



HAL
open science

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

Angélique Azizoudine Kinney

► To cite this version:

Angélique Azizoudine Kinney. 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. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617698

HAL Id: dumas-00617698

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617698>

Submitted on 30 Aug 2011

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

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

Présenté et soutenu publiquement

le 08 Avril 2011

par

Angélique AZIZOUDINE KINNEY

Née le 26 Février 1987

**Evaluation 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

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme Marest Cécile

sage-femme, maternité Port-Royal

JURY :

Mr Cabrol Dominique

Mme Mesnil Nicole

Mme Noto Simone

Mme Wetzels-David Prisca

Mme Méminat Catherine

Directeur technique de l'école Baudelocque

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Psychologue, maternité Necker

Sage-femme, Paris

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

N° du mémoire 2011PA05MA02

Remerciements

La rédaction de ce mémoire a été possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes auxquelles je souhaite témoigner ma sincère gratitude.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Cécile Marest, pour ses précieux conseils qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Je souhaite également témoigner ma reconnaissance à Madame Catherine Méninat, pour sa disponibilité, sa patience et son soutien.

Pour finir, je voudrais également exprimer mes profonds remerciements à ma famille et à mon mari qui ont toujours été présents pour me soutenir et m'encourager tout au long de ces études supérieures.

Table des matières

Remerciements.....	4
Liste des annexes	8
Lexique	9
Première partie LE CADRE CONCEPTUEL.....	11
1. Historique	11
1.1 Institutionnalisation de la préparation.....	11
1.2 Petite histoire de la préparation à la naissance en France	11
2. La construction sociale du soutien à la parentalité.....	14
2.1 Définition de la parentalité	14
2.2 L'apport de la psychopathologie périnatale	15
3. LA PNP EN France	16
3.1 Taux de participation.....	16
3.2 Nombre de séances.....	17
3.3 Les professionnels de la PNP	17
3.4 Le cadre de la PNP	17
3.5 L'offre de PNP	18
3.6 Les séances de PNP.....	18
3.7 L'organisation actuelle de la PNP	19
3.8 Les apports des textes officiels encadrant la PNP.....	19
3.8.1 La nouvelle dimension de la périnatalité	19
3.8.2 La participation active des couples	20
3.8.3 La prévention médico-psycho-sociale.....	20
3.8.4 Le soutien postnatal	21
4. LES RECENTES EVALUATIONS DE LA PNP	21
4.1 Dans la période prénatale	21
4.1.1 La méta-analyse menée par la Cochrane Database Library de 2007 [21]	21
4.1.2 Meta-analyse de Bergström [22]	22
4.1.3 Une tentative d'explication ?	22
4.2 Dans la période postnatale [29].....	23
Deuxième partie METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET RESULTATS	25
1. Protocole de l'étude	25
1.1 Problématique	25
1.2 Objectifs.....	26
1.3 Hypothèses	26

1.4 Méthodologie.....	26
1.5 Caractéristiques de la population interrogée	27
1.5.1 Population étudiée en période prénatale	27
1.5.2 Population étudiée en période postnatale immédiate.....	27
1.5.3 Population étudiée en postnatal à moyen terme	28
2. Forces et limites de l'étude.....	29
3. Présentation des principaux résultats	29
3.1 Identification des besoins exprimés par les patientes	29
3.1.1 Composante psychologique	29
3.1.2 Composante corporelle	30
3.1.3 Composante éducationnelle	30
3.2 Les points forts de la PNP.....	31
3.2.1 En période prénatale	31
3.2.2 En période postnatale	36
3.3 Les points faibles de la PNP	37
3.3.1 En période prénatale	37
3.3.2 En période postnatale	40
3.4 Le point de vue des femmes qui n'ont pas participé aux séances de PNP	42
Troisième partie DISCUSSION	45
1. Evaluation de la PNP dans sa composante prénatale	45
1.1 Satisfaction des patientes	45
1.2 Attentes des patientes	45
1.3. Evaluation du fond	46
1.3.1 Evaluation selon le type de PNP	46
1.3.2 Evaluation selon l'état actuel de la pratique obstétricale.....	47
1.3.3 La PNP, un outil pour autonomiser les patientes	47
1.4 Evaluation de la forme	48
1.4.1 Organisation de la PNP	48
1.4.2 Cadre de la PNP.....	49
1.5 Perspectives d'améliorations et propositions	51
1.5.1 Diffusion des recommandations de Novembre 2005 de l'HAS	51
1.5.2 Adaptation des supports de PNP	52
1.5.3 Stratégies d'évaluation de la PNP	53
2. Evaluation de la PNP dans sa composante postnatale	54
2.1. Evaluation du fond	55
2.1.1 Le postpartum, une période de vulnérabilité psychique	55
2.1.2 Le postpartum, une période d'adaptation pour les parents	56
2.2 Evaluation de la forme : mise en place du dispositif actuel.....	56

2.3 Perspectives d'amélioration et propositions	57
2.3.1 Formation des sages-femmes et soutien à la parentalité	57
2.3.2 Promouvoir le dispositif existant	58
2.3.3 Développer d'autres formes de soutien en postnatal	58
2.3.4 Développer les « centres périnataux de proximité »	58
2.3.5 Augmenter le nombre des « unités mère-enfant »	59
2.3.6 Créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile	59
Conclusion	60
Bibliographie	62
Annexe I : Guideline des entretiens	67
Annexe II : Description des différentes approches utilisées en France pour le travail corporel	70
Annexe III : Meta-analyse de la Cochrane Database Library	73
Annexe IV : Prestations de PNP offertes par les maternités de cette étude	77
Evaluation qualitative de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité : le point de vue des patientes	83
Qualitative evaluation of antenatal education in France: from the patient's point of view	83

Liste des annexes

Annexe I : Guideline des entretiens	67
Annexe II : Description des différentes approches utilisées en France pour le travail corporel.....	70
Annexe III : Meta-analyse de la Cochrane Database Library	73
Annexe IV : Prestations de PNP offertes par les différentes maternités de cette étude	77

Lexique

ASD : Accouchement sans douleur

EHP : Etablissement hospitalier public

EPP : Entretien prénatal précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

JORF : Journal Officiel de la République Française

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale

PSPH : Participant au service public hospitalier

Introduction

Notre objectif premier pour ce mémoire était d'explorer les effets de la préparation à la naissance sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Cependant, la littérature est fournie sur cette problématique, et la majorité des études actuelles converge vers la même conclusion : les effets de la préparation à la naissance demeurent incertains tant en prépartum qu'en postpartum. Ces études avaient pour objectif d'analyser les points forts et les points faibles de la préparation à la naissance afin d'émettre des recommandations professionnelles.

Dans un climat d'« evidence-based medicine », d'efficacité et de restriction budgétaire, l'impossibilité actuelle à prouver l'efficacité de la PNP selon les critères habituels d'évaluation est source d'inquiétudes quant à son existence même à long terme.

Pour autant, en France, la préparation à la naissance et à la parentalité reste une étape intégrante du suivi de grossesse. En 2005, l'HAS lui a consacré un argumentaire en rapport à la nouvelle envergure que prend la périnatalité dans notre pays. En effet, le plan périnatalité 2005-2007 impulse une dimension psychologique et humaniste de la naissance dans un contexte où la médicalisation gouverne la périnatalité. Dans le cadre de ce travail, nous allons nous demander si la préparation à la naissance, telle qu'elle a été redéfinie en 2005 répond aux besoins des femmes et des couples plutôt que d'évaluer la préparation à la naissance par des variables obstétricales ou par le point de vue des professionnels.

Tout d'abord, nous étudierons les premiers pas de la préparation à la naissance en France ; comment elle s'est structurée ensuite ; et enfin, son évolution jusqu'à nos jours.

Première partie

LE CADRE CONCEPTUEL

1. Historique

1.1 Institutionnalisation de la préparation

La Préparation à la Naissance n'est pas un concept nouveau. En effet, l'accompagnement de la naissance décrit par Sheila Kitzinger, a toujours existé par ce qu'elle appelle le « réseau des femmes » [1].

Dans le monde entier, les femmes se familiarisent avec la naissance, l'accouchement, les soins du nouveau-né et du jeune enfant via une tradition orale transmise de femme à femme. En assistant à des accouchements, en s'occupant de nouveau-nés et d'enfants, les femmes se préparent de façon empirique à la maternité [1].

C'est avec la conjonction des progrès de l'Obstétrique, des changements de la Société, et des modifications de la Famille que la préparation à la naissance s'est progressivement institutionnalisée, majoritairement dans les pays développés [1].

1.2 Petite histoire de la préparation à la naissance en France

La première forme de préparation à la naissance qui a vu le jour en France est l'**hypnose**. En effet, sous l'influence des travaux de Charcot et Bernheim, cette forme d'« analgésie psychologique s'est développée mais n'a pas fait l'unanimité et a été rapidement associée à une escroquerie [5] [34].

En 1938, Dick-Read réalise une conférence à Paris pour présenter sa méthode : l'**accouchement « naturel »** et « **sans crainte** » [34]. En proposant à la femme des

exercices de relaxation et une explication sur la physiologie du travail, il espérait réduire la tension musculaire induite par la peur et par conséquent, diminuer les douleurs du travail [2] [3]. Néanmoins, ses apports ont eu peu d'impact sur la préparation à la naissance en France [34].

C'est à partir de 1951 qu'une petite révolution s'est amorcée lorsque Fernand Lamaze (chef de la maternité des Bluets) a rapporté de Russie une méthode qui va particulièrement l'enthousiasmer [4] [5] [6] [7].

En effet, les travaux de Pavlov sur la réflexologie et la douleur sont entrés dans le service d'obstétrique de Nikolaïev [34]. Les femmes vont être préparées à gérer la douleur grâce à un conditionnement et à une éducation psychique durant la grossesse [34]. Fernand Lamaze, en stage en Russie rapporte :

« Ce fut pour moi un véritable bouleversement de voir cette femme accoucher sans aucune manifestation douloureuse... tous ses muscles étaient relâchés... pas la moindre angoisse dans ses yeux, pas un cri, pas la moindre goutte de sueur ne perlait sur son front, pas une seule contraction du visage. Le moment venu, elle a fait les efforts de pousser sans aucune aide, dans un calme absolu... Après avoir été le témoin d'une chose pareille, je n'avais plus qu'une préoccupation : transplanter cela en France et... cela devenait pour moi une idée fixe » [6].

Dans l'Encyclopédie de médecine, il publiera un article sur sa méthode « révolutionnaire », l'« **accouchement sans douleur** » (ASD) [4] [6].

Mais pourtant, cette méthode s'est d'emblée heurtée à des réticences de la part des milieux conservateurs (Bible et enfantement dans la douleur), et du milieu médical [4] [7] [30] [34]. A deux reprises, le Conseil de l'Ordre des médecins va traduire Lamaze et son confrère Pierre Vellay qui seront finalement blanchis [6].

Mais à force de conférences, de soutien de l'Union des Femmes Françaises (UFF), la méthode se répand massivement en France de 1953 à 1956 [7] [30] [34]. En 1956, le Pape Pie XII approuve même définitivement cette méthode, effaçant alors les aprioris des milieux catholiques [4] [6] [7] [30] [34]. Il faut dire que l'ASD est un modèle importé de Russie dans un contexte de Guerre Froide. De ce fait, le terme d'ASD a été remplacé par PPO (**Psychoprophylaxie obstétricale**) en 1958 [4] [34].

Les séances de PPO vont être étalées en une première séance en début de grossesse, puis 10 séances lors des deux derniers mois [4] [34]. Ces cours vont essentiellement concerner l'anatomie, la physiologie, l'apprentissage de la gestion de la douleur, les techniques de relaxation et de respiration et une visite de la maternité [4] [34]. Au décours de ces séances, les patientes vont être évaluées dans leur comportement : « très bon, bon, moyen ou mauvais » [8].

En même temps, le père va commencer à trouver sa place en salle de naissance [34]. Il faut dire que le contexte de la périnatalité a connu des évolutions majeures entre les années 1920 et 1970 [7]. L'accouchement a progressivement été transféré du domicile à l'hôpital, notamment pour des volontés de sécurité (réduction de la mortalité maternelle et infantile) [7] [30].

En 1970, l'avènement de l'analgésie péridurale va profondément modifier la PPO [34]. En effet, la gestion de la douleur va progressivement être prise en main par l'analgésie péridurale. De ce fait, la préparation va pouvoir évoluer vers d'autres perspectives. On parlera alors de « préparation à la naissance » pour la première fois [34]. De plus, les modifications de la société (travail des femmes, modifications de la structure familiale, mise en place de la contraception et augmentation progressive de l'âge au premier enfant) vont contribuer à une demande croissante des patientes à un accompagnement par les professionnels [7] [30] [34].

La préparation à la naissance va essentiellement revêtir la forme de préparation classique : transmission d'éléments théoriques sur la grossesse, l'accouchement et le postpartum, et d'exercices pratiques [34]. Entre les années 1970 et 2000, il n'y a pas eu d'avancées majeures de la préparation à la naissance [34].

Dans les années 2000, la préparation à la naissance va bientôt devenir une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

A travers le monde, les modèles de Dick-Read et de Lamaze restent encore la base de nombreux programmes de préparation [2]. Il faut noter que la préparation à la naissance n'a pas évolué au même rythme que la pratique obstétricale [9]. Le contenu des cours n'a pas radicalement changé depuis les quarante dernières années [10].

Aujourd'hui renommée, la préparation « à la naissance et à la parentalité » dépasse le seul champ de la prévention de la douleur.

Une définition de la parentalité dans le temps et dans l'espace semble donc indispensable à la compréhension de cette nouvelle appellation.

2. La construction sociale du soutien à la parentalité

2.1 Définition de la parentalité

La « parentalité » est un néologisme très en vogue ces dernières années. C'est en 1961 que ce terme est apparu pour la première fois. Paul-Claude Racamier, psychanalyste, le décrit dans un article comme un « processus de maturation psychique de la mère et du père » [11]. En 1981, ce néologisme a été officialisé en trouvant sa définition dans le dictionnaire [12].

- « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (Larousse, 2000).
- « qualité de parent, de père, de mère » (Petit Robert 2001).

Très vague, cette définition a été explorée dans de nombreux domaines (par exemple : juridique, psychologique, social) sans pour autant mettre les experts d'accord sur une définition commune et précise [12].

En 1995, le dictionnaire d'Action Sociale propose la définition suivante : « la parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large " la fonction d'être parent " en y incluant à la fois les responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives » [12].

Dans les écrits de Lebovici, nous retrouvons : "Parce que avoir un enfant ce n'est pas la même chose que devenir père ou mère de son enfant, la parentalité humaine est un processus complexe qui se construit dans la tête des parents et qui nécessite un accompagnement" [13].

Ainsi dans le domaine de la périnatalité, la problématique de la parentalité s'inscrit dans une volonté de soutien, de promotion de la famille, et de protection de l'enfant.

2.2 L'apport de la psychopathologie périnatale

Au cours des années 1970, la vision du nouveau-né et des fonctions parentales a connu de profonds changements. En effet, des recherches sur la psychologie et la psychanalyse de l'enfant ont fait émerger de nouvelles théories qui ont bouleversé les connaissances de l'époque.

Autrefois considéré comme un simple « tube digestif » [49] dont la principale activité était de se nourrir, le « bébé est devenu une personne » [12] [14], douée de compétences multiples [12] [15].

Voici ce que nous apporte l'étude de la psychopathologie du nouveau-né [16] :

-**Lorenz** affirme que les émotions et troubles ressentis précocement dans la vie du nouveau-né « auront des répercussions sur toute son existence » [16].

-**Bowlby** a fait émerger la théorie de l'attachement. Il a mis en exergue que des lacunes dans les soins du nouveau-né pouvaient le carencer et donc nuire à son développement [16].

-**Stern** a introduit la notion d' « accordage affectif ». Si cet accordage n'est pas harmonieux, la frustration viendra s'installer en nuisant également au développement du nouveau-né [16].

-**Kreisler** a mis en évidence que les carences affectives chroniques sont sources de « troubles somatiques et d'inorganisation de la personnalité » [16].

-**Spitz** a réaffirmé que le nouveau-né a besoin, pour survivre, non seulement de nourriture, mais aussi de « relations affectives stables » [16].

-**Lebovici** insiste sur le fait que des « interactions précoces » non satisfaisantes peuvent entraver l'« épanouissement, la communication et la confiance ultérieure de l'enfant » [16].

Autrement dit, la période néonatale est charnière pour le développement et la structuration psychique de l'être. En effet, lorsque le nouveau-né (et a fortiori l'enfant) aura intégré une image parentale sécurisante, il pourra se développer de façon optimale sur les plans physique, cognitif, affectif et social. Dans le cas contraire, si les interactions parent-enfant ne sont pas satisfaisantes ou que l'attachement n'est pas sain, le nouveau-né sera « insecure » et ne pourra pas se développer dans des conditions satisfaisantes.

