



HAL
open science

La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents

Pauline Poirier

► **To cite this version:**

Pauline Poirier. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00659735

HAL Id: dumas-00659735

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735v1>

Submitted on 13 Jan 2012

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.

Université d'Angers,

Ecole de Sages-femmes René ROUCHY,

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA
PARENTALITE,
CE QU'EN SAVENT LES FUTURS PARENTS.**

Enquête rétrospective réalisée auprès des femmes accouchées
à la Maternité du CHU d'Angers
du 9 septembre au 1^{er} octobre 2010

Mémoire soutenu par POIRIER Pauline

Sous la direction de : Madame GOICHON Brigitte

Mars 2011

Université d'Angers,

Ecole de Sages-femmes René ROUCHY,

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA
PARENTALITE,
CE QU'EN SAVENT LES FUTURS PARENTS.**

Enquête rétrospective réalisée auprès des femmes accouchées
à la Maternité du CHU d'Angers
du 9 septembre au 1^{er} octobre 2010

Mémoire soutenu par POIRIER Pauline

Sous la direction de : Madame GOICHON Brigitte

Mars 2011

Je remercie,

Madame Brigitte Goichon pour son précieux temps et son aide pour la mise en place, l'interprétation de mon étude et la construction de ce mémoire,

Lucie Jeanne et Jacqueline Combreau pour leur avis éclairé sur mon questionnaire et le temps consacré à la relecture de mon travail,

Tous les parents ayant participé à l'étude,

L'équipe enseignante de l'école de Sages-femmes René-Rouchy,

Toute la promotion 2007-2011 pour ces 4 années ensemble,

Ma famille ainsi que Matthieu, Adèle, Audrey, Céline, Chloé et Sandrine pour leurs relectures et surtout leur précieuse présence au cours de ces cinq années d'études.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7
GENERALITES	9
1. .Historique de la préparation à la naissance et à la parentalité	9
1.1. L'accouchement sans douleur.	9
1.2. Évolution du concept : de l'accouchement sans douleur à la préparation à la naissance et à la parentalité	10 10
2. .La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	10
2.1. Objectifs de la PNP	10
2.1.1. Recommandations de l'HAS et de l'OMS	10
2.2. Organisation de la PNP	11
2.2.1. Début de la PNP	11
2.2.2. Remboursement et organisation des séances	12
2.3. Offre de PNP	13
2.3.1. Sages-femmes	13
2.3.2. Les différentes méthodes de PNP	14
MATERIEL ET METHODE	16
1. Matériel	16
1.1. Constitution de la population	16
1.2. Questionnaire	16
2. Méthode	17
2.1. Modalités pratiques	17
2.2. Exploitation des résultats	17

RESULTATS	18
1. Caractéristiques maternelles	18
1.1. Caractéristiques générales	18
1.2. Profil staturo-pondéral	22
2. Caractéristiques paternelles	23
2.1. Caractéristiques générales	23
3. Caractéristiques de la grossesse	25
4. Que savent les couples de la PNP avant la grossesse	28
5. Qu'en est il de l'information des futurs parents sur la PNP pendant la grossesse	33
6. Quand les couples ont participé à la PNP, qu'en ressort' il	39
7. Quand les couples n'ont pas participé à la PNP, quels en sont les motifs	46
DISCUSSION	48
1. L'étude	48
2. Généralités	50
3. Connaissances préalables des futurs parents et information sur la PNP	52
4. Contenu de l'information	53
5. Les séances de PNP à postériori	60
6. Les motifs de non participation à une PNP	63
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	69

GLOSSAIRE

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

HAS : Haute Autorité de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

INTRODUCTION

«Préparation à l'accouchement», «préparation à la naissance», «préparation à la naissance et à la parentalité»; ces termes retracent l'évolution de cette préparation de son apparition dans les années 50 à aujourd'hui. Pourtant la «préparation à la naissance et à la parentalité» (PNP) reste le terme le moins connu que ce soit du public que des professionnels de santé, ou du moins, le moins employé. C'est pourtant vers cet accompagnement à la parentalité que tendent aujourd'hui les professionnels le dispensant, mais aussi les parents. On le voit notamment à travers la demande d'un accompagnement personnalisé, au plus proche des demandes des couples. Ceux-ci souhaitent choisir pour eux et leur futur bébé une transition vers la parentalité en accord avec leurs visions, leurs projets de futurs parents. La préoccupation première de ceux-ci n'est plus uniquement la prise en charge de la douleur. L'évolution s'est également faite conjointement au développement de l'idée que la maternité et la paternité constituent une véritable transformation à la fois physique, pour la mère, mais aussi psychique et sociale. C'est-ce que Racamier, psychanalyste français, exprime sous le concept de «maternité» dès 1961. On peut également étendre ce concept pour parler de «paternité» et donc de «parentalité». C'est donc un mouvement, un processus complexe très personnel, mettant en jeu l'histoire, la personnalité, le vécu de chaque parent, du couple, leurs affects... Face à ce bouleversement, les couples nécessitent un soutien, souvent recherché auprès des parents ou amis, par le partage d'expériences. Si les informations apportées par l'entourage peuvent effectivement servir de repères, d'aide aux futurs parents, ils sont néanmoins empreints de subjectivité qui, selon le vécu, peuvent parfois également majorer l'anxiété et les questionnements du couple.

