveaux objectifs
- Si changement d'objectifs : Comment changeriez vous la PNP afin qu'elle soit plus adaptée votre réalité de la suite de couche ?

Annexe 3. Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, présentés par compétence

Les objectifs spécifiques et le contenu sont hiérarchisés et adaptés :

- à chaque étape du processus de naissance (début de la grossesse, préparation au travail et à la naissance, soins essentiels au nouveau-né, soutien à la fonction parentale) ;
- aux moments où sont proposées les séances (avant la naissance, durant le séjour à la maternité, à domicile dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité ou de besoins éducatifs complémentaires identifiés à tout moment de la période périnatale, à distance de la naissance) ;
- aux besoins différents des femmes selon qu'il s'agit d'une première grossesse, d'une grossesse multiple, d'une grossesse précoce (adolescente).

Objectifs spécifiques	Contenu
1. Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé	
Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none">• Vécu de la grossesse, de la transformation du corps, conséquences de la grossesse sur le couple, la vie familiale, sociale, professionnelle, l'environnement affectif, attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, importance d'un soutien social après la naissance (soutien affectif, partage d'informations, ressources matérielles, services)• Expérience et connaissances acquises pour les soins du bébé, sa sécurité, ses comportements habituels (sommeil, pleurs), son alimentation
2. Comprendre, s'expliquer	
Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des suites de l'accouchement S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse	<p><i>La grossesse</i></p> <ul style="list-style-type: none">• changements physiques et affectifs, modifications psychologiques durant la grossesse et adaptation à ces changements• symptômes mineurs durant la grossesse• nutrition durant la grossesse et après l'accouchement• sexualité durant la grossesse• renforcement des messages délivrés en consultation de suivi de la grossesse sur les méfaits et conséquences de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues <p><i>L'accouchement et la naissance : déroulement du travail et de la naissance</i></p> <ul style="list-style-type: none">• soulagement de la douleur durant le travail• aborder la question de la présence de l'entourage pendant le travail• pratiques habituelles durant le travail• autres modes d'interventions au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne)• visite de la salle de naissance souhaitable

	<p><i>En salle de naissance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • contact "peau-à-peau" avec le nouveau-né, mise au sein et allaitement maternel si souhaité • explication des soins à la naissance : surveillance attentive et évaluation clinique du nouveau-né
Comprendre les risques liés au mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues, tabac, alcool • Automédication
Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant	<p>Le développement de l'enfant et ses acquisitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement psychomoteur : <ul style="list-style-type: none"> » suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents » appréciation des différentes acquisitions lors des examens successifs dont bénéficiera l'enfant, notamment lors des consultations « charnières » du carnet de santé (4 mois, 9 mois, 24 mois). • Au niveau sensoriel : <ul style="list-style-type: none"> » l'orientation visuelle vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit une cible sur 90° » les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort : il sursaute ou grimace, modifie son état de vigilance » en cas de doute, un examen ophtalmologique ou un dépistage auditif peuvent être réalisés dès les premiers jours de vie. <p>Le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.</p>
S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Association de la vie de couple à la fonction de parent • Attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille • Présence ou non de supports familiaux au moment de la naissance et à distance de la naissance • Modes d'accueil de l'enfant après le congé maternité, vie professionnelle
3. Repérer, analyser	
Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance	<ul style="list-style-type: none"> • Changements normaux durant la grossesse et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence • Signes précurseurs du début du travail, conseils pour gérer les contractions et venir au bon moment à la maternité
Analyser une situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'alerte précoce pour la mère après la naissance : fièvre, saignements, difficultés d'allaitement • Signes d'alerte précoce pour le bébé : troubles fonctionnels du nourrisson (tristesse, changement de comportement, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance)