Ces théories attribuent alors un rôle fondamental aux parents dans le développement de l'enfant.

« Les fonctions parentales sont de moins en moins considérées comme un “ don ” ; elles sont, au contraire, inscrites dans une perspective dynamique d’acquisition de compétences et d’une capacité à “ être parent ” (...) », ainsi « l’idée que, normalement, la prise en charge de l’enfant n’est pas évidente pour le parent, participe de plus en plus du sens commun » [17].

Aujourd’hui, la parentalité apparaît comme un processus qui implique des compétences à acquérir. Les parents peuvent être demandeurs d’aide face à cette tâche dont la difficulté est reconnue.

C’est ainsi que le soutien à la parentalité a trouvé son fondement et son existence dans le cadre de la périnatalité.

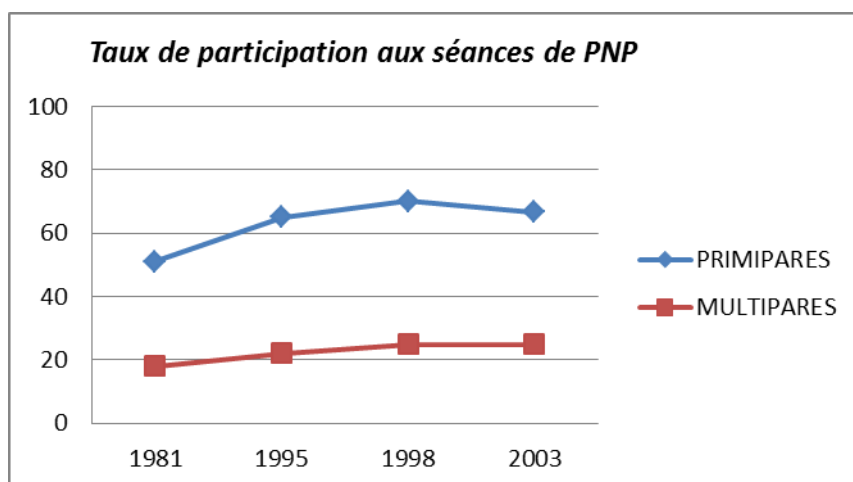
En 2005, dans son argumentaire, l’HAS a dressé un état des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité que nous allons présenter dans ses grandes lignes [18].

3. LA PNP EN France

3.1 Taux de participation

L’enquête périnatale de 2003 a révélé que 66,6 % des primipares et 24,9% des multipares ont suivi une Préparation à la Naissance et à la Parentalité [18].

Evolution du taux de participation (en%) aux séances de préparation à la naissance (d’après les enquêtes périnatales de 1981, 1995, 1998 et 2003).

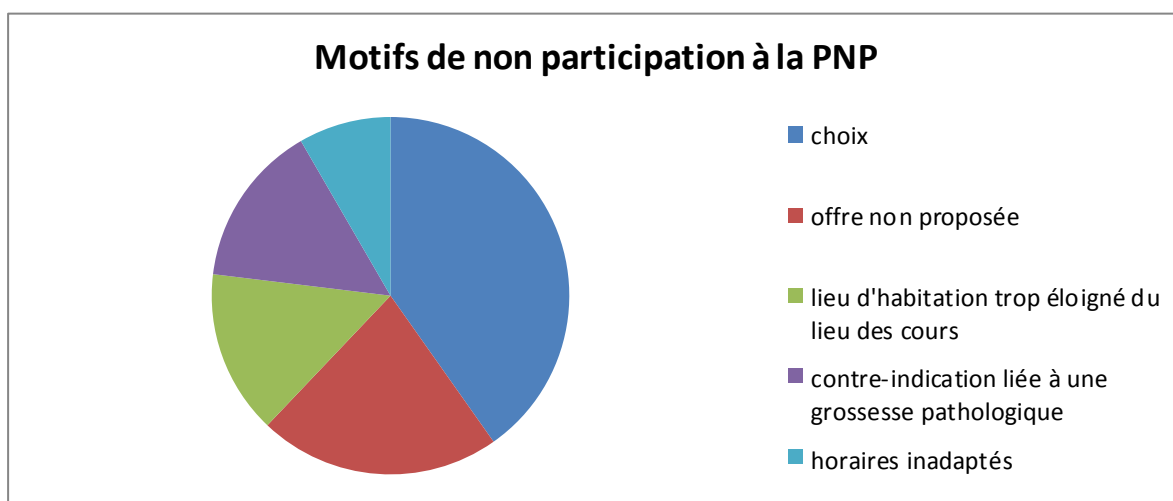


3.2 Nombre de séances

Il est inférieur à 6 pour 45,5% des primipares et 61,2% chez les multipares. Nous rappelons que le parcours de PNP comprend pourtant 8 séances prénatales : un entretien prénatal précoce puis 7 séances individuelles ou en groupes.

Les raisons de non-participation à l'offre de PNP sont diverses :

36,6 % des femmes ne voulaient pas suivre de préparation, 19,9% n'ont pas reçu l'offre d'y participer, 13,5% habitaient trop loin, 13,4% avaient une contre-indication liée à une grossesse pathologique, 7,6% trouvaient les horaires inadaptés [18].



3.3 Les professionnels de la PNP

En France, les sages-femmes sont les seules professionnelles, avec les médecins, autorisées à dispenser des séances de PNP, même si d'autres acteurs sont amenés à y participer de façon ponctuelle : anesthésistes, puéricultrices, pédiatres, psychologue par exemple [18].

3.4 Le cadre de la PNP

Dans 75% des cas, la PNP s'est déroulée dans la maternité où les femmes accouchaient (25% dans un cabinet libéral).

Une enquête de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a révélé que :

- 86% des sages-femmes dans le secteur libéral (en cabinet) contribuent à la PNP contre 46% des sages-femmes en Etablissement Hospitalier Public (EHP), 27% en Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) et 17 % en clinique [18].

3.5 L'offre de PNP

En France, l'offre de PNP est très variée : classique, yoga, sophrologie, aquagym, haptonomie, acupuncture, musicothérapie, chant prénatal entre autres [18]. Une présentation de ces méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité est fournie en annexe.

3.6 Les séances de PNP

Les séances de PNP sont facultatives. Un entretien prénatal précoce systématique (EPP) puis 7 séances prénatales individuelles ou en groupe sont prévues et prises en charge par l'Assurance maladie [48].

En cas de besoin, 2 séances post-natales peuvent être proposées (prises en charge à 100%) « dans une période allant de huit jours après la naissance jusqu'à la consultation postnatale prévue entre la sixième ou huitième semaine suivant l'accouchement. Les séances de suivi postnatal sont indépendantes des consultations médicales dont la mère ou l'enfant pourraient avoir besoin par ailleurs » (JORF n°0294 du 19 décembre 2007 page 20429 texte n° 27).

3.7 L'organisation actuelle de la PNP

Aujourd'hui, la PNP s'étend de la période prénatale à la période postnatale. Voici le schéma actuel de PNP [48] :

Organisation et objectifs de la PNP

<p>L'entretien prénatal précoce, individuel ou en couple</p> <p><i>Pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les besoins d'information. ■ Définir les compétences parentales à développer. ■ Apprécier la santé globale de la femme enceinte. ■ Faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance. ■ Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père. ■ Donner une information sur l'offre de soins locale et les rôles des différents professionnels et services. 	<p>Évaluation régulière et adaptation du suivi selon les besoins. Orientation vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement en cas de besoin. Coordination des professionnels et transmission des informations dès l'entretien individuel.</p>
<p>Les séances prénatales, individuelles ou en groupe</p> <p><i>7 séances sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explorer les besoins, les attentes, les craintes. ■ Développer les savoir-faire pratiques mobilisables avant la naissance (travail corporel) et après la naissance (soins au bébé et auto-soins, exercices corporels spécifiques précoces). ■ Développer les connaissances. ■ Développer la confiance en soi et les compétences parentales. ■ Encourager les échanges d'expériences entre femmes/couples/hommes. 	
<p>Les séances durant le séjour à la maternité ou à domicile en cas de sortie précoce (entre J1 et J7)</p> <p><i>Prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie (dans le forfait accouchement).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagner la création du lien parents-enfant et plus globalement la construction des liens familiaux. ■ Favoriser le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour au domicile. ■ Renforcer la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant. 	
<p>Les séances postnatales (entre J8 et la 1^{re} consultation médicale postnatale prévue entre 6 et 8 semaines après l'accouchement)</p> <p><i>2 séances sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Compléter les connaissances. ■ Accompagner les soins au nouveau-né. ■ Soutenir la poursuite de l'allaitement. ■ Favoriser les liens d'attachement. ■ S'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant. ■ Rechercher des signes de dépression du <i>post-partum</i>. ■ Soutenir la parentalité et la confiance en soi. 	

3.8 Les apports des textes officiels encadrant la PNP

Nous allons définir dans ce paragraphe les apports récents des textes officiels concernant la PNP [5].

3.8.1 La nouvelle dimension de la périnatalité

- Grâce aux progrès techniques réalisés en obstétrique et néonatalogie, la situation sanitaire autour de la naissance n'a fait que s'améliorer. Les évolutions dans ce secteur se sont accompagnées d'une médicalisation de la grossesse. Le *plan de périnatalité 2005-2007* a voulu intégrer une nouvelle

dimension dans la périnatalité en associant **humanité/proximité** de l'offre de soins à la **qualité** et à la **sécurité** de la prise en charge.

Une des volontés de ce plan est de restaurer un dialogue entre les femmes, les couples et les professionnels de la parentalité en fixant la « sécurité émotionnelle » comme objectif prioritaire [19]. Ce plan rappelle l'importance de l'entretien prénatal précoce (qui correspond à la première séance de PNP).

3.8.2 La participation active des couples

- La *loi de Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins*, ainsi que le *rapport de Périnatalité de 2003* vont faire entrer dans le cadre légal la participation active des futurs parents, notamment par le biais du « projet de naissance » [5].
- La *Nomenclature Générale des Actes Professionnels* (version 2008) viendra confirmer cet objectif en définissant la PNP comme : «un accompagnement de la femme ou du couple, en complément de la surveillance médicale de la grossesse, destiné à favoriser leur participation active dans le projet de naissance par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale» [20].

3.8.3 La prévention médico-psycho-sociale

- La *loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004* fixe la prévention autour de la femme enceinte comme une priorité [5].
- La *circulaire de 2005 pour la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité* encourage la dimension affective de la naissance et identifie le soutien précoce en pré et postnatal comme un outil de prévention de la maltraitance et de la psychopathologie infantile et adolescente [5].

- La loi de Mars 2007 relative à la protection de l'enfance reconnaît l'entretien prénatal précoce comme outil de prévention autour de la grossesse et de la naissance [5].

3.8.4 Le soutien postnatal

- Deux séances individuelles sont prises en charge du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à la visite postnatale (*décision du 5 février 2008 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie*) [20].
- Ces séances sont individuelles. La sage-femme peut les dispenser à domicile ou en cabinet. Le soutien postnatal comporte « des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents. » [20].

4. LES RECENTES EVALUATIONS DE LA PNP

4.1 Dans la période prénatale

4.1.1 La méta-analyse menée par la Cochrane Database Library de 2007 [21]

Elle a tenté de montrer l'efficacité de la PNP à travers les points suivants :

-l'acquisition de connaissances, l'anxiété, la maîtrise du contrôle et la participation active de la femme enceinte pendant le travail et l'accouchement, la douleur du travail, l'utilisation d'analgésie pendant le travail, le succès de l'allaitement, l'adaptation aux soins du nouveau-né, le support social, l'adaptation psycho-sociale à la parentalité.

A la suite de cette étude, la Cochrane Database Library a stipulé qu'aucune recommandation pour un changement dans la pratique de la PNP ne pouvait être avancée. En effet, les bénéfices de la PNP restent toujours inconnus. Néanmoins, la

multitude de supports de préparation à la naissance revêtue par ces études peut la rendre difficilement interprétable.

Dans son étude, la Cochrane Database Library souligne que la majorité des études sur la préparation à la naissance ne sont pas centrées sur les besoins des femmes enceintes mais sur les attentes prévues par les professionnels de santé. Un tableau résumant les résultats et les études utilisées dans le cadre de cette méta-analyse est présenté en annexes.

4.1.2 Meta-analyse de Bergström [22]

En 2009, Bergström et son équipe ont réalisé un essai contrôlé randomisé sur les effets d'une préparation à une naissance dite naturelle à une naissance plutôt médicalisée, sur le taux de péridurale, l'expérience de la naissance et le stress parental. 1087 nullipares (et 1064 partenaires) ont été recrutés.

Le taux de péridurale était de 52 % dans les deux groupes. Il n'y a pas eu de différence significative dans l'expérience de la naissance ou du stress parental entre les groupes. 70% des patientes ayant reçu une préparation pour une « naissance naturelle » ont utilisé des techniques de psychoprophylaxie pendant le travail contre 37% pour le groupe de préparation classique. Néanmoins, les issues obstétricales n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes.

4.1.3 Une tentative d'explication ?

La littérature n'a pas pu mettre en évidence les effets de la préparation à la naissance. La majorité des études semblent converger vers la conclusion que son efficacité est incertaine, du moins sur les issues obstétricales. Cependant, quatre constats permettent de nuancer les résultats de ces études :

Quelle est la finalité des cours de préparation à la naissance ?

Il semble que les femmes ne demandent pas une préparation à la naissance uniquement dans le but d'avoir un travail plus court ou pour éviter les interventions médicales. Elles cherchent aussi à obtenir des conseils, des informations, des réponses à leurs questions et à rencontrer d'autres futurs parents [23].

Quels sont les objectifs des études sur la préparation à la naissance ?

Des auteurs ont affirmé que les études dédiées à l'évaluation de la préparation à la naissance devraient se baser, non pas sur des objectifs obstétricaux, mais sur des objectifs éducationnels [23].

La préparation à la naissance s'inscrit dans un processus multifactoriel :

Les attitudes et les protocoles mis en place par les Hôpitaux ont une influence directe sur les effets de la préparation à la naissance [25]. En effet, de nombreux facteurs influencent le travail : la femme et sa propre physiologie/psychologie, la flexibilité/rigidité des protocoles hospitaliers, l'influence de la philosophie du personnel en salle de naissance [25].

Y a-t-il une relation de cause à effet entre préparation à la naissance et issue obstétricale ?

Les acteurs de la préparation à la naissance soulignent eux-mêmes qu'il est impossible d'affirmer l'efficacité de la préparation à la naissance sur la seule base des événements qui se sont produits en Salle de Naissance [24] [26] [27]. Pour Shearer, il n'est pas possible de mesurer l'efficacité de la préparation à la naissance en se basant sur les bénéfices obstétricaux [28].

4.2 Dans la période postnatale [29]

En 2010, la Cochrane Database Library a publié une méta-analyse sur « l'éducation parentale post-natale pour optimiser la santé néonatale et la relation parents/nouveau-né ».

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les effets d'une intervention structurée d'éducation post-natale individuelle ou en groupe.

Cette étude a regroupé 25 essais contrôlés randomisés portant sur une intervention structurée d'éducation postnatale délivrée dans les deux mois après la naissance et relative aux soins du nouveau-né. 3689 mères et 793 pères ont été recrutés.

Ont été exclues les études portant sur les interventions destinées aux parents de nouveau-nés hospitalisés en unité de néonatalogie/réanimation.

Seules 15 études (2868 mères et 613 pères) ont pu fournir des données utilisables.

4 études portaient sur l'optimisation du sommeil néonatal, 13 sur le comportement du nouveau-né, 2 sur la santé post-natale en général, 2 sur les soins du nouveau-né, 3 sur la sécurité de l'enfant, 1 sur l'implication/compétences paternelles sur le nouveau-né.

Résultats :

Les bénéfices d'une intervention d'éducation post-natale restent incertains.

Seuls deux items ont montré des résultats significatifs :

-L'éducation post-natale a permis d'améliorer le sommeil du nouveau-né avec une différence de 29 minutes de sommeil nocturne supplémentaires dans le groupe ayant reçu l'intervention par rapport au groupe contrôle (95% IC 18,53 à 39,73).

-Le groupe ayant reçu l'intervention a montré des connaissances augmentées de 2,85 points (95% IC 1,78 à 3,91).

Cependant, les résultats entre le groupe intervention et le groupe contrôle ne sont pas significatifs pour les items suivants : développement et croissance de l'enfant (une étude), pleurs de l'enfant (deux études), soins préventifs (trois études), aspects pratiques des soins au nouveau-né (trois études), confiance dans les soins (deux études), interactions parents/nouveau-né (quatre études).