La PNP tente de répondre au plus près aux attentes des futurs parents par une information adaptée, un échange, un suivi personnalisé... Pourtant moins de la moitié des femmes y participent : 66,6% des primipares et 24,9% des multipares. Se pose alors la question de savoir si la raison en est que les futurs parents n'y voient pas d'intérêt, si le contenu n'est pas adapté à leurs attentes, s'ils sont bien informés de l'existence de cette préparation, de ses offres, de ses possibilités... Si la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande clairement de proposer l'entretien individuel ouvrant les séances de PNP à toutes femme enceinte, cela est-il fait? L'information est-elle complète, objective, claire ? Permet-elle aux couples un choix éclairé de leur participation ou non à la PNP? On peut se poser ces questions lorsque nous voyons les patientes en fin de grossesse, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers.

A la question d'une participation ou non aux séances de PNP, il n'est pas rare que l'on entende qu'il n'a pas été donné aux couples la possibilité d'y participer, notamment par manque d'information.

Face à ce constat, nous avons repris l'évolution de la préparation, de l'accouchement sans douleur à l'accompagnement à la parentalité, d'un point de vu historique mais également à travers les recommandations professionnelles et la législation française. Nous avons également rappelé les objectifs de la PNP aujourd'hui ainsi que sa mise en place. Le but de notre enquête était d'évaluer la connaissance des futurs parents sur la préparation à la naissance et à la parentalité. En analysant nos résultats et en les confrontant avec la littérature, nous avons tenté de pointer les éventuels problèmes d'information sur la PNP qui pourraient jouer sur une participation à celle-ci.

GENERALITES

1. HISTORIQUE DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE

1.1. L'accouchement sans douleur

Culturellement, l'accouchement est synonyme de douleur. L'enfantement dans la douleur prédit dans la Bible pour châtier Eve, reste notamment inconsciemment ancré dans les esprits. La diminution de cette douleur a été tentée de diverses manières au cours des siècles. Au 19^{ème} siècle, en Angleterre, l'accoucheur de la reine Victoria popularise le chloroforme comme anesthésiant lors de l'accouchement. L'hypnose est également utilisée vers la fin du 19^{ème} siècle. Au début du 20^{ème} siècle, un obstétricien anglais, Dick Read, insiste sur l'influence des croyances collectives qui entraîneraient des peurs et des tensions au moment de l'accouchement. Selon lui, ce sont celles-ci, et non pas les contractions elles mêmes, qui causeraient les douleurs lors du travail.

Mais en France, ce n'est qu'en 1953 que cette douleur va réellement être prise en charge grâce à une méthode ramenée d'URSS. C'est le docteur Lamaze, neurologue et obstétricien français qui découvre les travaux du professeur Russe Nikolaïev, inspirés de ceux de Pavlov. Ceux-ci montrent que la douleur est un réflexe conditionné par la culture et qu'une éducation psychique de la femme enceinte permettrait un accouchement sans douleur. Il faut séparer l'idée de douleur de l'accouchement en donnant une connaissance aux femmes sur ce moment, en ramenant la contraction à un seul travail musculaire intense, en diminuant la peur de l'inconnu et en leur permettant de garder une bonne condition physique. L'expérimentation de cette méthode couramment pratiquée en URSS est alors débutée dans une maternité à Paris, sous forme d'entretiens théoriques et de séances physiques collectives auxquelles les pères sont conviés. Une rapide adhésion des femmes à cette méthode permet sa popularisation par l'assistance publique des hôpitaux de Paris, dès 1954. C'est le début de l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique qui fait date dans l'histoire de l'obstétrique avec la publication d'un ouvrage par Lamaze en 1956.