4. Faire face, décider	
Décider d'être accompagnée durant l'accouchement	Place du père ou d'une autre personne lors de l'accouchement
Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la mère : périnée, cicatrice de césarienne, seins • Pour l'enfant : bain, soins du cordon, précautions d'hygiène générale
<p>Décider du mode d'alimentation du bébé</p> <p>Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant</p> <p>Contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité</p>	<p><i>Alimentation du nourrisson à la naissance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avantages de l'allaitement maternel, allaitement à la demande, cohabitation mère-enfant à la maternité, etc. <p><i>Alimentation du nourrisson jusqu'à 4 à 6 mois :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avantages de l'allaitement maternel (nutritionnels, immunologiques et relationnels) • Les préparations pour nourrissons (ex. laits 1^{er} âge) répondent aux besoins nutritionnels de l'enfant pendant cette période. <p><i>Alimentation de transition et de diversification de 4-6 mois à 9-12 mois</i></p> <p>Le lait est soit le lait maternel, soit une préparation de suite (ex. laits 2^e âge)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers 6 mois. <p><i>Alimentation après 9-12 mois</i></p> <p>L'alimentation est quasiment de type adulte avec apport de lait de croissance de façon prolongée.</p> <p><i>Suppléments indispensables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • vitamine D et fluor, tous les jours • vitamine K, toutes les semaines pendant l'allaitement maternel exclusif <p><i>La prévention de l'allergie alimentaire</i> s'adresse aux nouveau-nés issus de famille « allergique » (père, mère ou fratrie avec manifestations allergiques). L'explosion de l'allergie alimentaire avec ses conséquences (eczéma, douleurs abdominales, asthme, urticaire, choc) en fait un problème de santé publique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débuter précocement les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ allaitement maternel exclusif ou lait hypo-allergénique jusqu'à 6 mois, ▶ retard de la diversification alimentaire au-delà de 6 mois : fruits et légumes à 6 mois (en évitant les fruits exotiques), œufs et poissons à partir de 12 mois, arachide et fruits à coque vers 5-6 ans. <p><i>L'obésité</i> est devenue un problème majeur de santé publique. Sa prévention doit être précoce par la promotion d'une alimentation équilibrée riche en fruits et légumes, la proscription des boissons sucrées et du grignotage entre les repas, l'encouragement à l'exercice physique dès l'âge de la marche.</p>

<p>Comprendre les comportements habituels de l'enfant</p> <p>Faire face aux pleurs de l'enfant</p>	<p><i>Protéger le sommeil de l'enfant dès la naissance est essentiel pour préserver sa santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ environnement calme ■ respect de son rythme de sommeil <ul style="list-style-type: none"> • Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers 3 mois, 10 heures vers 6 mois. • Avertir les parents <i>du danger de secouer un enfant</i> parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énerverment (risque de séquelles neurologiques redoutables) <p>Manières de faire face à une agitation de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ mettre l'enfant en sécurité dans son lit ■ se faire aider ■ en parler, demander conseil <ul style="list-style-type: none"> • La survenue de <i>cris excessifs</i> – « coliques du nourrisson » – est fréquente (notamment en fin d'après-midi et le soir) Ils sont calmés par l'alimentation et sont isolés (absence de troubles digestifs objectifs et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers 3 mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique, et rassurera les parents.
<p>Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance</p> <p>Décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue après la naissance et dans les premiers mois de vie de l'enfant : se reposer ou dormir entre les tétées ou les biberons. • Difficultés d'allaitement (douleur, lésions des mamelons, engorgement, mastite, insuffisance de lait lors de la reprise des activités) : position correcte du nourrisson lors des tétées, augmentation transitoire de la fréquence et de la durée des tétées et recherche de soutien auprès de professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés (Anaes, Allaitement maternel 2002). <p><i>L'enfant malade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant les premières semaines de vie, prévenir les parents que la persistance d'un symptôme anormal (modification du comportement, arrêt de la prise alimentaire, respiration rapide, changement de coloration, fièvre au-delà de 38 °C) impose une consultation médicale rapide. • Conduite à tenir en cas de fièvre : lutter contre l'inconfort de l'enfant et prévenir la déshydratation : découvrir l'enfant et lui donner à boire fréquemment)
<p>Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des modalités de recours de proximité en cas de complication ou de perception d'une situation d'urgence (sage-femme, médecin généraliste) • Mise en contact avec des associations, un service d'écoute téléphonique, les services de la PMI, etc.

5. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation	
Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant	<p>Activité physique, gestion du stress</p> <p>Aménagement du temps de travail et du temps de transport</p> <p>Conseils pour le choix du matériel de puériculture</p> <p>Conseils pour la qualité de l'environnement à domicile : température ambiante, tabagisme de l'entourage y compris passif, plomb</p>
Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions	<p>Modalités de sortie précoce de la maternité</p> <p>Organisation des conditions domestiques de retour à domicile (aide de la famille proche, congé du père, travailleuse familiale, etc.)</p>
Résoudre des difficultés d'allaitement	<p>Position pour une succion efficace</p> <p>Reconnaissance d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée</p> <p>Vérification à la maternité ou à domicile de la prise correcte du sein et de l'efficacité de la succion</p> <p>Recours à des associations de soutien, à la PMI</p> <p>Conseils de prévention de l'engorgement (tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée)</p>
Comprendre la prévention des risques pour l'enfant	<p><i>La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit • éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les surpyjamas ou les turbulettes • préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des 6 premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée • limiter la température de la pièce à 19 °C • éviter le tabagisme autour de l'enfant. <p><i>Les circonstances d'accidents le plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte).</i></p>
6. Pratiquer, faire	
Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins	<p>Exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme</p> <p>Techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter le travail et la naissance</p> <p>Positions de protection du dos pendant la grossesse</p> <p>Positions de protection du dos pour la période postnatale (soulever et porter l'enfant, ramasser les jouets)</p> <p>De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée), sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, acupuncture, yoga.</p>

Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse	Rééducation postnatale : rééducation du post-partum (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.
Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé	Conseils d'hygiène générale Bain, change, habillement, soins des yeux, du nez et des oreilles Conseils pour le choix des produits d'hygiène du nouveau-né
7. Adapter, réajuster	
Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né	Mesures simples pour prévenir les infections virales chez le nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ▸ lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant ▸ port de masque lors des repas chez les parents qui toussent ▸ éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et sœurs ▸ éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transports en commun, supermarchés).
Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques	Équilibre alimentaire durant la grossesse, après l'accouchement et en cas d'allaitement
S'ajuster aux besoins d'un bébé	Comprendre les exigences d'un nourrisson et savoir y répondre Confiance en sa capacité de donner les soins essentiels au bébé (mère et père)
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	
Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible	Connaissance de l'offre de soins de proximité
Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé	Le carnet de maternité remis à chaque femme enceinte contient les informations sur le suivi de la grossesse et des messages d'éducation à la santé et de prévention. <i>Objectifs de la consultation postnatale pour la mère dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement</i> <ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale. • Parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des signes évocateurs d'une dépression du <i>post-partum</i> • Faire un examen gynécologique • Aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple • Envisager la rééducation du <i>post-partum</i> • Le suivi de l'enfant <p><i>Les examens médicaux obligatoires pour l'enfant (9 la première année : un par mois pendant les 6 premiers mois) pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ▶ le dépistage précoce des anomalies ou déficiences ▶ la pratique des vaccinations. <ul style="list-style-type: none"> • Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents. • Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé. <p><i>Le carnet de santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ a valeur de carnet de vaccination ▶ est la propriété des parents (document médical confidentiel). <p>Seuls sont autorisés à le consulter, sous réserve de l'accord des parents, les professionnels de santé, dans le cadre d'actions de prévention ou de soins (art L.2132-1 du Code de la santé publique). Il doit accompagner l'enfant lors de ses déplacements en dehors de son lieu de résidence habituel. Il constitue un outil d'éducation pour la santé par les informations et conseils à destination des parents qu'il contient.</p>
Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement	Orientation vers des contacts possibles avec des professionnels médico-sociaux, des associations d'usagers Informations utiles sur les ressources de proximité disponibles pour mener à bien le projet de naissance et créer les liens sécurisants, en particulier pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité et pour les femmes ayant un handicap ou une maladie invalidante (accompagnement, solutions pour faciliter la vie dans les domaines de mise en difficulté du fait de leur handicap)
Rechercher de l'information utile	Renvoi vers des brochures crédibles qui complètent l'information orale
Faire valoir des droits (travail, maternité)	Informations sur les droits et avantages liés à la maternité

Résumé : L'éducation à la santé se traduit, en maïeutique, par la préparation à la naissance et à la parentalité. Les objectifs de ce mémoire étaient de réaliser une enquête sur l'organisation de cette éducation et d'en évaluer l'impact, d'après le modèle Kirkpatrick.

Il s'agit d'une étude mixte, prospective et multicentrique, réalisée entre août 2017 et février 2018. L'enquête a été menée auprès de 41 femmes primipares, à bas risque à l'issue de leur formation, puis à un à trois mois de leur accouchement.

Les résultats obtenus ont montré que l'organisation diffère en fonction des femmes. Néanmoins, quelque soit le cursus choisi par les futures mères, cette démarche a répondu à leurs besoins. Cette étude a également montré le rôle prépondérant des sages-femmes dans cette éducation, ainsi que celui de l'entourage. Enfin, l'impact de cette formation a semblé être bénéfique, tant en termes d'acquisition de connaissances et de compétences pratiques, que de transmission d'un message de prévention. Les axes d'amélioration se sont orientés sur l'ouverture de cette formation à l'entourage et sur la mise en place de séances en postpartum.

Abstract: In midwifery, health education consists in preparing for childbirth and parenthood. The goals of this paper were to conduct a survey on the organisation of the education, and to evaluate its impact, using the Kirkpatrick model.

This was a prospective, mixed and multicenter study conducted between August 2017 and February 2018. The sample was 41 primiparous healthy women during the last training session in antenatal period, and one to three months after childbirth.

The results show that the organisation differs from one woman to another. Nevertheless, whatever the methods chosen by the future mothers, the educational program has met their needs. The study also shows that midwives have a central role in the program, as do relatives. Finally, the educational programs seem to have had a beneficial impact, both in terms of acquiring knowledge and practical skills, as well as in passing on a message of prevention. The areas of improvement of the program seem to be to offer the training to relatives as well and to set up sessions during postpartum.

Mots-clés: préparation à la naissance et à la parentalité, démarche éducative, organisation, évaluation. **Key words:** Parenting, health education, management, evaluation.

Nombre de pages: 58

Nombre d'annexes: 3

Nombre de références bibliographiques: 32