A la lecture de ces éléments, il semblerait que la préparation à la naissance demeure difficile à évaluer. En effet, elle s'inscrit dans un processus multifactoriel. La maternité implique de nombreux éléments : psychologie, physiologie, habitudes du terrain, par exemple. Il est donc périlleux d'extraire la préparation à la naissance de ce contexte. L'HAS, en 2005 a alors proposé, comme piste d'ouverture pour de nouvelles études, une évaluation de la PNP par les patientes elles-mêmes. Nous allons nous attacher à cette problématique dans la deuxième partie pour tenter de définir quelques éléments de réflexion sur la PNP.

Deuxième partie

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET RESULTATS

1. Protocole de l'étude

1.1 Problématique

Aujourd'hui, la préparation à la naissance et à la parentalité connaît une grande évolution. On peut dire que sa consécration en tant qu'institution date d'environ soixante ans. Son premier attribut a été de proposer aux parturientes une stratégie de soulagement de la douleur. Mais, comme nous l'avons vu en première partie, la mise en place des techniques d'analgésie médicale, les progrès considérables réalisés en obstétrique, les modifications de la société, ont permis de donner une nouvelle direction à la préparation à la naissance.

La PNP comprend une préparation corporelle et psychique à la douleur. Mais, de nos jours, elle constitue également un véritable « outil de prévention pour les situations de vulnérabilité de la mère et de l'enfant ». Elle permet également de « responsabiliser les futurs parents pour être acteurs de leur santé ». Elle apporte à la mère la « confiance en sa capacité à instaurer un lien mère-enfant adéquat ». Elle intègre également le père en soutenant les couples dans leur rôle de futurs parents. Elle s'inscrit dans une démarche d'éducation à la santé en apportant des informations sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum. L'accent est mis à la fois sur la sécurité physique et émotionnelle [19].

Forts de ces éléments, nous nous sommes demandés, si la préparation à la naissance et à la parentalité telle qu'elle a été redéfinie en 2005 par l'HAS répondait aux besoins actuels des mères ? Les objectifs de la PNP fixés par l'HAS sont-ils remplis selon le point de vue des patientes ? Au vu du problème économique et donc de la diminution de cette activité dans les services, ne risque-t-elle pas de ne plus répondre aux attentes des femmes ?

1.2 Objectifs

Le but de cette étude est de mettre en évidence les points forts et les points faibles de la PNP dans son état actuel afin de l'adapter au mieux aux besoins des patientes. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la promotion familiale.

1.3 Hypothèses

Nous posons deux hypothèses :

H1 : La PNP répond aux besoins des patientes lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat.

H2 : la PNP n'est pas suffisamment développée pour satisfaire les besoins des patientes après le retour à domicile.

1.4 Méthodologie

Notre étude se divise en 3 temps :

- 1) Nous avons effectué des entretiens semi-directifs auprès de 12 patientes ayant participé à une préparation à la naissance et à la parentalité avant leur accouchement dans le service des consultations de l'hôpital Lariboisière.
- 2) Nous avons également réalisé une série d'entretiens semi-directifs après l'accouchement auprès de 43 patientes (dans les cinq jours suivant l'accouchement, soit dans la période du postpartum immédiat) dans le service des suites de couches de Port-Royal, les Bluets et Lariboisière.
- 3) Nous avons aussi interrogé 6 patientes lors de la visite post-natale (six à huit semaines après l'accouchement) dans le service des consultations de l'hôpital Lariboisière.

1.5 Caractéristiques de la population interrogée

1.5.1 Population étudiée en période prénatale

Puisque la préparation à la naissance et à la parentalité est destinée à toutes les femmes enceintes, nous avons décidé de ne pas sélectionner de critères d'exclusion. Nous avons interrogé 7 patientes primipares ayant été préparées à la naissance et à la parentalité (5 avaient terminé tous les cours, 2 n'avaient pas encore terminé leur préparation) et 5 patientes multipares ayant également reçu une PNP (terminée).

La moyenne d'âge des femmes primipares était de 29.1 ans contre 33.8 pour les multipares. 88% de ces femmes vivaient en couple, 22% vivaient seules. 100% des patientes ayant accepté de répondre à nos questions parlaient français couramment. Toutes ces patientes avaient des situations socio-économiques favorables.

100% des patientes ont eu une préparation à la naissance et à la parentalité auprès d'une sage-femme libérale. La préparation a été classique pour 73% d'entre elles, 12% des patientes ont été préparées par le yoga, 10% par l'haptonomie, 5% par la sophrologie.

En moyenne, les femmes ont assisté à 6.2 séances de PNP. Les entretiens ont duré 12 minutes en moyenne. La grille d'entretien est présentée en annexe.

1.5.2 Population étudiée en période postnatale immédiate

De même, aucun critère d'exclusion n'a été retenu pour la population étudiée.

Au total, nous avons interrogé :

- 12 patientes nullipares ayant été préparées à la naissance.
- 8 patientes nullipares n'ayant pas été préparées à la naissance.
- 8 patientes multipares ayant été préparées à la naissance.
- 15 patientes multipares n'ayant pas été préparées à la naissance.

La moyenne d'âge des patientes primipares était de 27,1 ans contre 34,4 ans chez les multipares. 69% des femmes vivaient en couple (mariage, PACS, concubinage), 31% vivaient seules. 100% des patientes qui ont accepté de participer aux entretiens parlaient français. Les conditions socio-économiques des patientes étaient, pour la grande majorité, satisfaisantes.

Pour les femmes préparées à la naissance, 77% ont participé aux cours proposés à la maternité. 23% ont été préparées avec une sage-femme libérale.

Toutes les femmes inscrites à la maternité ont eu une préparation de type « classique ».

Pour les femmes ayant choisi la préparation en libéral, 71% ont opté pour l'haptonomie, 12% pour le yoga, 9% pour une préparation par la méthode « Bonapace », 8% pour une préparation classique.

Elles ont assisté en moyenne à 6,4 séances de PNP.

Les entretiens ont duré en moyenne 13 minutes (grille en annexe).

1.5.3 Population étudiée en postnatal à moyen terme

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Au total, nous avons interrogé (grille en annexe) :

-4 patientes primipares préparées à la naissance et à la parentalité (préparation classique en libéral). En moyenne, ces patientes avaient 28.4 ans, leur contexte socio-économique était satisfaisant. Ces 4 patientes étaient en couple.

-2 patientes multipares préparées à la naissance et à la parentalité (une par la préparation classique, l'autre par l'haptonomie). Agées d'environ 36.1 ans, les 2 patientes étaient mariées et avaient chacune déjà 2 enfants. Ces patientes avaient un contexte socio-économique favorable.

Logiciels utilisés : Microsoft Word 2010©

2. Forces et limites de l'étude

Une des forces de cette étude est le nombre de patientes recrutées pour les entretiens (n = 12 en prépartum, n=43 en postnatal immédiat, n=6 en postpartum à moyen terme). Ce large échantillon de patientes nous a permis de mettre en évidence des thèmes communs, diversifiés et originaux sur la PNP.

Les résultats de cette étude sont à relativiser car la population étudiée est homogène. En effet, les patientes parlaient toutes français et avaient un contexte socio-économique favorable. Elles constituaient donc un échantillon plutôt favorisé de patientes donc non représentatif de la population générale. Nos résultats ne sont donc pas généralisables.

De plus, il nous paraît important d'étudier la place du père et l'impact de la PNP sur ce dernier. Malheureusement, le conjoint n'était pas toujours présent lors des entretiens que nous avons réalisés. De ce fait, nous avons pu avoir le témoignage de quelques pères mais ils sont insuffisants pour pouvoir émettre des remarques potentielles sur le sujet. Ce thème est une piste intéressante pour des futures études.

3. Présentation des principaux résultats

3.1 Identification des besoins exprimés par les patientes

Les besoins des patientes se déclinent selon trois axes.

3.1.1 Composante psychologique

Nous retrouvons un besoin de réassurance, de réponses face à l'angoisse et la peur liées à l'accouchement. Marie, mère d'un premier enfant de 4 ans et à nouveau enceinte de jumeaux nous rapporte : « *mon premier accouchement s'est mal passé. J'avais besoin d'aller au cours pour reprendre confiance en moi. J'ai choisi la préparation par le yoga car j'étais très stressée. J'avais besoin d'être rassurée et accompagnée* ».

3.1.2 Composante corporelle

Nous retrouvons un besoin de stratégie face à la douleur, avec une demande d'information sur la péridurale. Cynthia, primipare de 20 ans nous confie : *« Ma mère m'a dit de ne pas prendre la péridurale. Elle m'a dit que l'aiguille pouvait me paralyser et qu'elle-même a mal au dos constamment depuis qu'elle l'a eue. Je voulais vraiment connaître l'avis d'un professionnel pour qu'il me rassure par rapport à la péridurale. Je suis de nature très douillette et je ne sais pas comment j'aurais fait pour accoucher sans la péridurale ! ».*

« J'ai peur de souffrir. Je n'ai pas encore vraiment eu de contractions donc je ne sais pas à quoi elles vont ressembler au moment de l'accouchement. J'ai besoin qu'on me guide pour gérer la douleur, qu'on m'explique ce que je peux faire par moi-même avant de prendre la péridurale. »

Les femmes expriment également des inquiétudes face à la « déformation corporelle » que leur inspirent la grossesse et l'accouchement (vergetures liées à la distension abdominale, épisiotomie, allaitement et esthétique des seins). Elles cherchent des éléments de prévention (crèmes, massages du périnée, par exemple).

Lucie expose *« je voulais qu'on me dise dans quel état j'allais être après l'accouchement. C'est une grande première pour moi. Je suis très coquette et je vous avouerais que j'avais vraiment peur de ne pas pouvoir retrouver mon corps d'avant. Ce qui m'impressionnait le plus, c'était l'épisiotomie. »*

3.1.3 Composante éducative

Nous retrouvons une demande d'information concernant le déroulement de la grossesse, l'accouchement, et le post partum.

Cécile nous confie : *« je me suis inscrite aux cours d'accouchement car je voulais poser des questions que je n'ai pas eu le temps d'évoquer en consultations. J'ai lu*

plusieurs livres sur la grossesse et je voulais parler de mes interrogations avec un professionnel de santé. »

Marc, père pour la première fois, souligne « *j'ai accompagné Caroline (son épouse) aux cours car je voulais savoir ce qui allait se passer en salle de naissance. »*

3.2 Les points forts de la PNP

Nous avons pu faire émerger de nos entretiens quelques thèmes mettant en évidence les points forts de la préparation à la naissance et à la parentalité selon les patientes.

3.2.1 En période prénatale

Cinq thèmes principaux ont été amenés par les patientes :

- **S'informer**

Lors de nos entretiens, nous avons noté que la maternité inspire de la crainte aux patientes et aux couples. En effet, certaines d'entre elles, surtout les primipares, ont exprimé de l'anxiété face à cet univers et cet évènement inconnus. Les séances de PNP leur ont permis de se familiariser avec la maternité en tant qu'institution, mais aussi dans son ensemble, et ainsi de dédramatiser de nombreuses inquiétudes.

« Il y a un espèce de tabou qui règne autour de l'accouchement. Cela fait peur. La maternité est un monde à part. Les cours ont permis de le mettre en lumière à mes yeux, de dédramatiser ce qui allait m'arriver. Je suis anxieuse et je n'aime pas ne pas savoir ce qui m'attend. C'est un peu cette impression que m'a donné la grossesse. Quand on vient en consultation, on ne comprend pas trop ce qu'il se passe. L'examen est rapide. Je pense que le plus effrayant, ce sont les échographies. L'expert a l'air très compétent, je fais entière confiance au corps médical. Mais je regrette le manque de dialogue et d'explications. Au moins, pendant les cours, j'ai pu avoir des éléments de réponse. Je pense que toutes les femmes enceintes ont des interrogations communes. Je me suis rendue compte que je n'étais

pas la seule dans ce cas. Pendant les cours, on a pu démystifier ce qui se passe à la maternité et déjà, ça la rend beaucoup moins inquiétante ! ».

« Les appareils de la salle de naissance font peur ! J'avais l'impression d'être branchée de partout. Heureusement, lors de la visite de la maternité, on nous a expliqué le monitoring, l'appareil à tension, la pose de perfusion... Je pense que j'aurais paniqué si je n'avais pas été préparée à tout cela en amont. A croire que l'accouchement est une maladie ! ».

Les patientes ont exprimé leur satisfaction quant à l'information reçue. D'une part, elle semble leur avoir permis d'être moins angoissées. D'autre part, les séances de PNP ont donné la possibilité aux femmes et aux couples de trouver des réponses fiables à leurs interrogations auprès d'un professionnel de la périnatalité. Les préoccupations des couples peuvent être théoriques, concernant, par exemple, la grossesse, le travail, l'accouchement, les suites de couches. Elles peuvent également être d'ordre concret, comme entre autres, l'organisation de la maternité, les modalités des visites.

« La question de l'accouchement commence à se poser dans ma tête. On dirait que ma grossesse prend un tournant. J'ai pleins de questions à poser. J'ai besoin de réponses concrètes. »

« Je n'ai jamais vu d'accouchement, c'est la première fois que je suis enceinte. Je ne sais pas du tout comment ça va se passer pour l'accouchement. J'avais besoin qu'on m'explique ce qui allait m'arriver, ce qui allait se passer et avoir vraiment des réponses « pratico-pratiques ». La préparation a permis de lever mes doutes. Je me sens sereine maintenant que je sais à quoi m'attendre plus ou moins. »

« Cela peut vous paraître bête mais ce que j'ai vraiment trouvé utile, c'était les informations concrètes. Comment venir à la maternité ? Où se garer ? Que rapporter dans la valise ? Autant d'informations sur l'organisation mais qui sont en fait une vraie problématique. »

« Ce que j'ai aimé dans les cours, c'est qu'ils sont conviviaux. On se sent à l'aise. C'était la première fois que j'allais accoucher. J'avais tellement de questions à poser ! La sage-femme était vraiment ouverte. J'ai apprécié sa compétence. On peut lire tellement de choses sur la maternité mais on ne sait pas comment trier les informations. En plus, j'ai beaucoup d'amies qui ont accouché récemment et qui m'ont fait un peu peur par rapport à leur expérience personnelle. C'est toujours très utile d'avoir le point de vue d'un professionnel pour être rassuré. J'ai vraiment pu apprécier le fait d'avoir pu trouver des réponses auprès de la sage-femme ».

Patrick, 41 ans, père de deux enfants *« on s'est sentis informés, ça permet de moins paniquer. On s'est préparés à ce moment. Cela a rassuré ma femme. C'est une sorte de confort ».*

- **Prendre confiance**

Les femmes semblent avoir été rassurées par les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Le dialogue et les explications échangées lors des cours semblent avoir été des outils majeurs pour permettre aux patientes d'être plus sereines.

« La préparation m'a donné confiance en moi pour comprendre ce qui allait m'arriver. »

« Je me sentais pétrifiée par rapport à l'accouchement mais maintenant, je me sens vraiment rassurée. Ma sage-femme est super. Elle m'a tout expliqué. Comme j'étais très stressée, la sage-femme des consultations m'a orientée vers une préparation axée sur la sophrologie. Les séances me permettent de me relaxer et en même temps d'avoir plein d'éléments pour me rassurer. Je vais bientôt commencer à pratiquer la poussée. »

« Pour tout vous dire, ce qui me fait vraiment peur par rapport à l'accouchement c'est, d'une part l'épisiotomie. Je préférerais l'éviter. Ma sage-femme m'a rassurée par rapport à ça. Elle m'a montré le massage du périnée. D'autre part, j'ai vraiment peur de faire mes besoins pendant l'accouchement. Elle m'a dit de mettre un

suppositoire de glycérine quand j'aurai des contractions bien régulières et douloureuses avant de partir à la maternité. Ça m'a enlevé un poids de savoir ça ! ».

- **Echanger, Rencontrer, Partager**

Les séances de PNP ont été un moment de rencontre, d'une part avec des professionnels de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, puéricultrices, pédiatres, et bien d'autres) et d'autre part, avec des futures mères, voire des couples.

Les patientes ont ainsi pu apprécier les échanges lors de ces séances, que ce soit entre futurs parents, qu'entre professionnels et patientes.

« J'ai fait ma préparation avec une sage-femme libérale. Comme nous étions quatre femmes, la sage-femme a pu prendre son temps avec chacune de nous. En plus, comme je suis restée avec ces trois personnes pendant tous les cours de préparation, j'ai pu tisser des liens avec elles et partager nos expériences. »

« Ce que j'ai aimé dans les cours, c'est qu'on a pu faire connaissance avec une partie de l'équipe avant l'accouchement. Même si on n'a pas vu toutes les sages-femmes, ça nous a plu. Elles sont gentilles et chaleureuses. C'est rassurant pour l'accouchement car on voit que l'équipe a l'air plutôt sympa. »

« Je me souviens d'une maman qui a parlé de son premier accouchement. Elle avait accouché aux Bluets aussi. Son expérience était très rassurante. J'avais très peur de l'accouchement en lui-même mais son histoire était tellement belle que je me suis sentie déjà mieux. La sage-femme est très compétente et ce qu'elle nous transmet est vraiment très bien mais avoir l'avis d'une autre maman, c'est encore mieux ! ».