Cette même année, le Pape Pie XII reconnaît alors que l'accouchement sans douleur ne va pas à l'encontre de la morale chrétienne et la sécurité sociale commence à rembourser la préparation à l'accouchement sans douleur, à hauteur de 8 séances. Les années 1962-1975 marqueront l'apogée de l'accouchement sans douleur. Une femme sur deux participe alors à ces séances de préparation. Les femmes ne sont plus assujetties à la douleur et deviennent actrices de leur accouchement.

1.2. Évolution du concept : de l'accouchement sans douleur à la préparation à la naissance et à la parentalité

Dans les années 1970 apparaissent d'autres méthodes de préparation à la naissance comme le yoga, la sophrologie, l'haptonomie. Ces méthodes sont présentées comme des alternatives à la préparation psychoprophylactique jugée trop directive. C'est à ce moment également, que commence à se développer l'analgésie péridurale. La douleur n'est alors plus la principale préoccupation des femmes, la participation aux séances de préparation à l'accouchement diminue.

La préparation à l'accouchement évolue alors vers une prise en charge plus globale, non seulement de l'accouchement mais aussi des couples en temps que futurs parents. Elle cherche à transmettre des connaissances sur la grossesse, l'accouchement et le post partum, en prenant en compte les dimensions à la fois physiques, mais aussi psychologiques, affective et sociales de la grossesse. On passe progressivement de l'accouchement sans douleur à la préparation à la naissance et à la parentalité. Le suivi est plus personnalisé et permet aux futurs parents de gagner en confiance pour une participation active dans leur chemin vers la parentalité.

2. LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

2.1. Objectifs de la PNP

2.1.1. Recommandations de l'HAS et de l'OMS

La préparation à la naissance a évolué avec le changement des demandes de la population. La priorité n'étant plus la douleur, il ne s'agit plus seulement d'éduquer les femmes pour la prévenir. On tend alors vers une approche plus personnalisée où les cours pour « apprendre à accoucher » se transforment en entretiens, en échanges, avec une plus grande richesse d'approches corporelles, théoriques et psychologiques. Cet élargissement du concept de préparation à la naissance et à la parentalité permet de l'intégrer comme outil de santé publique pouvant envelopper la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

C'est dans cette optique que le Plan périnatalité 2005-2007 [1] rappelle l'intérêt de la mise en œuvre des séances de PNP, en complément des consultations prénatales, pour une amélioration de l'état de santé de la femme et du nouveau né. Ces séances se basent sur la prévention et l'éducation des femmes enceintes. Le plan périnatalité de 2005-2007 introduit un entretien réalisé dès le 4^{ème} mois de grossesse pour ouvrir le dialogue entre, d'une part le professionnel de santé, qui pourra alors évaluer le contexte psychosocial, affectif de la grossesse, et d'autre part le couple, qui

pourra faire part de ses attentes concernant la PNP, mais aussi la grossesse et le projet de naissance. Cet entretien permet aussi de repérer précocement les grossesses à risque et de mieux orienter les futurs parents pour un meilleur suivi de la grossesse au plus proche de leurs souhaits.

Suite au plan de périnatalité, l'HAS a élaboré des recommandations professionnelles sur la PNP [2], répondant à la demande de la direction générale de la santé et des associations de sages-femmes.

Sont rappelés dans ce rapport, les objectifs de la PNP selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002-2003 [3]. Ceux-ci insistent sur l'importance de la PNP pour aider la femme à vivre sa grossesse de manière saine, par des conseils appropriés et des messages éducatifs qui lui permettront de rester en bonne santé et donc de contribuer à celle de son enfant. La PNP doit lui permettre de faire de sa grossesse et de son accouchement une expérience heureuse. Ils stipulent qu'elle doit apporter un soutien grâce auquel les couples pourront prendre confiance dans leurs capacités à accéder à la parentalité. La PNP doit aussi permettre de conseiller la femme pour son allaitement et les soins au nouveau né, ainsi que pour reprendre un mode de vie sain permettant un meilleur rétablissement après l'accouchement. Reprenant les recommandations de l'OMS, l'HAS propose des objectifs généraux pour la PNP en France. Ceux-ci font ressortir principalement l'importance de la coordination des professionnels de santé, pour que les couples se sentent entourés et sécurisés. Là aussi, la PNP doit permettre aux couples une réassurance face à cette période, de la grossesse au post partum. Elle doit les accompagner dans leurs choix pour le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, du post partum, notamment avec l'organisation d'échanges, de partages d'expériences. La PNP est, pour l'HAS, un outil ayant également pour but de diffuser des savoirs permettant à la femme d'adopter des habitudes de vie saines, des comportements adéquats pour l'alimentation, la sécurité et le développement psycho-moteur du nouveau né. Elle est également un soutien psychosocial pour la construction de la famille, de la parentalité et de son association à la vie de couple ; pour repérer les manques et problèmes affectifs ; pour prévenir les troubles de la relation mère enfants et la dépression du post partum.