- **Se préparer physiquement et pratiquement à l'accouchement**

Le fait que les cours alternent des éléments de théorie et de pratique semble convenir aux participants. Si un cours uniquement théorique serait, pour eux, ennuyeux, la pratique leur donne un moyen de participer au cours.

« J'ai apprécié la balance entre théorie et pratique. Les exercices m'ont beaucoup apporté. Je les ai refaits à la maison avec mon mari. J'ai beaucoup apprécié les exercices de relaxation. Je pense même que je vais m'en servir dans la vie quotidienne ! ».

Les personnes interrogées sont unanimes : la visite de la maternité est vraiment un élément très apprécié. Ce moment leur permet de se projeter matériellement et de faire connaissance avec les lieux où elles vont séjourner.

« Nous avons visité la maternité lors du dernier cours. Je vous avouerais que j'ai été un peu déçue sur le coup. La salle de naissance n'était pas très grande et surtout triste ! Mais je préférais la voir avant pour ne pas être déçue le jour J ! »

« Nous avons adoré (un couple parent pour la première fois) la visite de la maternité. Elle est chaleureuse, les salles de naissance sont belles et lumineuses. Le secteur des suites de couches est propre et spacieux ! Nous n'avons qu'une seule hâte, accoucher ! ».

« Je pense que visiter la maternité est une excellente initiative. Cela nous permet de repérer les locaux, savoir où l'on doit aller et où l'on va aller par la suite. En plus, cela permet de nous projeter psychologiquement dans le futur et de se préparer mentalement. C'est un projet qui se concrétise matériellement. »

- **Etre actrice de son accouchement.**

Les séances de PNP permettent aux patientes d'acquérir des clés pour être actives. En effet, le dialogue avec les sages-femmes leur permet non seulement de comprendre ce qui se joue autour d'elles, mais aussi de prendre des décisions quant à leur suivi. Les patientes qui ont réalisé une préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme libérale rédigent parfois des « projets de naissance » leur permettant de formuler leurs souhaits concernant leur prise en charge.

« J'ai pu donner mon avis et comprendre ce qui se passait autour de moi. J'avais un projet de naissance et je suis ravie de mon expérience de grossesse et d'accouchement. »

3.2.2 En période postnatale

- **S'organiser pour le séjour en maternité et pour le retour à domicile**

Les séances de PNP, avant la naissance, ont permis aux patientes de s'organiser pour les suites de couches. Les éléments qu'elles auront reçus sur la période postnatale seront théoriques mais aussi concrets. La sage-femme, en leur expliquant le déroulement du séjour en maternité après l'accouchement, offrira aux patientes d'aborder au mieux ce moment.

« Je pense que les cours ont été utiles pour la période juste après l'accouchement. On m'avait dit de limiter les visites. Je ne comprenais pas trop pourquoi mais j'ai vite percuté après l'accouchement. J'étais tellement fatiguée. Heureusement qu'on m'avait prévenue et que je me suis organisée en fonction. »

« Les cours m'ont aidée à me préparer psychologiquement pour l'après-accouchement. Ils m'ont donné quelques pistes pour la suite. On m'avait dit qu'il ne fallait pas culpabiliser de ne pas savoir m'occuper et répondre, tout de suite, aux besoins de mon enfant. Je pense qu'on idéalise trop la période de la naissance. Au moins, la préparation nous permet d'être plus réalistes et de comprendre que ça ne sera pas si facile ».

- **Réfléchir et prendre des décisions pour le post-partum**

La PNP débutée en période prénatale permet aux patientes de se positionner quant à des décisions qu'elles auront à prendre en suites de couches sur l'allaitement par exemple, ou sur leur organisation au retour à la maison.

« Je ne savais pas trop si j'allais allaiter. Je me suis renseignée sur internet mais ça m'a fait plutôt peur car certaines femmes racontent des expériences catastrophiques. Donc je suis allée à la réunion d'information sur l'allaitement pour avoir une information correcte. Cela m'a permis de décider que j'allais essayer, et puis je verrai plus tard si ça me convient ou pas ».

3.3 Les points faibles de la PNP

3.3.1 En période prénatale

- **Choix de la préparation à la naissance et attentes de la patiente**

Les attentes, la parité, l'expérience des patientes influencent leur satisfaction quant à la PNP qu'elles suivent. Certaines préparations peuvent être alors en décalage.

« J'ai participé aux cours d'une sage-femme libérale de la liste qui m'a été donnée en consultation. Franchement, la préparation « bio » ça n'est pas pour moi. C'est trop nature. Non, moi je veux du concret. J'ai arrêté les cours. Je suis allée à la réunion d'information proposée par la maternité et ça a répondu à toutes mes questions ! ».

« Je me suis inscrite aux cours d'haptonomie. Je ne connais pas du tout le milieu de la maternité et tout ça est nouveau pour moi. La sage-femme a tenté de nous faire communiquer avec le bébé mais franchement, j'étais mal à l'aise. Ce qui était bien c'est que j'ai pu faire participer mon mari. Mais sinon, ça ne m'a servi à rien. J'ai fait 4 séances et je pense me diriger ailleurs. »

Cependant, le choix semble être difficile à réaliser pour les patientes lorsqu'il s'agit de faire une préparation en libéral. Les patientes se disent peu familières avec tous les choix proposés. Finalement, la décision est prise essentiellement en fonction du domicile, et non en fonction du type de préparation.

« On m'a donné une liste de sages-femmes avec leurs activités. Certaines avaient une description avec plus de dix lignes de compétences ! C'est impressionnant mais franchement, ça ne m'a pas aidé pour le choix car je ne comprends rien à tout ça.

Donc j'ai pris une sage-femme pas trop loin de chez moi avec le moins de lignes car je voulais quelque chose de simple. Finalement, c'est une sage-femme qui fait de l'haptonomie. C'est sympa mais carrément abstrait. Je ne suis pas sûre que ça me corresponde. »

- **Accéder à la PNP**

Aujourd'hui, la PNP connaît une disparition progressive en maternité. De ce fait, les séances sont dispensées de manière croissante, par les sages-femmes libérales. Néanmoins, certaines patientes nous ont rapporté quelques difficultés inhérentes à ce changement dans la pratique de la PNP.

« Comme on ne propose pas de cours à Lariboisière, j'ai eu recours à une sage-femme libérale. La séance m'a coûté 70€ ! Heureusement que j'ai une bonne mutuelle! ».

De même, les patientes qui n'ont pas de couverture sociale sont en difficulté pour accéder aux séances de PNP.

« Je voulais prendre des cours d'accouchement mais je n'ai pas de sécurité sociale. La sage-femme m'a conseillé d'aller à la PMI car les cours sont gratuits. »

- **Nombre de participants aux cours**

Lorsque l'effectif des groupes est important, les cours sont moins personnalisés et plus théoriques.

« Les cours restent très généraux. Ils ne sont pas assez personnalisés. Je suis timide et j'ai eu du mal à me lancer pour poser une question d'ordre individuel. »

- **Réinvestir les éléments reçus en préparation**

Selon les patientes, la PNP semble être importante pendant la grossesse : elle leur permet d'acquérir des techniques de relaxation, de savoir quand venir aux urgences,

de se préparer mentalement à la naissance et à l'arrivée de l'enfant, de penser à des stratégies de gestion de la douleur, de se recentrer sur elles et leur couple... Pour autant, elles ne savent pas si réellement la PNP sera utile au moment de l'accouchement, et préfèrent donc attendre pour émettre un avis définitif.

« J'ai terminé ma préparation. Franchement, je me sens vraiment rassurée. J'étais très stressée par rapport à l'accouchement mais là, ça va beaucoup mieux. Quant à savoir si ça va me servir le jour J, je ne sais pas encore ! On verra bien. »

De plus, certaines patientes se questionnent quant à l'application réaliste de ce qu'elles ont appris, investi, et éventuellement décidé suite à la PNP.

« Je me suis préparée par l'haptonomie. Le problème c'est que j'aimerais savoir si je vais pouvoir reproduire ce que j'ai vu en cours le jour J. Déjà, est-ce qu'il est possible que le papa soit présent pendant tout l'accouchement et qu'il puisse toucher mon ventre ? En plus, avec la douleur, est-ce que je vais pouvoir vraiment me concentrer ? ».

- **Dichotomie entre la PNP et la réalité de la pratique obstétricale**

Les parents peuvent avoir une expérience différente entre ce qu'ils ont appris durant les séances de PNP et ce qui est arrivé dans la réalité.

Georges, 37 ans, père pour la première fois : *« La préparation est trop rassurante. Pour tout vous dire, je l'ai presque trouvée « cui-cui ». On ne nous parle pas assez de l'urgence. Ce qu'on nous dit est très flou et on ne rentre pas dans les détails. Ma femme a failli passer en césarienne. C'était l'effervescence autour de nous. Tout le monde s'activait à droite et à gauche. On aurait dit qu'il y avait danger de mort. Nous étions très inquiets car nous avons très peu d'explications. En plus, nous ne voulions pas perturber les professionnels pendant le travail. Nous avons un peu paniqué et je pense que ça ne serait pas arrivé si nous avions été préparé psychologiquement à cela pendant les cours ».*

« Il y a un immense décalage entre la pratique et les cours d'accouchement ».

« J'avais un projet de naissance, je n'avais pas envie de prendre la péridurale et aussi, je voulais éviter l'épisiotomie. Finalement, j'ai eu la totale : péridurale et césarienne ! ».

- **Impact de la variabilité de l'information donnée**

Les patients ont souligné que le contenu des cours de préparation à la naissance pouvait varier selon l'animateur et ses convictions personnelles.

« Par erreur, j'ai assisté deux fois au même cours. Il s'agissait du cours sur l'allaitement (« d'amour, de lait et de petits câlins » aux Bluets). Finalement, je ne regrette pas car les cours n'étaient pas les mêmes. En fait, la sage-femme a animé de façon totalement différente le cours par rapport à sa collègue. Cela m'a permis d'avoir deux visions des choses qui se complètent. On se rend compte qu'il n'y a pas une seule école. La pensée n'est pas imposée. C'est souple. Le tout, c'est de se sentir à l'aise. Une fois qu'on a compris, tout est gagné. ».

Lorsque l'information est contradictoire, elle peut déstabiliser les parents :

« La question du massage du périnée a été abordée deux fois pendant les cours d'accouchement. Mais les sages-femmes avaient des propos contradictoires. L'une les conseillait vivement et nous a expliqué la technique. L'autre nous a dit que cela ne servait à rien. Qui faut-il croire ? Comment peut-on savoir, nous, profanes, si les professionnels ne sont même pas d'accord entre eux ? »

3.3.2 En période postnatale

- **Difficulté à envisager le post-natal avant l'accouchement**

Certaines patientes soulignent qu'avant l'accouchement, il est complexe pour elles de se projeter avec le nouveau-né, de parler concrètement d'allaitement ainsi que des soins relatifs au bébé. Les femmes ne sont pas toutes réceptives à ce type d'information en anténatal.

« On a parlé de la période juste après l'accouchement, de l'organisation du séjour en suites de couches, de limiter les visites, du bain du nouveau-né mais je pense qu'à ce moment-là, j'étais plutôt focalisée sur l'accouchement. Il était difficile pour moi d'intégrer toutes ces informations. Je pense qu'avant la naissance, on peut évoquer des éléments pratiques pour la suite mais qu'on n'est pas suffisamment prête à entendre plus que ça ».

« Pendant les cours, la sage-femme a parlé un petit peu des soins et du bain mais ça aurait été mieux d'avoir des poupées pour pouvoir s'entraîner avant à savoir comment porter un nouveau-né, comment changer sa couche. Les cours étaient très théoriques et ne m'ont rien apporté. »

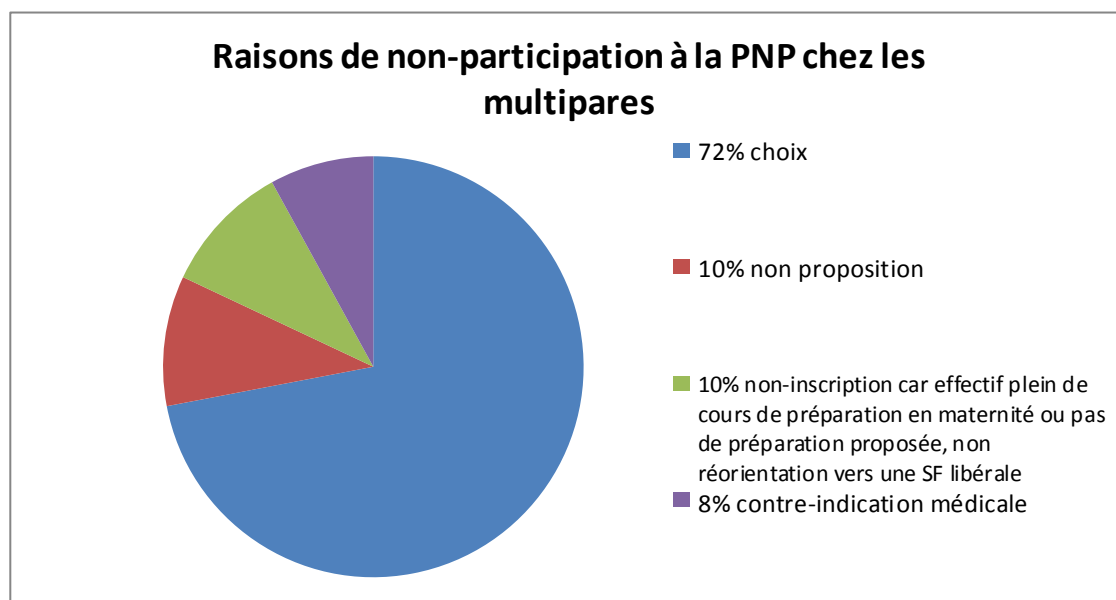
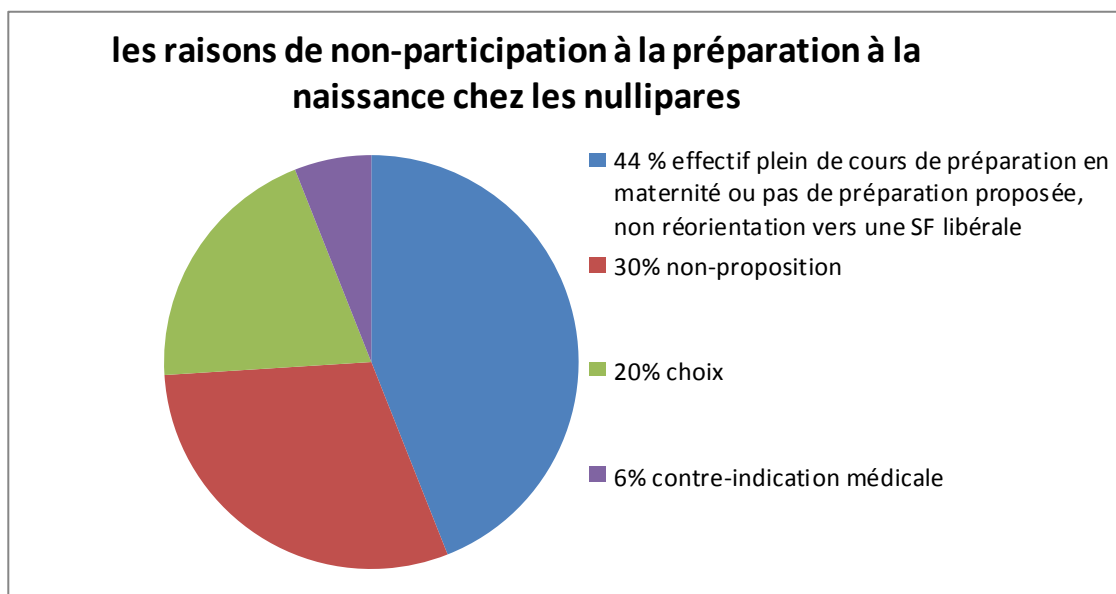
- **Concept de la parentalité**

La PNP ne semble pas être pensée comme une préparation à la parentalité. Les femmes ont encore la notion de « cours d'accouchement ». Elles n'ont donc pas vraiment d'attentes vis-à-vis de la PNP dans la période postnatale, mis à part des éléments très concrets : la valise à apporter, les visites, la présence du père en suites de couches, par exemple.

« Je n'attendais pas des cours une préparation à la parentalité. Franchement, je voulais juste qu'on me prépare à accoucher. J'avais quelques questions très pratiques comme ce que je devais apporter avec moi en suites de couches, ou de savoir si mon mari pouvait dormir avec moi à la maternité par exemple. »

3.4 Le point de vue des femmes qui n'ont pas participé aux séances de PNP

Voici deux graphiques mettant en évidence les motifs de non-participation aux séances de PNP chez les patientes nullipares et multipares interrogées dans le cadre de notre étude.



Les patientes multipares évoquent en grande majorité leur expérience personnelle comme support de « formation initiale ». Celles qui ont décidé de ne participer à des cours de préparation à la naissance ont jugé suffisantes leurs connaissances et se sont estimées suffisamment préparées dans l'ensemble.

« J'ai accouché pour la première fois il y a deux ans. Bien sûr, je ne me souvenais pas de tout, mais je pouvais me rappeler l'essentiel. Je n'ai pas eu l'envie de reprendre des cours d'accouchement. J'en avais eu pour la première grossesse. Ils étaient très théoriques. »

« Je n'ai jamais eu de cours d'accouchement. Ma famille est très proche de moi. On peut dire que c'est ma mère qui m'a « coaché » pour la première fois. Je n'ai pas ressenti de manque à cause du fait que je n'ai pas assisté à des cours d'accouchement. Je pense, en plus, que l'accouchement est instinctif, ça vient tout seul. Je ne vois pas trop à quoi les cours peuvent servir. Enfin, si ça peut aider les autres, tant mieux ! Mais moi, je n'en avais pas besoin. »

On a pu regretter le manque de promotion de la préparation à la naissance par les professionnels auprès des multipares : préparation non évoquée, déconseillée et remise en cause après un premier enfant, non adaptée à la situation. Il semble que certaines femmes n'ont pas pu bénéficier d'une préparation alors même qu'elles étaient demandeuses et qu'il existait des solutions, préparation par une sage-femme libérale par exemple.

D'autres ne se sont pas inscrites par choix et ont décidé de se préparer autrement. Même si elles n'ont pas bénéficié des cours institutionnalisés de préparation à la naissance, nous pouvons quand même dire qu'elles se sont préparées à leur façon. Elles ont alors utilisé d'autres supports : livres, internet, soutien social et/ou familial.

« J'ai parlé à la sage-femme lors d'une consultation pour voir comment faire pour m'inscrire aux cours de préparation à l'accouchement. Elle m'a dit que je n'en aurai pas besoin car, aujourd'hui, il y a la péridurale donc que la préparation ne sert à rien. »

« Je savais qu'il y avait des cours proposés par la maternité mais je n'ai pas voulu m'y inscrire. J'ai acheté un livre sur la grossesse qui m'a beaucoup aidé. Je me suis préparée moi-même. Je ne regrette pas de ne pas avoir assisté aux cours. Mon accouchement s'est très bien passé quand même ».

De toutes les femmes interrogées, aucune n'évoque vraiment de regret de ne pas avoir eu de préparation à la naissance.

« De toute façon, on doit finir par accoucher ! J'ai quand même réussi, même sans les cours. »

Certaines patientes soulignent qu'elles n'ont pas eu besoin de cours de préparation à la naissance grâce à une bonne prise en charge de la période pré, per et postnatale.

« Quand je suis arrivée à la maternité pour le jour J, la sage-femme m'a expliqué tout ce qui allait se passer. Je ne pouvais pas encore avoir la péridurale car je n'étais ouverte qu'à un doigt malgré des contractions régulières. Elle m'a appris à respirer et à utiliser le ballon. Ensuite, on m'a mis la péridurale et j'ai été soulagée. Quand il a fallu pousser, elle m'a montré comment faire. On s'est même un peu entraînées avant. Elle était là quand j'avais besoin d'elle et elle répondait à toutes mes questions. En fait, je ne regrette pas de ne pas avoir eu de cours car j'ai été préparée sur le moment. »

« Non, avec le recul, je ne regrette pas de ne pas avoir participé aux cours. La sage-femme nous a fait un « débriefing » en salle de naissance et nous a donné de l'information en continu. C'était comme un « mini-cours » et c'était suffisant ».

Troisième partie

DISCUSSION

1. Evaluation de la PNP dans sa composante prénatale

HYPOTHESE 1 : la PNP répond aux besoins des patientes lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat.

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons utilisé l'évaluation qualitative des séances prénatales de PNP.

1.1 Satisfaction des patientes

Les patientes de notre étude ont manifesté leur satisfaction quant à la PNP reçue durant la période prénatale. Elles évoquent une expérience positive des séances de PNP et ne regrettent pas d'y avoir participé.

1.2 Attentes des patientes

Lors de nos entretiens, la grande majorité des femmes ont utilisé le terme de « cours d'accouchement » pour évoquer la PNP. Il nous a semblé que les patientes attendaient, essentiellement, une « préparation à l'accouchement » : réassurance psychologique, diminution de l'anxiété, stratégies de management de la douleur. Elles sont encore marquées par les héritages de la méthode Lamaze.

La PNP a évolué seulement dans les années 2000. Ces changements sont encore très récents et l'évolution dans les mentalités et les réalisations de la PNP sont en cours. Il serait intéressant de promouvoir la PNP dans ses aspects actuels pour informer les patientes de ses nouveaux objectifs.

1.3. Evaluation du fond

1.3.1 Evaluation selon le type de PNP

L'offre de PNP est très variée en France : classique, yoga, haptonomie, piscine, chant prénatal pour en citer quelques-uns (cf. annexes).

Nous avons pu constater, en effectuant nos entretiens, que les primipares sont plutôt demandeuses d'une préparation classique. En effet, elles ont souvent des questions très techniques afin de se familiariser avec la maternité.

Les patientes multipares, quant à elles, nous ont semblé plus ouvertes à des préparations alternatives car elles ont déjà une expérience personnelle de cet évènement.

Cependant, la personnalité des patientes influence également leur choix. Certaines patientes, même primipares, exprimeront le désir de faire une PNP très spécialisée (par exemple, une patiente soumise au stress pourra se diriger vers le yoga, la sophrologie). Certains couples auront également des projets très précis : l'haptonomie par exemple, pour privilégier une relation à trois.

Par ailleurs, la diversité des prestations proposées semble être un atout. Cependant, elle comporte aussi des inconvénients :

- Une PNP très spécialisée peut ne pas correspondre aux habitudes de la maternité où la patiente va accoucher : par exemple, une femme qui aura pour projet d'accoucher sur le côté pourra être déçue le jour de l'accouchement si la maternité qui la reçoit ne pratique pas cette position.
- Les professionnels n'ont pas toujours une connaissance suffisante des nombreuses techniques de PNP pratiquées et ne peuvent donc pas bien informer et orienter leurs patientes.

- les cours de PNP sont remboursés par la sécurité sociale. Néanmoins, certaines sages-femmes libérales vont pratiquer des dépassements d'honoraires en lien avec une préparation souvent très spécialisée. Ces dépassements d'honoraires peuvent constituer un frein pour les patientes qui n'ont pas une couverture sociale suffisante. Nous pouvons nous demander alors si la préparation restera accessible à toutes les patientes, notamment dans le contexte actuel où elle glisse de plus en plus de la maternité au libéral.

1.3.2 Evaluation selon l'état actuel de la pratique obstétricale

Les couples sont en demande d'une préparation plus réaliste, en rapport avec l'état actuel de la pratique médicale.

En effet, certains auteurs affirment que la PNP n'a pas évolué à la même vitesse que l'obstétrique et que le contenu des cours n'a pas suffisamment changé depuis quarante ans [10].

De plus, selon notre étude, les couples paraissent déstabilisés lorsque l'information qu'ils reçoivent diffère d'un professionnel à l'autre. Les professionnels de la PNP sont donc particulièrement soumis à l'obligation de formation continue dans ce domaine afin de délivrer aux patientes l'information la plus fidèle possible aux connaissances scientifiques, ce qui permettrait aussi d'uniformiser le discours, et d'assurer ainsi une cohérence pour l'utilisateur.

1.3.3 La PNP, un outil pour autonomiser les patientes

Il ressort de notre étude que la PNP a permis d'offrir aux patientes des clés et des occasions pour se rendre actrices de leur prise en charge.

Dans une réflexion sur le projet de naissance, Mme Nguyen, directrice de l'école de sages-femmes de Port-Royal cite la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades qui rappelle que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être

pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » [30]. Pour Weill, le consentement éclairé permet d'améliorer l'autonomie d'un patient [31] [32].

Néanmoins, dans la pratique réelle, il se traduit par une « simple demande d'autorisation en regard à une politique ou à une exigence légale » [32].

Il paraît donc important que les séances de PNP continuent à conforter réellement les connaissances des couples pour éclairer leurs choix, les renforcer dans leur autonomie, et privilégier une part personnelle active dans leur prise en charge.

1.4 Evaluation de la forme

1.4.1 Organisation de la PNP

1.4.1.1 L'entretien prénatal précoce (EPP)

Selon les recommandations actuelles, la PNP commence dès le début de grossesse. En effet, l'entretien prénatal précoce (ancien « entretien du quatrième mois ») constitue l'entrée dans le processus de PNP. Cet entretien est destiné aux femmes et aux couples : il est systématique mais non obligatoire.

D'une durée de 45 minutes minimum, il est réalisé par les sages-femmes (hospitalières, libérales, territoriales). C'est un temps d'échange et d'écoute avec le couple. Il permet une transmission d'information mutuelle. La sage-femme va proposer aux parents des explications quant au déroulement du suivi de grossesse, elle mettra au point le calendrier des séances de PNP, et informera les patientes de l'offre de soin locale et du réseau de périnatalité qui regroupe tous les professionnels de santé (sages-femmes, médecins gynécologues-obstétriciens, psychologues, assistantes sociales entre autres) qui travailleront ensemble pour optimiser le suivi de la patiente. Durant cet entretien, la sage-femme identifiera les situations de vulnérabilité, les facteurs de stress et les connaissances des futurs parents. [33]

Cependant, même si ce concept existe depuis longtemps, sa définition et sa structure officielles sont encore récentes. En 2007, il est devenu systématique mais non obligatoire (auparavant, il était proposé systématiquement). Ceci peut expliquer l'hétérogénéité de sa pratique actuelle.

Dans une réflexion sur l'EPP, Michel Dugnat affirme que :

-de nombreuses maternités n'offrent plus de PNP ni de premier entretien au sein de leur structure par manque de personnel [33].

- les sages-femmes libérales pratiquent l'EPP tardivement (au 2^{ème} trimestre au plus tôt) [33].

-les professionnels ne sont pas non plus familiers avec les recommandations de 2005 et ne comprennent pas toujours les objectifs de cet entretien [33].

- les patientes ont peu connaissance de cet entretien [33].

La pratique de l'EPP est encore peu répandue. Il semble qu'il faudra du temps pour que sa pratique soit généralisée et ancrée dans le suivi habituel de grossesse.

1.4.1.2 les 7 séances de PNP

L'organisation et la structure de ces sept séances semblent correspondre aux recommandations actuelles. Néanmoins, l'HAS a introduit des notions sur le développement de l'enfant qui ne font pas encore vraiment partie du programme des séances de PNP [34]. Le contenu des séances n'est pas encore complètement actualisé en regard aux nouveaux objectifs fixés par l'HAS.

1.4.2 Cadre de la PNP

Lors de notre étude, nous avons pu constater que la préparation à la naissance et à la parentalité était de moins en moins pratiquée en maternité suite à des restrictions budgétaires (à notre connaissance, Lariboisière, Bichat, Necker ne proposent plus de PNP). Or Blondel B. souligne qu' « il est possible qu'une absence de préparation organisée sur place ait une influence sur la participation des femmes aux séances prénatales. » [30].

- Quels sont les avantages, les inconvénients d'une préparation à la maternité versus une préparation en libéral ?

Avantages d'une préparation en maternité	Inconvénients d'une préparation en maternité
<p>-préparation en adéquation avec les habitudes de la maternité.</p> <p>-cours animés par des sages-femmes de la maternité : possibilité de rencontrer des acteurs de l'équipe médicale.</p> <p>-possibilité d'une visite de la maternité.</p> <p>-accessible à toutes les patientes de la maternité dans la limite du taux d'inscription.</p>	<p>-préparation plutôt classique, théorique, souvent peu individualisée car les patientes sont nombreuses.</p> <p>-les maternités font face à des restrictions budgétaires, les 7 séances ne sont pas toutes proposées.</p>

Avantages d'une préparation en libéral	Inconvénients d'une préparation en libéral
<p>-l'effectif réduit des groupes permet une préparation plus personnalisée et des échanges plus nombreux.</p> <p>-une relation de confiance peut se créer car souvent la même sage-femme va animer la totalité des séances.</p> <p>-les 7 séances remboursées peuvent être utilisées.</p> <p>-possibilité de suivi en post-natal, préparation en continu sur le post-partum.</p> <p>-diversité des PNP</p>	<p>-la préparation en libéral peut ne pas correspondre avec les protocoles de la maternité.</p> <p>-certaines activités sont soumises à des dépassements d'honoraires (massage, préparation en piscine par exemple).</p> <p>-les patientes en situation de vulnérabilité vont-elles avoir accès à une préparation en libéral dans des conditions où certaines sages-femmes pratiquent des dépassements d'honoraire ?</p>

A la lumière de ce tableau, il semble que chaque préparation comporte des spécificités, et sont complémentaires pour répondre au mieux aux besoins des usagers.

Lorsque la préparation n'est plus proposée in situ, il semble important que les professionnels adoptent une stratégie pour que les couples aient suffisamment de repères :

-orienter et informer les patientes de la possibilité de réaliser une PNP lors des consultations obstétricales de suivi de grossesse.

-faciliter l'accès des patientes aux préparations externes (adresses, types).

-conserver des réunions « de base » à la maternité :

- Visite de la maternité et informations sur la grossesse, accouchement et post-partum.

En effet, la visite de la maternité semble être un élément très apprécié des patientes. Il nous semble important de leur permettre de se familiariser à l'avance avec les lieux.

Aussi, l'on peut proposer une réunion d'information pour adapter le contenu de la préparation extérieure aux pratiques de la maternité, et éventuellement isolément pour certaines multipares qui ne souhaitent qu'un rappel théorique.

- Réunion d'information sur l'analgésie péridurale animée par des anesthésistes-réanimateurs afin d'expliquer aux futurs parents les bénéfices et les risques de l'anesthésie en obstétrique.
- Réunion d'information sur l'allaitement en pré ou en post-partum.

L'allaitement suscite de nombreuses questions, et cette réunion met en relation les usagers avec les personnes particulièrement impliquées dans l'allaitement au sein de la maternité.

1.5 Perspectives d'améliorations et propositions

1.5.1 Diffusion des recommandations de Novembre 2005 de l'HAS

Les recommandations sur la PNP émises par l'HAS n'ont eu qu'un impact limité sur la pratique professionnelle des sages-femmes. Selon une étude de 2010 sur la

portée des recommandations de l'HAS sur les professionnels de santé [34], seul 59% (soit 29 des 49 sages-femmes interrogées) connaissaient les recommandations de l'HAS émises en Novembre 2005 et seules 19 sages-femmes disaient les connaître de façon satisfaisante [34].

Il paraît donc important de diffuser largement ces informations afin de guider les sages-femmes dans leur exercice.

Cette diffusion peut se faire au travers d'articles dans les revues professionnelles, ou de débat lors de séminaires ou d'assises des sages-femmes. Il convient de rappeler que l'initiation à la PNP débute dès les études de sage-femme. En effet, pour pouvoir obtenir le Diplôme d'Etat, une étudiante sage-femme doit avoir animé au moins trois séances de PNP. Des formations en communication et animation de séances de PNP sont aussi dispensées pendant leur cursus.

1.5.2 Adaptation des supports de PNP

Aujourd'hui, la PNP est dispensée sous forme d'entretien et de séances individuelles ou en groupe. Mais face à des restrictions budgétaires qui la contraignent dans sa mise en place, nous pouvons nous questionner sur une alternative moins coûteuse, grâce à différents supports.

De nos jours, les médias de type internet sont largement développés et constituent pour les futurs parents des outils d'information sur la maternité. Selon une étude descriptive Américaine de 2010 [35] sur l'utilisation d'internet et son impact sur les choix réalisés par les patientes, nous avons pu constater que 97% des femmes ont utilisé le moteur de recherche Google© pour trouver des informations quant à la grossesse. Parmi ces patientes, quasiment 94% des femmes ont utilisé internet comme un supplément d'information à celle reçue par les professionnels de santé. 83% des femmes ont stipulé que leurs recherches effectuées sur internet les ont influencées dans leurs choix par rapport à la grossesse. 48% de la population interrogée a affirmé avoir eu recours à internet car elle n'était pas assez satisfaite de l'information reçue par les professionnels de santé, et 46.5% des patientes ont trouvé qu'elles n'avaient pas eu assez de temps pour pouvoir poser leurs questions.