2.2. Organisation de la PNP

2.2.1. Début de la PNP

Différentes organisations de santé s'accordent à recommander une participation précoce à la PNP.

Ainsi, l'OMS recommande de débiter la PNP dès le 1^{er} trimestre de grossesse, avant même 14 SA [3]. En effet, à ce moment, les parents sont préoccupés par la grossesse dans son ensemble et non pas encore centrés sur l'accouchement. Une ou deux séances précoces permettraient notamment d'encourager les femmes à adopter un style de vie sain en discutant sur la nutrition et les conduites addictives.

En France, le plan périnatalité 2005-2007 [1] fixe le début des séances de PNP avec l'entretien du 4^{ème} mois. Celui-ci, devant être proposé à toutes femmes enceintes, est inclus dans les séances de PNP. Ce premier entretien prénatal, individuel ou en couple, permet dès le début de la grossesse d'investir les parents dans un projet en leur laissant la parole sur leurs souhaits pour la grossesse, l'accouchement et le retour à la maison. Il permet à la femme de trouver pour cette période les ressources nécessaires grâce à la liaison faite avec le système de santé et ses différents professionnels. Il soutient donc l'autonomie des parents et leur confiance en leurs capacités tout en repérant les éventuels facteurs de vulnérabilité. Cela permet d'aiguiller précocement le couple vers le professionnel approprié. En complément des consultations médicales de grossesse, il permet de prendre en compte les versants psychosociaux et affectifs de la grossesse et d'évaluer les besoins personnels des femmes en terme de prises en charge pour un bon suivi de la grossesse et le développement des compétences parentales. A cette occasion, les différentes méthodes de PNP pourront être discutées avec la femme afin de lui proposer des séances adaptées à ses attentes.

On voit là l'importance du travail en réseau et de la diffusion de l'information sur la PNP, notamment sur l'entretien du 4^{ème} mois, par les professionnels de santé. En effet il permettra de guider la femme vers une PNP en accord avec ses attentes. Si celui-ci n'a pu être fait, le professionnel de santé doit informer au mieux sur les possibilités existantes pour que couple puisse choisir, en connaissance de cause, le suivi qu'il souhaitera pour l'accompagner vers la parentalité.

2.2.2. Remboursement et organisation des séances.

Suite aux succès des débuts de la méthode psychoprophylactique de préparation à l'accouchement, la sécurité sociale commence à rembourser les séances. Dès 1961, elles seront remboursées à hauteur de 100% sur une base de 8 séances, pour les femmes affiliées à un organisme d'assurance maladie. La mention de ce remboursement figure clairement dans le guide maternité [4] remis par l'assurance maladie aux femmes lors de leur déclaration de grossesse. Ce guide indique aussi que la PNP peut se débiter dès le 4^{ème} mois par une 1^{ère} séance individuelle d'entretien qui sera suivi de 7 séances de PNP, individuelles ou en groupe.

L'organisation des séances est réglementée par l'arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, notamment de sages-femmes [5]. La rubrique sur les séances de préparation psychoprophylactique obstétricale stipule que la première séance est individuelle et peut être réalisée dès le 1^{er} trimestre. Les séances suivantes peuvent être collectives et dispensées à un groupe de 6 personnes maximum. L'arrêté précise également la durée de ces séances, qui ne peut être inférieure à 45 min.

Si en France les 8 séances remboursées le sont dans le cas d'une préparation anténatale, l'OMS recommande pourtant une ou plusieurs séances postnatales, dans la première année de vie [2]. Elles paraissent en effet intéressantes dans l'optique de l'évolution vers une préparation à la parentalité pour soutenir la fonction parentale et prévenir les dépressions du post partum.

Si dès la naissance de la préparation psychoprophylactique, le Dr Lamaze invitait les pères à participer aux séances, on comprend que cette proposition est d'autant plus importante que la préparation s'inscrit de plus en plus dans un projet de couple en devenir de parents. L'argumentaire de l'HAS pour les recommandations professionnelles [2] rappelle que les séances doivent être ouvertes le plus souvent possible aux futurs pères également. On retrouve cette demande dès 1988 dans « La chartre des droits de la parturiente » votée par le Parlement Européen [6] ainsi que plus récemment dans des recommandations de l'OMS [2].