Cependant, les sources d'information du réseau internet ne sont pas toutes de bonne qualité, et peuvent véhiculer des informations erronées.

La création d'un site officiel contrôlé par des professionnels (schémas, animations, mini-vidéos, entre autres) serait de nature à éviter des informations de mauvaise qualité. Pratique, attractif, économique et actualisé avec les données scientifiques du moment, ce compromis permettrait aux futurs parents d'avoir un contenu théorique préalable aux séances de PNP, de pouvoir se connecter à tout moment, d'avoir des informations fiables et accessibles à une plus large partie de la population.

1.5.3 Stratégies d'évaluation de la PNP

Il semble que l'impact réel de la PNP soit difficilement mesurable. En effet, la PNP s'inscrit dans un contexte multifactoriel. La grossesse, l'accouchement et le postpartum font appel à plusieurs dimensions : psychologie, physiologie, pratiques de la maternité, attentes personnelles.

De ce fait, étant donné qu'il est difficile d'évaluer la PNP à large échelle, il semble que l'évaluation individuelle des patientes et des professionnels soit la piste la plus immédiate, la plus personnalisée, et la plus facile d'accès pour améliorer la PNP au cas par cas. L'HAS a d'ailleurs défini un schéma standardisé permettant de savoir si la PNP a bien répondu aux attentes des patientes et des couples [50].

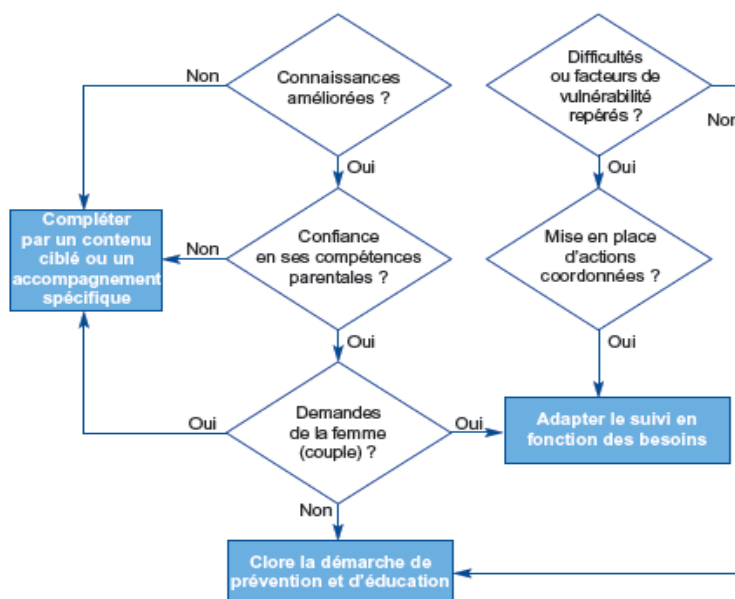


Figure 3. Comment s'assurer que la PNP a répondu aux besoins de la femme et du couple à chaque étape : séances prénatales, à la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou de demande des parents ?

Ainsi notre étude permet de valider partiellement la première hypothèse (*la PNP répond aux besoins des patientes lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat*) car, même si la PNP correspond bien aux attentes de la majorité des patientes (préparation à l'accouchement essentiellement), ce résultat est à relativiser car elles ne connaissent pas, pour la plupart, les nouveaux objectifs de la PNP qui consistent aussi, entre autres, à une préparation à la parentalité.

2. Evaluation de la PNP dans sa composante postnatale

HYPOTHESE 2 : la PNP n'est pas suffisamment développée pour satisfaire les besoins des patientes après le retour à domicile.

La maternité est une « période d'exceptionnelle vulnérabilité » [36] [37]. Elle est associée à une augmentation du stress [37] [38] et est une période où la morbidité psychiatrique est accrue [36] notamment dans le post-partum.

Plus encore, Irène Capponi affirme qu'« une anxiété élevée, « même non pathologique », modifie les attitudes de maternage et se répercute sur l'établissement du lien mère-enfant. » [37] [38] [40] [41] [42].

Par ailleurs, les jeunes mères souffrent fréquemment d'isolement en post partum [37] [45], et un soutien social serait alors important [37] [43] [44].

L'HAS, dans son argumentaire, a bien pris en compte les résultats de la littérature. Elle a également considéré les recommandations de l'OMS qui incitent, à leur tour à « proposer une ou plusieurs séances dans la première année de vie de l'enfant pour aider les parents à faire face aux éventuelles difficultés qui peuvent accompagner l'arrivée d'un nouveau bébé et proposer un soutien parental. » [18]. De ce fait, des professionnels de la périnatalité ont pensé à instaurer récemment un soutien à la parentalité afin de guider les futurs parents dans leurs tâches.

Cependant, l'accompagnement actuel apparaît, dans notre étude, comme insuffisant dans le post-partum. Même si des mesures officielles récentes ont été prises (remboursement de deux séances postnatales entre J8 et la visite postnatale) pour encadrer le postpartum, il semble que l'application de ces dispositifs ne soit pas suffisamment effective dans la réalité.

Poizat A. souligne que « partout, la période du postpartum semble bien encore en souffrance » [46]. Hermange, sage-femme sénatrice souligne les propos rapportés par Delour M. « Jamais une société humaine n'a laissé les jeunes mères aussi seules sans aide pratique, ni soutien moral. » [16]

Nous allons donc explorer le soutien postnatal actuel proposé aux couples.

2.1. Evaluation du fond

2.1.1 Le postpartum, une période de vulnérabilité psychique

Dans le post-partum, une mère connaîtra un état de « préoccupation maternelle primaire » que Donald Winnicott a décrit comme un état transitoire qui permettra à la femme de s'identifier à son nouveau-né et donc de repérer et de répondre aux besoins qu'il manifeste. Dans ce cas, cette manifestation d'anxiété peut être raisonnablement considérée comme normale car elle permettra à la femme de s'adapter à une situation nouvelle [37].

Cependant une anxiété élevée, même si elle n'est pas pathologique, aura des répercussions sur la relation mère-enfant : « une anxiété très élevée témoigne d'une sensibilisation excessive qui ne joue plus ce rôle protecteur et adaptatif. Elle devient au contraire source d'épuisement et de souffrance en raison de l'hyper vigilance et de l'anticipation constante de problèmes éventuels. » [37]. Il faut donc prendre en compte ce facteur.

Quant aux troubles psychiques, on sait que 10% des femmes enceintes (soit 75 000/an) « connaissent un syndrome dépressif qui retentit sur leurs relations avec le nourrisson » [36]. Environ quatre femmes pour 1000 accouchements vont être

hospitalisées suite à des troubles psychiatriques sévères. Dugnat M. affirme même qu'il est possible de prévenir les décompensations psychiatriques dans un quart des cas en post-partum et d'offrir un soutien aux femmes présentant une pathologie psychiatrique antérieure à la grossesse. [36]

Il se joue donc des processus psychiques particuliers lors de la maternité. Ces éléments constituent des raisons convaincantes pour mettre en place un soutien durant la période postnatale.

2.1.2 Le postpartum, une période d'adaptation pour les parents

A la suite de nos entretiens, nous avons pu constater que la période du postpartum est une période délicate pour les nouveaux-parents à la fois dans les soins au nouveau-né, les réaménagements que la naissance implique dans la structuration de la famille. Surtout pour les primipares, le postpartum constitue un temps d'apprentissage, de rencontre et d'adaptation avec le nouveau-né. De plus, les patientes sortent de plus en plus tôt de la maternité. Lors des consultations postnatales, elles ont souvent manifesté leur mécontentement suite au manque de soutien global dans le postpartum. En tant que professionnel de périnatalité, il nous paraît important d'être présents et de soutenir, d'accompagner, de valoriser les femmes et les couples dans leur nouveau rôle de parent lorsqu'ils en manifestent le besoin.

2.2 Evaluation de la forme : mise en place du dispositif actuel

Selon notre étude, les patientes ont exprimé leur insatisfaction quant au soutien en post-partum. Il ressort de nos entretiens que :

-Les patientes ne sont pas assez informées de la possibilité de séances postnatales.

-Les patientes s'organisent elles-mêmes pour les modalités après le retour à domicile. Le soutien qu'elles pensent avoir est essentiellement lié à la sphère privée (conjoint, famille proche, amis par exemple). Ainsi, Irène Capponi a montré que 78% des femmes comptaient essentiellement sur leur conjoint, 61% sur leur famille, 34% sur leurs amis et seulement 26% sur les professionnels [47]. Nous pouvons nous étonner de ce faible taux de demande auprès de ces derniers. Aussi, nous pouvons penser que le soutien à la parentalité est un objectif encore récent et que, de ce fait, les professionnels de la santé ne sont pas encore inscrits dans les mentalités en tant que soutien postnatal éventuel.

2.3 Perspectives d'amélioration et propositions

2.3.1 Formation des sages-femmes et soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité est apparu récemment dans le champ de la périnatalité. De ce fait, la formation initiale des sages-femmes est depuis peu en train de s'adapter à ces nouvelles demandes.

On peut se demander si l'expérience des sages-femmes dans ce domaine est empirique plutôt que scientifique. De ce fait, ce savoir-faire acquis au fil d'une pratique professionnelle peut être riche, mais en décalage par rapport aux données scientifiques actuelles. Par ailleurs, ce savoir acquis est souvent extrêmement déstabilisant pour les patientes qui sont confrontées à des pratiques très différentes selon les professionnels. L'unification du discours en suites de couches est un problème récurrent en maternité.

Il paraît donc judicieux que les sages-femmes prennent connaissance des recommandations officielles concernant le soutien à la parentalité et réalisent une formation continue dans ce domaine.

2.3.2 Promouvoir le dispositif existant

Après réalisation de cette étude, nous avons pu constater que le dispositif actuel n'était pas encore bien connu des patientes ni des professionnels. Il semble donc important de le promouvoir.

Lors de l'entretien prénatal précoce, des consultations, des séances de PNP, du séjour en maternité, les professionnels pourraient informer les patientes du schéma de PNP et de l'offre actuelle.

Aussi, dans une perspective réaliste quant aux comportements contemporains, il semble judicieux de proposer sur un site internet officialisé, comme pour la période prénatale, des informations pour les patientes en post partum.

2.3.3 Développer d'autres formes de soutien en postnatal

Courriers électroniques, numéros verts, suivi téléphonique, cliniques du post-partum ou centres d'allaitement, classes ou groupes d'éducation, présentations didactiques, vidéos et discussions de groupe sont autant de pistes avancées par l'HAS [18] et dont l'évaluation par des études futures sera intéressante afin de proposer le soutien le plus adapté en rapport avec des contraintes budgétaires.

2.3.4 Développer les « centres périnataux de proximité »

Dans son rapport « périnatalité et parentalité » [16], Marie-Thérèse Hermange a émis quelques propositions sur le soutien à la parentalité que nous allons reprendre.

Les centres périnataux de proximité ont vu le jour suite au plan de périnatalité 2005-2007. Ils font partie du réseau périnatal régional. Ce sont des services de proximité qui proposent un suivi de grossesse, mais aussi une préparation à la naissance et à la parentalité de la période prénatale à la période postnatale et des actions de planning familial. Les centres périnataux de proximité ne font pas partie de la maternité. Les mères peuvent y séjourner « pendant une période de 8 à 10 jours selon les besoins » [16]. Elles peuvent aussi s'y rendre pour s'entraîner aux soins du nouveau-né, mais aussi rencontrer des professionnels de la périnatalité.

Mme Hermange a également souligné l'importance de créer des « maisons des bébés et des parents » [16] dans les maternités, sur le même principe que les « maisons vertes » pensées par la psychanalyste Françoise Dolto. Ces maisons constitueraient des lieux d'échanges pour les nouveaux parents. Elles pourraient être un moyen pour les couples d'être rassurés et accompagnés dans leurs nouvelles fonctions, mais aussi de leur permettre de rencontrer d'autres jeunes parents.

2.3.5 Augmenter le nombre des « unités mère-enfant »

Une autre des propositions de Mme Hermange consiste à augmenter le nombre des unités mères-bébés. Ces unités accueillent des dyades mères-enfants qui font l'objet de troubles dans leur relation (dépressions du postpartum, décompensations de pathologies psychiatriques, psychose par exemple). Les hospitalisations durent environ trois mois. Ces espaces accueillent des dizaines de mères ; les pères sont également inclus. Ces structures existent déjà mais ne sont pas assez nombreuses alors que les sorties sont précoces, et que le soutien postnatal est en construction.

2.3.6 Créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile

Ces réseaux existent à l'étranger. En effet, les Pays-Bas, par exemple, offrent un soutien individualisé pendant trente jours maximum, et cela à domicile [16]. De ce fait, Mme Hermange les préconise pour que la continuité des soins soit assurée après la sortie de la maternité. Ils préviendraient les problèmes médicaux, la dépression du post-partum, les dysfonctionnements de la relation mère-enfant et permettraient à la jeune mère d'être soulagée dans la période du post-partum (par le biais d'une aide dans les tâches ménagères par exemple).

Après réalisation de cette étude et corrélations avec la littérature actuelle, il est possible de valider notre deuxième hypothèse : la PNP n'est pas suffisamment développée pour satisfaire les besoins des patientes après le retour à domicile.

Conclusion

La préparation à la naissance et à la parentalité semble répondre aux besoins essentiels évoqués par les patientes avant et après leur accouchement. Elle paraît en adéquation avec les principes actuels de consentement libre et éclairé [30] [32].

La PNP connaît des transformations majeures depuis seulement dix ans. Ainsi, ses évolutions ne se sont pas encore inscrites dans les mœurs et les patientes restent imprégnées par les héritages de la méthode Lamaze. Aussi, même si la PNP dans son état actuel semble satisfaire la plupart des patientes, de nombreux progrès restent à faire. En effet, il convient de faire évoluer l'image de la PNP et d'adapter ses contenus aux recommandations professionnelles de l'HAS et aux médias d'aujourd'hui. Dans cette optique d'amélioration de la PNP, des évaluations sont indispensables. Si les études récentes n'ont pas permis d'identifier ses effets, l'évaluation individuelle par les professionnels et les patientes constitue une alternative immédiate, pratique et efficace pour se mettre en adéquation avec les besoins des patientes et des couples au cas par cas.

De nos jours, la famille devient une préoccupation de l'Etat [12]. Des mesures pour encadrer la petite enfance existent, sont diffusées et soumises à évaluation. Pourtant, il semble y avoir des lacunes entre la naissance et la petite enfance. Les apports de la psychopathologie périnatale ont mis en évidence le lien entre la période néonatale et le développement de l'individu en devenir. De ce fait, le soutien à la parentalité est un enjeu nouveau des politiques gouvernementales. Aujourd'hui, un dispositif d'accompagnement postnatal existe et les sages-femmes sont en première ligne pour y participer. Pour parfaire cet accompagnement le plus fidèlement possible aux connaissances actuelles, la formation des sages-femmes est à actualiser par la formation continue.

Enfin, et avant la fin de ce travail, nous souhaitons préciser que les parents sont les plus compétents pour leurs propres enfants, et que nous devons manier avec finesse et discernement ces concepts, pour ne pas se substituer à eux, mais mettre à leur dispositions un système de soin et d'aide adapté à leurs besoins et à leurs

demandes. Par ailleurs, un site internet même très performant ne peut se substituer à une transmission incarnée.

La tendance actuelle est axée sur la prévention. Dans un contexte de récession économique, nous pouvons considérer que la prévention dans le champ de la périnatalité permettra d'améliorer la santé des femmes et des enfants et réduira les coûts à long terme pour la société.