2.3. Offres de PNP

2.3.1. Sages femmes

En France les séances de PNP sont animées par des sages-femmes la plupart du temps. Elles peuvent également être réalisées par un médecin.

D'après l'enquête périnatale de 1998, 75% des femmes participant à une PNP la réalisait dans la maternité où elles accouchaient, 25% dans un cabinet libéral [2]. Un rapport de L'ONDPS de 2004 montrait qu'en libéral, 86% des sages-femmes dispensaient des séances de PNP et 46% des sages-femmes en établissement hospitalier public [7]. Dans un mémoire d'étudiante sage-femme de 2009, on retrouvait, en Pays de la Loire, 95% de sages-femmes libérales effectuant une PNP et 86,5 réalisant l'entretien du 4^{ème} mois [8]. On compte en France une densité de 116 sages-femmes pour 100000 femmes enceintes dont 14 sages femmes libérales. Il existe cependant une disparité régionale et départementale avec parfois une non possibilité pour les sages-femmes de répondre à la demande de soins [8]. Cependant, depuis 1998, les effectifs de sages-femmes augmentent plus que le nombre de naissances [2]. Pourtant le taux de participation à la PNP reste stable depuis 1998. avec seulement 66,6% de femmes primipares et 24,9% de multipares suivant une PNP d'après l'enquête périnatale de 2003. [9]

2.3.2. Les différentes méthodes de PNP

Préparation psychoprophylactique à l'accouchement

C'est la première méthode de préparation à l'accouchement mise en place en France par le Dr Lamaze dans les années 1950, aussi appelée préparation à l'accouchement sans douleur. C'est encore la méthode la plus pratiquée. Elle se base sur des cours théoriques permettant de diminuer les peurs et les angoisses des femmes par des connaissances sur leur corps, le travail, l'accouchement. Cet enseignement a pour but de défaire les croyances qui d'après les travaux de Nikolaïev conditionnent la douleur lors du travail. Cette préparation inclus également des exercices de respiration et de poussée permettant aux femmes de se rendre actrice de leur accouchement. Un grand temps est consacré aux échanges entre sage-femme et patientes pour qu'elles soient aux mieux préparées à faire face à la douleur.

Haptonomie :

Elle fut fondée par Frans Veldman, médecin Néerlandais dans les suites de la seconde guerre mondiale. Celui-ci met alors en avant l'importance du contact affectif et tactile lors des soins. Il développe donc l'haptonomie où le contact n'est non pas un simple touché physique mais un touché psycho tactile et affectif, comme une véritable rencontre avec l'autre, qui lui permet alors de se construire de cette expérience, de se confirmer d'une manière sécurisante dans son existence, et de s'épanouir en temps que personne à part entière, et ce dès la vie prénatale. Dans le domaine de l'obstétrique, la préparation haptonomique doit donc être commencée au plus tôt pendant la grossesse, dès que la mère peut sentir son enfant bouger et peut se poursuivre pendant la première année de vie. Elle ne peut se faire qu'en présence des deux parents ou d'un tiers si le père est absent. L'haptonomie permet alors d'établir de façon précoce le dialogue entre l'enfant in utéro et les parents. Elle permet d'une part à l'enfant de prendre sa place, de puiser dans ces échanges pour se développer, et d'autre part à la relation affective parents enfant de se développer, au couple de se sentir investi dans sa nouvelle parentalité [10].

Sophrologie

C'est le neuropsychiatre espagnol Caycedo qui crée la sophrologie en 1960. S'appuyant sur l'hypnose, la sophrologie permet d'atteindre différents stades de conscience, de la concentration à la méditation. Les séances vont permettre à la femme d'acquérir un état d'esprit particulier, de relâcher volontairement ses muscles et de travailler sa respiration. Ainsi, la femme va pouvoir, d'une part prendre conscience de toutes les parties de son corps et de percevoir comment celles-ci peuvent entrer en action pour l'accouchement, et d'autre part atteindre un stade de relaxation maximale par la visualisation de situations positives lui permettant de se détacher de la douleur.

Préparation en piscine

Cette préparation à la naissance permet à la future mère une détente psychologique et corporelle. En effet la préparation en piscine se pratique de manière collective, dans une eau chauffée, permettant au corps de se libérer de son poids, de ses tensions musculaires et ligamentaires. Elle donne une plus grande liberté de mouvements pour faire travailler le corps et permet aussi de lutter contre les problèmes circulatoires et dorsolombaires. La respiration et le souffle peuvent également être travaillés et développés.

Yoga

Par le travail de différentes postures, le yoga permet à la femme de trouver des positions adaptées, que ce soit pour la respiration en libérant le diaphragme, l'accouchement en ouvrant le bassin, la grossesse en libérant le dos et en travaillant la musculature dorsale et lombaire... Le yoga est aussi basé sur des exercices de concentration et de relaxation permettant à la femme de se recentrer sur elle-même, de relâcher son corps, de ne pas se laisser dépasser par la douleur, et de se concentrer sur sa respiration dont la maîtrise est un des objectifs du yoga. Ce sont donc des séances collectives de préparation et de détente à la fois physique et psychique.

Chant prénatal

Le chant prénatal dérive de la psychophonie, méthode de communication vocale et affective développée par M.L. Aucher dans les années 1970. Les vocalises créent des vibrations ressenties par la femme dans les différentes zones de son corps, ce qui lui permettrait de prendre conscience des muscles pouvant être sollicités durant l'accouchement. Elles sont également perçues par le bébé renforçant ainsi le lien affectif parents-enfant. Par le chant, la femme travaille également son souffle, développe sa respiration et sa relaxation. Au moment du travail et de l'accouchement, le chant prénatal peut donc aider la femme à gérer la douleur, à détendre son corps et à laisser sa place au bébé.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons effectué une enquête rétrospective afin d'apprécier ce que savaient les futurs parents de la préparation à la naissance et à la parentalité et comment était réalisée l'information au cours de la grossesse. Pour cela un questionnaire a été distribué à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, qui est un centre de niveau III, sur la période du 9 septembre au 1^{er} octobre 2010.

5. MATERIEL

5.1. Constitution de la population

Le recrutement des couples voulant participer à cette étude a été réalisé dans le service de suites de couches.

Le questionnaire était distribué à toutes les femmes à 2 jours du post partum qu'elles aient suivi ou non une PNP.

Etaient incluses dans l'enquête uniquement les femmes qui étaient considérées à bas risque obstétrical [Annexe 1].

- Les primipares ou multipares

- Âgées de 18 ans inclus à 35 ans non inclus

- Sans antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière

- Sans antécédents néonataux (prématurité, mort né, mort néonatal) chez les multipares

- Sans utérus cicatriciel chez les multipares

- Sans pathologie au cours de la grossesse

- Les grossesses uniques

- Les présentations céphaliques

5.2. Questionnaire

Le questionnaire a été rédigé en Juillet 2010 puis testé auprès de 2 sages femmes libérales et auprès de 4 de leurs patientes.

Le questionnaire comportait 5 parties [Annexe 2]:

- Une première partie de «généralités» portait sur le couple et la grossesse : âges, nationalités, professions, parité, modalités d'accouchement, participation à une PNP...

- Une deuxième partie reprenait les connaissances des parents sur la préparation à la naissance avant le début de la grossesse.

Une troisième partie concernait l'information qu'avaient reçue les couples pendant la grossesse.

Une quatrième partie interrogeait les femmes ayant participé à une PNP sur les intérêts trouvés

Une dernière partie comprenait les différentes raisons de non participation à la PNP le cas échéant.

6. METHODE

6.1. Modalité pratiques

Sur la période du 9 septembre au 1^{er} octobre 2010, les questionnaires étaient distribués au rythme aléatoire des jours de repos imposés par les gardes en salle de naissance de l'enquêtrice : les 9, 10, 13, 15, 17, 18, 21, 22, 28, 29 et 30 septembre et le 1^{er} octobre. Ils étaient ensuite récupérés en main propre.

Ceci a permis de proposer l'étude à la majorité des femmes à bas risque obstétrical ayant séjourné dans les services de suites de couches sur ces 3 semaines.

La possibilité d'inclusion des femmes était vérifiée sur les dossiers obstétricaux type AUDIPOG des patientes.

Le but du questionnaire distribué était expliqué individuellement à chaque femme correspondant aux critères d'inclusion qui acceptait alors ou non de participer. Sur les questionnaires distribués étaient annotés le terme et mode d'accouchement, l'analgésie éventuelle lors du travail et le poids de naissance du nouveau né, toutes les autres données étant demandées dans le questionnaire.