Bibliographie

- [1] NOLAN, M. (1997) *ANTENATAL EDUCATION – WHERE NEXT?* JOURNAL OF ADVANCED NURSING 25, P 1198-1204.
- [2] JADDOE V., (2009) *ANTENATAL EDUCATION PROGRAMMES : DO THEY WORK?* THE LANCET, VOL 374, SEPT 12 2009, P 863-864
- [3] DICK-READ G. (1944) *CHILDBIRTH WITHOUT FEAR: THE PRINCIPLE AND PRACTICE OF NATURAL CHILDBIRTH*. NEW YORK, LONDON : HARPER AND BROTHERS PUBLISHERS.
- [4] CARON-LEULLIEZ, M., (2004), *L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR : HISTOIRE D'UNE RÉVOLUTION OUBLIÉE*, LES ÉDITIONS DE L'ATELIER.
- [5] BLANCHARD-FREUND E., GUILLAUME S. (2008) *DE LA PSYCHOPROPHYLAXIE OBSTETRICALE A LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE*, EMC (ELSEVIER MASSON SAS, PARIS), OBSTETRIQUE, 5-049-K-10.
- [6] [HTTP://WWW.BLUETS.ORG/SPIP.PHP?ARTICLE139](http://www.bluets.org/spip.php?article139) CONSULTE LE 10 NOVEMBRE 2010
- [7] KNIBIEHLER Y. (1997) *LA REVOLUTION MATERNELLE. FEMMES, MATERNITE, CITOYENNETE DEPUIS 1945*. ISBN : 978-2-262-01194-9. 372 PAGES
- [8] CAUMEL-DAUPHIN F. (2008) *ACCOUCHER NE S'APPREND PAS !* SPIRALE N°47 EDITIONS ERES I.S.B.N. 9782749209326
- [9] LOTHIAN, J (2008) *CHILDBIRTH EDUCATION AT THE CROSSROADS*, JOURNAL OF PERINATAL EDUCATION, 17(2), P 45-49.
- [10] ESCOTT, D., SLADE, P., SPIBY, H., (2004) *THE RANGE OF COPING STRATEGIES WOMEN USE TO MANAGE PAIN AND ANXIETY PRIOR AND DURING FIRST EXPERIENCE OF LABOR*, MIDWIFERY, 20(2), P 144-156.
- [11] DAYAN, J. (2003), *PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERINATALITE*, EDITIONS MASSON P.1

- [12] LAMBOY B. (2009), *SOUTENIR LA PARENTALITE, POURQUOI ET COMMENT ? DEVENIR*, VOLUME 21, NUMERO 1, P 31-60
- [13] WWW.PARENTALITE.INFO, CONSULTE LE 20 NOVEMBRE 2010
- [14] MARTINO B. (1985), *LE BEBE EST UNE PERSONNE*, BALLAND, PARIS
- [15] BRAZELTON T.B, CRAMER B. (1991) *LES PREMIERS LIENS*, STOCK, PARIS.
- [16] HERMANGE, M.-T. (2006). PERINATALITE ET PARENTALITE. RAPPORT REMIS LE 25 FEVRIER 2006 A P. BAS, MINISTRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES, ET A LA FAMILLE.
- [17] BOISSON, M., VERJUS, A., (2004) *LA PARENTALITE, UNE ACTION DE CITOYENNETE. UNE SYNTHESE DES TRAVAUX RECENTS SUR LE LIEN FAMILIAL ET LA FONCTION PARENTALE*, DOSSIER D'ETUDES CAF N63
- [18] HAS (2005), *PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE (PNP)*, ARGUMENTAIRE
- [19] PUECH F., 2008, « LE PLAN DE PERINATALITE 2005-2007 », *ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE (ADSP)*, 61-62 P 17-98.
- [20] DECISION UNCAM DU 5 FEVRIER 2008 (JO DU 22/04/08) CONVENTION NATIONALE (JO DU 19/12/07)
[HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000018681479](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018681479)
- [21] GAGNON AJ., SANDALL J., (2007) *INDIVIDUAL OR GROUP ANTENATAL EDUCATION FOR CHILDBIRTH OR PARENTHOOD, OR BOTH*. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, ISSUE 3, No : CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.PUB2
- [22] BERGSTROM M., ET AL. (2010) *A RANDOMIZED CONTROLLED MULTICENTER TRIAL OF WOMEN'S AND MEN'S SATISFACTION WITH TWO MODELS OF ANTENATAL EDUCATION*. MIDWIFERY, DOI: 10.1016/J.MIDW.2010.07.005.

- [23] ENKIN M., KEIRSE M., NEILSON J., *A GUIDE TO EFFECTIVE CARE IN PREGNANCY AND CHILDBIRTH*, 3RD ED, UK: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2000.
- [24] SHEARER M. (1990) *EFFECTS OF PRENATAL EDUCATION DEPEND ON THE ATTITUDES AND PRACTICES OF OBSTETRIC CAREGIVERS*. BIRTH 17(2), P 73-74.
- [25] NOLAN M. (2009) *INFORMATION GIVING AND EDUCATION IN PREGNANCY : A REVIEW OF QUALITATIVE STUDIES*, THE JOURNAL OF PERINATAL EDUCATION, 18(4), 21-30, DOI : 10.1624/105812409X474681
- [26] NOLAN M. (1998) *ANTENATAL EDUCATION : A DYNAMIC APPROACH*, ELSEVIER LIMITED, ISBN: 0-7020-2279-9
- [27] NOLAN M. (2005) *CHILDBIRTH AND PARENTING EDUCATION : WHAT THE RESEARCH SYS AND WHY WE MAY IGNORE IT*. BIRTH AND PARENTING SKILLS; NEW DIRECTIONS IN ANTENATAL EDUCATION P 1-16
- [28] SHEARER (1993) *EFFECTS OF PRENATAL CLASSES CANNOT BE MEASURED BY OBSTETRIC MANAGEMENT*, BIRTH, VOLUME 20, ISSUE 3, P 130-131
- [29] BRYANTON J., BECK CT. (2010) *POSTNATAL PARENTAL EDUCATION FOR OPTIMIZING INFANT GENERAL HEALTH AND PARENT-INFANT RELATIONSHIP*. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, ISSUE 1, ART N CD004068. DOI: 10.1002/14651858.CD004068.PUB3
- [30] BLONDEL (2007) *NAITRE EN FRANCE*, DSP N61/62 DEC 2007-MARS 2009 P 38-39.
- [31] WEILL C., (1992) *A REPLY TO MALCONTENT : INFORMED CONSENT, ANOTHER VIEW ; PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, VOL 6 ISSUE 3, P 319-322
- [32] PAGE L-A., (2004) ; *LE NOUVEL ART DE LA SAGE-FEMME : SCIENCE ET ECOUTE MISES EN PRATIQUE*, ELSEVIER, ISBN 2-84299-577-5 P 168-69.

[33] DUGNAT M., DOUZON M. (2007) *PAS DE 0 DE CONDUITE POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES FŒTUS DE 3 MOIS : POUR UN ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE « PREVENANT »*, SPIRALE.

[34] CORTET A. (2010), *ETAT DES LIEUX DE LA PNP A PARIS DEPUIS LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS EN NOVEMBRE 2005*, MEMOIRE ESF No 2010PA05MA10.

[35] BRIEGE M., LAGAN PM., SINCLAIR M. (2010) *INTERNET USE IN PREGNANCY INFORMS WOMEN'S DECISION MAKING : A WEB-BASED SURVEY*, BIRTH 37:2 P 106-115.

[36] DUGNAT M. (2002), *SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE PERINATALES : RENOUVELER L'APPROCHE DE LA PREVENTION*, DIALOGUE 157, P 29-41.

[37] CAPPONI, I., HORBACZ, C., (2007) *À PROPOS DE L'INVISIBILITE DE L'ANXIETE PERINATALE*. PERSPECTIVES PSYCHIATRIQUES 46 (4)

[38] CAPPONI I., HORBACZ C. (2008), *LE « DEVENIR MERE » : ANXIETE ET TEMPORALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT*, PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES 14, P 389-404

[39] GOLDSTEIN, L.H., DIENER, M.L., MANGELSDORF, S.C., (1996) *MATERNAL CHARACTERISTICS AND SOCIAL SUPPORT ACROSS THE TRANSITION TO MOTHERHOOD: ASSOCIATIONS WITH MATERNAL BEHAVIOR*. JOURNAL OF FAMILY PSYCHOLOGY 10 (1), P 60–71.

[40] DAVIDS, A., HOLDEN, R.H., GRAY, G.B., (1963) *MATERNAL ANXIETY DURING PREGNANCY AND ADEQUACY OF MOTHER AND CHILD ADJUSTMENT EIGHT MONTHS FOLLOWING CHILDBIRTH*. CHILD DEVELOPMENT 34 (3), P 993–1002.

[41] HART, R., McMAHON, C.A., (2006) *MOOD STATE AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO PREGNANCY*. ARCHIVES OF WOMENS MENTAL HEALTH 9, P 329–337.

[42] MERTESACKER, B., BADE, U., HAVERKOCK, A., PAULI-POTT, U., (2004) *PREDICTING MATERNAL REACTIVITY/SENSITIVITY: THE ROLE OF INFANT EMOTIONALITY, MATERNAL*

DEPRESSIVENESS/ANXIETY, AND SOCIAL SUPPORT. *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL* 25 (1)
P 47–61.

[43] BARRERA, M., (1986) *DISTINCTIONS BETWEEN SOCIAL SUPPORT CONCEPTS, MEASURES, AND MODELS*. *AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY* 14 (4), P 413–445.

[44] RAZUREL C., ET AL. (2010) *COMMENT LES MERES PRIMIPARES FONT-ELLES FACE AUX EVENEMENTS DE LA NAISSANCE DANS LE POST-PARTUM ? UNE DEMARCHE QUALITATIVE*. *REVUE SAGE-FEMME*, DOI : 10.1016/J.SAGF.2010.08.003

[45] MARINOPOULOS, S., (2005) *DANS L'INTIME DES MERES*. FAYARD, PARIS.

[46] POIZAT, A., (2004) *QUELS RITES POUR LE DEVENIR MERE, LE DEVENIR PERE ?* *NAISSANCES* 19, P 55–64.

[47] CAPPONI, I., HORBACZ, C., (2007) *FEMMES EN TRANSITION VERS LA MATERNITE : SUR QUI COMPTENT-ELLES ?* *DIALOGUE* 175, P 115–127.

[48] FICHE ACTIONS INPES N°12 *LES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE* [HTTP://WWW.INPES.SANTE.FR/CFESBASES/CATALOGUE/PDF/1310-3L.PDF](http://www.inpes.sante.fr/CFESBASES/CATALOGUE/PDF/1310-3L.PDF)
CONSULTE LE 14 NOVEMBRE 2010

[49] LBOVICI S., MORO M-R., (2009) *L'APPROCHE PSYCHIATRIQUE DU TRES JEUNE ENFANT ET LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE PERINATALE, L'ARBRE DE VIE*, EDITION ERES, P 53.

[50] HAS (2005), *RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES*, [HTTP://WWW.HAS-SANTE.FR/PORTAIL/UPLOAD/DOCS/APPLICATION/PDF/PREPARATION_NAISSANCE_RECOS.PDF](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
CONSULTE LE 26 SEPTEMBRE 2010

Annexe I : Guideline des entretiens

Guideline entretien prénatal :

- Quelles raisons vous ont incité à vous inscrire aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité?
- Quel type de préparation avez-vous choisi ? Où se déroule-t-elle ?
- Êtes-vous satisfaite de la PNP que vous avez reçu? A-t-elle répondu à vos attentes?
- Pouvez-vous me parler, selon vous, des points forts et des points faibles de cette PNP?
- Pensez-vous pouvoir remettre en pratique des éléments reçus de cette PNP durant votre grossesse, votre accouchement, vos SDC?
- Avez-vous eu recours à d'autres sources d'informations par rapport à votre grossesse, votre accouchement, vos SDC? Si oui, lesquelles?

Guideline entretien à court terme PNP + :

- Quelles raisons vous ont incité à vous inscrire aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité?
- Quelles étaient vos attentes et vos besoins vis à vis de ces cours?
- Êtes-vous satisfaite de la PNP que vous avez reçu? A-t-elle répondu à vos attentes?
- Pouvez-vous me parler, selon vous, des points forts et des points faibles de cette PNP?
- Avez-vous pu mettre en pratique des éléments reçus de cette PNP durant votre grossesse, votre accouchement, vos SDC?
- Quelle serait, pour vous, la PNP idéale? (ex : durée des cours, taille du groupe, sujets abordés, proportion théorie/pratique, présence du père,...)
- Voudriez-vous participer à un cours post-natal s'il vous était proposé?
- Avez-vous eu recours à d'autres sources d'informations par rapport à votre grossesse, votre accouchement, vos SDC? Si oui, lesquelles?

Guideline entretien à court terme PNP - :

- Quelle(s) est(sont) la(les) raison(s) pour lesquelles vous n'avez pas participé aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)?
- Avez-vous eu recours à d'autres sources d'informations par rapport à votre grossesse, votre accouchement, vos SDC? Si oui, lesquelles?
- Avez-vous des appréhensions particulières concernant la grossesse, l'accouchement, le post-partum? Si oui, lesquelles? Avez-vous pu trouver un moyen d'y remédier?
- Vous êtes maintenant en SDC, avec le recul, auriez-vous aimé participer aux cours de PNP? Si oui, pourquoi?
- Voudriez-vous participer à un cours post-natal s'il vous était proposé?

Ces entretiens ont été complétés chez les femmes multipares de questions supplémentaires :

-Avez-vous été préparée à la naissance pour votre(vos) précédente(s) grossesse(s) ?
Si la femme n'a jamais été préparée à la naissance : retour au questionnaire non préparée.

Si la femme a été préparée à la naissance :

- Quel type de préparation avez-vous suivie ? Où ? Quand ? Comment l'avez-vous vécue ?
- Vous a-t-elle aidé pendant votre grossesse, votre accouchement, vos suites de couches, votre retour à la maison et pour la suite ?
- Avez-vous eu un soutien en post-natal ? Si oui, lequel ? Comment l'avez-vous vécu ?

Guideline entretien post-partum à long terme :

- Quelles raisons vous ont incité à vous inscrire aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité?
- Quelles étaient vos attentes et vos besoins vis à vis de ces cours? Aviez-vous des attentes particulières par rapport à la période postnatale ?
- Etes-vous satisfaite de la PNP que vous avez reçu? A-t-elle répondu à vos attentes notamment après l'accouchement?
- Avez-vous pu mettre en pratique des éléments reçus de cette PNP après votre accouchement ?
- Avez-vous eu recours à une forme de soutien après votre accouchement? (ex : famille, amis, PMI, SF libérale, internet, livres, ...)
- Selon vous, un soutien par les professionnels de la périnatalité après l'accouchement serait-il utile ? Si oui, quel serait le soutien postnatal idéal ? (ateliers, espaces de rencontre, visites à domicile, ...)

Annexe II : Description des différentes approches utilisées en France pour le travail corporel

Extrait de l'Argumentaire de l'HAS :

De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée, si bien qu'il n'existe aucune preuve du bénéfice potentiel de ces différentes techniques pour faciliter la naissance et les relations avec l'enfant.

Les méthodes décrites ci-dessous en dehors de la préparation classique de Lamaze proposent un travail corporel et/ou des exercices respiratoires et/ou des techniques de relaxation et/ou de communication avec l'enfant.

La préparation classique

La psychoprophylaxie obstétricale (PPO selon Lamaze) demeure la préparation classique depuis près de cinquante ans. Des exercices pratiques sont proposés pour apprendre la relaxation, la respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée (méthode Lamaze).

La préparation sophrologique avec la pratique de la relaxation dynamique.

La sophrologie créée par Caycedo en 1960 est l'étude de la conscience et des moyens qui permettent d'obtenir la tranquillité, l'équilibre, l'harmonie de l'esprit. Les méthodes de relaxation orientales telles que le yoga et le zen ont été adaptées aux méthodes de relaxation occidentales développées par Schultz et Jacobson (71).

La sophrologie est basée sur trois principes : le vécu direct du schéma corporel à travers des exercices pour aller vers une meilleure acceptation de son corps, une prise de conscience des différentes parties du corps ; l'activation positive, qui consiste en des visualisations positives de l'avenir et du sujet ; l'alliance sophronique: « Pour que la femme accepte de fermer les yeux, il faut qu'elle ait confiance en la sage-femme qui dirige l'entraînement sophrologique. » Elle caractérise également les échanges au sein du groupe de femmes. Les techniques utilisées en sophrologie obstétricale sont la sophronisation de base, la sophro-acceptation positive et la relaxation dynamique. Le sujet imagine une situation de son futur proche qu'il doit essayer de vivre par anticipation comme un événement agréable. Il projette son schéma corporel de façon constructive. Des sensations positives peuvent alors

remplacer les sensations négatives de la douleur de l'accouchement par exemple : c'est la sophro-acceptation progressive. La relaxation dynamique permet de renforcer le schéma corporel. Elle alterne un relâchement musculaire, des stimulations musculaires et des exercices respiratoires. Elle propose des techniques dérivées du yoga, du bouddhisme et du zen japonais. Le père est invité aux séances s'il le souhaite. Cette technique se pratique généralement de manière individuelle ou en groupe de huit personnes maximum.

La préparation aquatique

Elle se pratique de manière collective, souvent dans un petit bassin avec une eau chauffée à 30-32 degrés pour favoriser la détente. Les exercices sont basés sur des mouvements lents qui faciliteraient la prise de conscience du schéma corporel et permettent de poursuivre une activité physique en douceur. Chaque exercice est accompagné d'un travail sur la respiration. L'eau procure une sensation de légèreté et de bien-être qui faciliterait la relaxation. Une menace d'accouchement prématuré constitue une contre-indication à cette préparation. Un certificat médical d'aptitude doit être fourni par la femme. Il n'est pas nécessaire de savoir nager. L'intervenant doit être assisté d'un maître-nageur. Les séances durent environ une heure. Les pères peuvent participer à ces séances. Les femmes vont y chercher une activité ludique, conviviale, un moyen de lutter contre certains maux de la grossesse (jambes lourdes, prise de poids, etc.), un moyen d'améliorer le souffle et de garder une activité physique.