6.2. Exploitation des résultats

Les données des questionnaires ont été analysées à partir du logiciel Excel. L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel d'épidémiologie d'Atlanta « Epi-Info ». Pour comparer les valeurs qualitatives des deux groupes, nous avons utilisé le test du Chi², le corrigé de Yates lorsqu'un effectif était inférieur à 30 et le test exact de Fisher lorsqu'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

RESULTATS

Cent dix questionnaires ont ainsi été distribués et 98 ont été récupérés. Ce qui représente un taux de réponse de 89%. Selon nos critères de sélection, nous avons recruté 52 patientes ayant fait une PNP (soit 53%) et 46 n'y ayant pas participé.

1. CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES

1.1 Caractéristiques générales

Tableau I : âge maternel

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
18 - 19 ans	1 (1,9%)	1(2,1%)	
20 - 24 ans	5 (9,6%)	8 (17,39%)	
25 -29 ans	27 (51,9%)	15 (32,6%)	NS
30 – 34 ans	17 (32,7%)	20 (43,5%)	
Sans réponse	2 (3,8%)	2 (4,3%)	

Dans le groupe préparation à la naissance, l'âge maternel moyen à l'accouchement est de 28,4 ans (+/- 3,3 ans), avec des extrêmes allant de 18 ans à 34 ans.

Dans le groupe sans préparation à la naissance, l'âge maternel moyen à l'accouchement est de 28,3 (+/-3,9 ans), avec des extrêmes allant de 18 à 34 ans.

Tableau II : Situation de famille

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
célibataire	27 (51,9%)	25 (54,3%)	
mariée	21 (40,4%)	21 (45,6%)	NS
Sans réponse	4 (7,7%)	0	

Tableau III : Mode de vie familiale

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
vit seule	1 (1,9%)	2 (4,3%)	NS
vit en couple	51 (98%)	43 (93,5%)	

Tableau IV : Nationalité

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
française	51 (98%)	43 (93,5%)	NS
autre	1 (1,9%)	2 (4,3%)	

Tableau V : Origine géographique

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
France métropolitaine	50 (96,2%)	39 (84,8 %)	NS
Afrique du nord	1 (1,9%)	4 (8,7%)	
Afrique	0	2 (4,3%)	
Dom tom	0	1 (2,2%)	
Sans réponse	1 (1,9%)	0	

Tableau VI : Niveau d'étude

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Non scolarisée	0	1 (2,2%)	0,000023
Collège, CAP, BEP	7 (13,5%)	20 (43,5%)	
Lycée	7 (13,5%)	14 (30,4%)	
Enseignement supérieur	38 (73,1%)	11 (23,9%)	

Tableau VII : Profession

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Artisane, commerçante	1 (1,9%)	1 (2,2%)	0,00036
Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin	8 (15,4%)	3 (6,5%)	
Profession intermédiaire, cadre moyen	7 (13,5%)	0	
Employée	32 (59,6%)	21 (45,7%)	
Ouvrière	1 (1,9%)	5 (10,9%)	
Sans profession	3 (5,8%)	16 (34,8%)	

Tableau VIII : Profession exercée pendant la grossesse

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Femmes exerçant une profession pendant la grossesse	44 (84,6%)	27 (58,7%)	0,0042
Femmes au chômage pendant la grossesse	4 (7,7%)	4 (8,7%)	NS

Tableau IX: Age gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=44	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=27	p
Avant 15 SA	3 (6,8%)	1 (3,7%)	NS
15-28 SA	17 (38,6%)	9 (33,3%)	
29-32 SA	9 (20,5%)	7 (25,9%)	
Après 32 SA	14 (31,8%)	4 (14,8%)	

Dans le groupe préparation à la naissance, l'âge gestationnel moyen à l'arrêt de travail 27,7 SA (+/- 6,8 SA) avec des extrêmes allant de 9 SA à 37 SA.

Dans le groupe sans préparation à la naissance, l'âge gestationnel moyen à l'arrêt de travail 27,1 SA (+/- 6 SA) avec des extrêmes allant de 12 SA à 35 SA.

Conduites addictives pendant la grossesse :

Les femmes fument moins pendant la grossesse dans la population avec PNP (15,4%) que dans la population sans PNP (32,6%), et ce de manière significative avec $p=0,045$. Aucune femme interrogée ne dit avoir consommé d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse.