L'haptonomie

C'est une science de l'affectivité, phénoméno-empirique, fondée sur des découvertes sensiblement perceptibles selon Frans Veldmann, kinésithérapeute néerlandais, fondateur de l'haptonomie (72). Cette méthode fondée sur la communication précoce, tactile, entre les parents et le futur bébé permettrait aux parents de nouer une relation réciproque affective avec leur enfant avant même la naissance en entrant en communication avec le fœtus dès que la mère commence à le sentir bouger. Cette méthode doit être débutée le plus tôt possible dans la grossesse mais jamais au-delà du 6e mois (le temps serait trop court pour que les parents et l'enfant en tirent tous les bienfaits possibles). La présence du père au cours de cet accompagnement pré et postnatal est considérée comme indispensable. Après la

naissance de l'enfant, l'haptonomie peut être poursuivie par des techniques de portage de l'enfant. L'haptonomie est soumise à une éthique et à une déontologie particulière. En 2003, 130 personnes en France sont reconnues aptes à accompagner en haptonomie.

Le chant prénatal

D'après Marie-Louise Aucher, l'auteur de cette méthode, le chant de la femme enceinte provoquerait des résonances beaucoup plus intenses que la voix parlée, «un impact physique et neurologique puissant ». Le chant permettrait de favoriser la relation affective, d'apporter une détente, de développer la respiration, de mieux gérer les contractions utérines et les efforts de poussée. Le père et les autres membres de la fratrie peuvent aussi participer aux cours de chant. Une fois l'enfant né, le chant créerait une complicité. Il y a deux façons de pratiquer le chant prénatal : laisser venir librement les sons en composant des vocalises plutôt dans les sons graves ou contrôler les sons en chantant des comptines et des berceuses.

L'acupuncture

En acupuncture, tout serait énergie ; la vie, c'est l'énergie qui se manifeste par l'union des énergies céleste et terrestre. L'énergie circule dans le corps par les méridiens, canaux immatériels superficiels ou profonds où se répercute toute la physiologie de l'Homme. Ils font communiquer toutes les parties du corps entre elles. L'acupuncteur peut agir au moyen d'aiguilles, par exemple.

L'acupuncture permettrait de traiter les différents maux de la grossesse, mais également de préparer le corps (dilatation du col) et le psychisme (accueil de l'enfant à venir) en vue de la naissance.

Le yoga

Les techniques utilisées sont la pratique des asanas (différentes postures : debout, allongé, assis ou accroupi), la maîtrise de la respiration et l'acquisition d'une grande concentration. Les séances sont basées sur la relaxation et la prise de conscience de son corps au moyen de diverses postures. Il existe des postures adaptées à la femme enceinte qui permettent d'assouplir et de détendre son corps, de libérer le diaphragme, d'ouvrir le bassin, de prendre conscience du périnée, d'étirer tout le dos et de relâcher musculairement le corps entier. En général, les cours sont collectifs.

Annexe III : Meta-analyse de la Cochrane Database Library

NOM et Date	Lieu et type	Population	Résultats
Carter- Jessop 1981	USA ECR	N=10 primipares de 32 à 37 SA Groupe A : N=5 Femmes ayant reçu une intervention pour promouvoir l'attachement Ressenti du fœtus et de sa position Augmenter la connaissance de l'activité du fœtus Caresses et massages de l'abdomen du fœtus Groupe B : N=5 éducation anténatale de routine	L'étude a montré des bénéfices sur l'attachement pour le groupe A (Différence pondérée des moyennes : 52,6 comportements d'attachement, 95% CI 21,82 à 83,38 n=10)
Davis 1987	USA ECR	N = 22 primipares entre 32 et 37 SA ont reçu une intervention pour promouvoir l' « attachement intra-utérin » (modèle de Barnard et Rubin)	Effets positifs sur l'attachement mesuré entre le 2 ^{ème} et le 4 ^{ème} jour du post partum.

Westney 1988	USA ECR	<p>N= 28 futurs pères d'origine Africaine, âgés de 15 à 18 ans, ont reçu 2 heures de cours prénataux sur la sexualité humaine, la grossesse et les soins post-natals, pendant 4 semaines.</p> <p>Le groupe contrôle n'a pas reçu d'éducation de ce type.</p>	Des questionnaires de 75 items adressés à la fin des cours ont montré une augmentation des connaissances sur les sujets abordés par rapport au groupe contrôle.
Hamilton-Dodd 1989	USA ECR	<p>N= 16</p> <p>Groupe A : (N=8) programme de préparation maternelle composé de 4 sessions individuelles d'une demi-heure à 2 heures débuté 1 mois avant l'accouchement et jusqu'à 3 semaines en post-partum (soutien à la fonction maternelle, relation mère/enfant...).</p> <p>Possibilité de joindre les thérapeutes par téléphone.</p> <p>Groupe B : préparation classique</p>	Augmentation de la satisfaction maternelle dans le groupe A.

<p>Pfannenstiel 1991</p>	<p>France ECR</p>	<p>N = 67 hommes</p> <p>3 groupes de 11 hommes ont reçu 2 x 1 h 30 de cours (soins du nouveau-né, image paternelle, attitude face au nouveau-né, interaction parent-nouveau-né...)</p> <p>3 groupes de contrôle (contenu non décrit).</p>	<p>Les pères ont été filmés dans le post-partum et ceux ayant reçu une intervention se montrent plus sensibles et plus émotifs par rapport au nouveau-né.</p>
<p>Fraser 1997</p>	<p>USA ECR</p>	<p>N=1275</p> <p>But : montrer l'impact d'une intervention d'éducation anténatale sur le taux d'accouchements voie basse chez une femme ayant déjà eu une césarienne.</p>	<p>Pas de différence significative sur le taux d'accouchements voie basse après une préparation prénatale chez les femmes ayant déjà eu une césarienne.</p>
<p>Corwin 1999</p>	<p>USA ECR</p>	<p>N=48</p> <p>Groupe A : éducation prénatale « étendue » : préparation classique + stratégies d'adaptation au post-partum</p> <p>Groupe B : préparation classique</p>	<p>Mesure des connaissances par un questionnaire de 20 items de type vrai/faux.</p> <p>Les connaissances semblent augmentées dans le groupe A.</p>

Klerman 2001	USA ECR	<p>Groupe expérimental : N = 318 suivi prénatal augmenté de 16 interventions d'éducation prénatale dont une seule en groupe. Distribution de support écrit. Focus sur la grossesse, le support social, l'éducation à la santé.</p> <p>Groupe contrôle : N=308 suivi de routine et préparation classique.</p>	Le groupe a trouvé « très utile » le support reçu.
Mehdizazeh 2005	Iran ECR	<p>N=200 7 cours de 90 minutes (dont soins du nouveau-né, stades du travail, régime, exercices de relaxation).</p>	Une diminution de la durée du travail a été observée.

Annexe IV : Prestations de PNP offertes par les maternités de cette étude

- **Port-Royal**

Cours de préparation à la naissance et à la parentalité classique ou préparation par le yoga.

Les cours de PNP classique se divisent en 4 séances qui allient pratique et théorie, regroupant à la fois un travail corporel et physiologique. Aussi, des informations, des conseils diététiques, et d'hygiène de vie font partie du programme.

Cours numéro 1 : PRESENTATION, GROSSESSE, ANATOMIE, RESPIRATION, RELAXATION

Théorie	Pratique
- Présentation des séances de PNP et des membres du groupe -description de la maternité (équipe, locaux) -explications concernant le suivi de grossesse (terme, échographies, hygiène de vie...) -anatomie de la femme enceinte (utérus, col, bassin, filière génitale...) -quand venir aux urgences ? -étude de la contraction -le déclenchement -aspects théoriques de la respiration.	-exercices de respiration abdominale et thoracique -exercice de bascule du bassin -initiation à la relaxation

Cours numéro 2 : LA PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL, PRISE DE CONSCIENCE DE SON CORPS ET GESTION DE LA DOULEUR

Théorie	Pratique
-le début du travail : comment le reconnaître et quand venir à la	-exercice de respiration en réponse à la douleur

maternité ? -Présentation de la technique de péridurale -anatomie du périnée	-conscience du périnée (postures) -relaxation.
--	---

Cours numéro 3 : LA SALLE DE NAISSANCE (travail actif et accouchement), LA PLACE DU PERE

Théorie	Pratique
-la physiologie du travail actif -la surveillance en salle de naissance -la place du père en salle de naissance -l'accouchement et la poussée -information sur la voie basse instrumentale -information sur la césarienne -physiologie de la délivrance -l'accueil du nouveau-né.	-exercices de poussée -positions pour le travail -exercices de respiration -relaxation.

Cours numéro 4 : VISITE DE LA MATERNITE, LES SUITES DE COUCHES ET LE RETOUR A DOMICILE

Théorie	Pratique
-le séjour en suites de couches -allaitement maternel et artificiel -surveillance clinique de la mère et du nouveau-né avec la visite de la sage-femme et du pédiatre -les conseils sur la fatigue, les visites -la valise à rapporter -explications sur la sortie de maternité -la rééducation du périnée -le suivi à domicile et les conseils pour le retour à la maison.	-La visite de la maternité.

Les cours de PNP sont collectifs. L'effectif de ces groupes est variable selon le nombre d'inscriptions mais aussi selon le taux d'absentéisme. En général, les groupes sont constitués de 10 ou 12 patientes. Ces cours sont ouverts aux futurs pères.

Autres :

-La préparation par le yoga commence dès 22 SA, elle comporte 6 séances d'une durée d'1h30. Les groupes sont constitués de 6 patientes en moyenne. Cette préparation allie éléments théoriques et pratiques (relaxation, posture de yoga).

-Une réunion d'information pour les couples est animée par une sage-femme mensuellement. D'une durée de deux heures, cette séance permet de compléter les informations reçues durant la PNP.

-Réunion d'information sur l'anesthésie en obstétrique (animée par les médecins anesthésistes réanimateurs), une fois par mois.

-Réunion d'information mensuelle animée par les médecins pédiatres pour introduire les soins relatifs au nouveau-né.

-La réunion des pères est exclusivement réservée aux hommes. Elle leur permet d'échanger entre eux leur vision de la maternité. Cette séance est animée par un homme (gynécologue-obstétricien).

- **Les Bluets**

Les cours de PNP se divisent en 4 thématiques : Accueillir, Rencontrer, Douleurs et émotions, Accoucher. Les cours peuvent être animés par différents acteurs de l'équipe : sages-femmes, gynécologues, auxiliaires de puériculture, kinésithérapeutes et infirmières.

Accueillir

-« paroles d'hommes » : ce cours est exclusivement destiné aux hommes. Il s'agit d'une discussion autour de la maternité, la paternité et du ressenti des futurs pères. Il est animé par un gynécologue obstétricien.

-« l'arbre à palabres » : ce cours est animé par un médecin et est réservé aux femmes immigrées. Il permet de leur apporter des informations sur notre système de santé et nos protocoles. Aussi, ce cours ouvre une discussion afin que les patientes puissent exprimer leurs attentes, leurs craintes,... par rapport à leur état de grossesse loin de leur terre d'origine. Il s'agit surtout d'une discussion afin de pouvoir

répondre au mieux aux besoins de ces patientes et de pouvoir, dans la mesure du possible, répondre à leurs attentes.

Rencontrer

-« info écho, rencontre avec l'enfant » : réunion de parents avec des gynécologue-obstétriciens autour d'une vidéo contenant des images échographiques. Le cours est semi-directif. Il apporte des informations théoriques sur l'échographie et le diagnostic prénatal. Des questions peuvent être posées à l'équipe médicale.

-« d'amour, de lait et de petits câlins » : une animatrice (sage-femme, pédiatre, puéricultrice, auxiliaire de puériculture) abordera la question de l'allaitement et de son accompagnement à la maternité. Elle abordera également la physiologie du nouveau-né (son rythme, ses besoins) afin d'éclairer les femmes dans leur chemin d'allaitement.

-« chant prénatal » : cet atelier est payant (environ 10 € la séance). L'inscription est possible dès 4 mois et demi de grossesse.

Douleurs et Emotions

-« l'analgésie péridurale pendant le travail » : cette séance va aborder la technique d'analgésie péridurale, ses effets et ses complications éventuelles. On y parlera également de ses alternatives lorsqu'elle est contre-indiquée ou que la patiente désire une autre méthode de soulagement de la douleur. Ce cours est animé par un médecin anesthésiste-réanimateur.

-« douleurs et émotions » : la problématique de ce cours est « quand venir à la maternité pour la naissance de mon (mes) enfant(s) ? ». La sage-femme y abordera la question de la douleur des contractions. Cet atelier est également pratique : exercices de respiration, et de relaxation, positions à adopter pendant le travail.

-« relaxation » : séance dédiée au bien-être.

Accoucher

-« les premiers jours » : visite de la maternité par une sage-femme et organisation du séjour en suites de couches.

-« accouchement » : explications des différentes phases de l'accouchement. La sage-femme montrera et aidera les patientes à se préparer à diverses positions d'accouchement. Elle fera pratiquer aux femmes des stratégies de soulagement de la douleur non médicales (respiration, ballon, suspension, positions antalgiques...). Si le futur père est présent, elle le fera participer tout autant pour qu'il puisse accompagner sa conjointe.

-diffusion du film « Alma et les autres » : projection d'une vidéo sur le parcours de couples ayant accouché aux Bluets.

-« retour à la maison » : ce cours est post-natal. Il est proposé aux femmes qui viennent d'accoucher. Il permet de réfléchir sur l'organisation après le retour à la maison et est une porte ouverte pour les questions des nouvelles accouchées.

Ces cours sont collectifs et uniquement réservés aux femmes inscrites à la maternité des Bluets. Elles peuvent s'inscrire aux cours auxquels elles désirent assister. Les séances sont ouvertes aux futurs pères.

Les cours d'haptonomie ont été proposés à une époque mais suite à des restrictions budgétaires, ceux-ci ont dû être retirés de l'offre proposée par les Bluets.

- **Lariboisière**

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité n'existent plus à la maternité de Lariboisière suite à un problème d'effectif de sages-femmes. Les patientes sont adressées à des sages-femmes libérales qui assureront leur préparation.

Néanmoins, un « temps d'information » théorique d'une durée de 2 heures est proposé une fois par semaine. Cette séance n'a pas de limite d'effectif, l'inscription est gratuite et libre. Elle comporte une visite de la maternité et la présentation d'un diaporama sur la grossesse, quand venir à la maternité, l'accouchement, le séjour en suites de couches.

Il existe également une réunion d'information bimensuelle sur l'anesthésie en obstétrique (réunion animée par des médecins anesthésistes-réanimateurs).

Evaluation qualitative de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité : le point de vue des patientes

Contexte : En 2005, l'HAS a revisité la préparation à la naissance en émettant un argumentaire pour encadrer les pratiques professionnelles. Nous nous sommes demandés si la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), telle qu'elle a été redéfinie en 2005, répondait aux besoins actuels des patientes.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs en pré et postnatal auprès de patientes dans les maternités de Lariboisière, de Port-Royal et des Bluets.

Résultats : Les patientes sont satisfaites de la PNP qu'elles poursuivent, néanmoins, ces résultats sont à relativiser car elles ne connaissent pas les objectifs actuels de la PNP et sont encore imprégnées par les héritages de la méthode Lamaze. En postnatal, le dispositif existant paraît insuffisamment développé. Cependant, les patientes n'imputent pas la responsabilité de la faiblesse du soutien post-natal à la PNP car elles n'attendent pas de cette dernière une préparation à la parentalité.

Mots-clés : Préparation à la Naissance et à la Parentalité, Satisfaction, Education, Périnatalité, Parentalité, Soutien postnatal.

Qualitative evaluation of antenatal education in France: from the patient's point of view

Background: In 2005, the HAS (the French public health authority) examined the current state of antenatal education in France in an attempt to set basic standards and renew formats of prenatal classes. The object of this study is to determine whether or not these new guidelines, as they were redefined in 2005, meet the needs and expectations of pregnant women who attend childbirth classes.

Methodology: Semi-structured interviews were conducted with patients before and after birth in the Maternity wards of Lariboisière, Port-Royal, and Les Bluets.

Results: Patients seem to have an overall satisfaction with their experience of antenatal education. Nevertheless, not all patients are fully aware of the current objectives of classes, and are still influenced by the legacy of the Lamaze method which had a huge impact upon prenatal education in France since the 1950's. The existing postnatal support appears to be insufficiently developed but patients don't put the responsibility of the weakness of the postnatal support on prenatal education because they were never expecting a preparation for parenthood.

Keywords: Antenatal education, childbirth education, childbirth classes, childbirth satisfaction, patient education, parenthood, postnatal support.