1.2 Profil statur pondéral des patientes

Tableau XI : Indice de masse corporel des patientes

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
<18	1 (1,9%)	1 (2,2%)	
18-24,9	38 (73,1%)	35 (67,3%)	
25-29,9	9 (17,3%)	2 (4,3%)	NS
>30	4 (7,7%)	5 (10,9%)	
Non réponse	0	3	

Dans le groupe préparation à la naissance, l'IMC moyen est de 22,7 (+/- 4,0) avec des extrêmes allant de 17,78 à 34,81.

Dans le groupe sans préparation à la naissance, l'IMC moyen est de 23,4 (+/- 5,2) avec des extrêmes allant de 16,6 à 40,3.

Prise de poids pendant la grossesse :

Dans le groupe préparation à la naissance, la prise de poids moyenne à l'accouchement est de 13,6 kg. (+/- 4,1 kg) avec des extrêmes allant de 6 kg à 23 kg.

Dans le groupe sans préparation à la naissance, la prise de poids moyenne à l'accouchement est de 13,4 kg (+/- 5,2 kg) avec des extrêmes allant de -4 kg à 24 kg.

2. CARACTÉRISTIQUES PATERNELLES

2.1. Caractéristiques générales

Âge :

Dans le groupe préparation à la naissance, l'âge paternel moyen à l'accouchement est de 30,7 ans (+/-3,8 ans) avec des extrêmes allant de 24 à 40 ans.

Dans le groupe sans préparation à la naissance, l'âge paternel moyen à l'accouchement est de 30,7 ans (+/-5,1 ans) avec des extrêmes allant de 22 ans à 43 ans.

Tableau XII : Nationalité du père

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Française	50 (96,2%)	43 (93,5%)	
Autre	1 (1,9%)	3 (6,5%)	NS
Sans réponse	1 (1,9%)	0	

Tableau XIII : Origine géographique du père

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
France métropolitaine	47 (90,4%)	39 (84,8%)	
Afrique du nord	2 (3,8%)	4 (8,7%)	
Afrique	0	3 (6,5%)	NS
Sans réponse	3 (5,8%)	0	

Tableau XIV : Niveau d'étude du père

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Non scolarisé	0	1 (2,2%)	0,0034
Collège, CAP, BEP	9 (17,3%)	23 (50%)	
Lycée	18 (34,6%)	5 (10,9%)	
Enseignement supérieur	24 (46,2%)	16 (34,8%)	
Sans réponse	1 (1,9%)	1 (2,2%)	

Tableau XV: Profession du père

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Agriculteur	3 (5,8%)	1 (2,2%)	NS
Artisan, commerçant	2 (3,8%)	2 (4,3%)	
Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin	8 (15,4%)	7 (15,2%)	
Profession intermédiaire, cadre moyen	4 (7,7%)	2 (4,3%)	
Employé	21 (40,4%)	14 (30,4%)	
Ouvrier	10 (19,2%)	13 (28,3%)	
Sans profession	0	6 (13%)	
Autres	2 (3,8%)	0	
Sans réponse	2 (3,8%)	1	

On trouve une différence significative entre les deux groupes pour les pères sans profession ($p=0,0072$)

3. CARACTÉRISTIQUES DE LA GROSSESSE

Tableau XVI : Gestité, Parité

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Primigeste	25 (48,1%)	6 (13%)	0,00095
Multigeste	26 (50%)	38 (82,6%)	
Sans réponse	1 (2,2%)	2 (4,3%)	
Primipares	30 (57,7%)	10 (21,7%)	0,0008
Multipares	22 (42,3%)	34 (73,9%)	
Sans réponse			

75% des primipares ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité.

39% des multipares ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité.

Tableau XVII : Professionnel ayant fait la déclaration de grossesse

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Gynécologue	25 (48,1%)	12 (26,1%)	NS
Médecin traitant	23 (44,2%)	29 (63%)	
Sage-femme	3 (5,8%)	4 (8,7%)	
Sans réponse	1 (1,9%)	1 (2,2%)	

Tableau XVIII : Obtention de la grossesse et accouchement

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Grossesses attendues	48 (92,3%)	42 (91,3%)	NS
Assistance médicale à la procréation	4 (7,7%)	1 (2,2%)	NS
Accouchement déclenché	5 (9,6%)	9 (19,6%)	NS
Péridurale/rachi anesthésie	43 (82,7%)	31 (67,4%)	NS
Césarienne	3 (5,8%)	0	NS

Tableau XIX : Terme d'accouchement

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
37 SA révolues	0	1 (2,2%)	
38 SA révolues	8 (15,4%)	5 (10,9%)	
39 SA révolues	13 (25%)	11 (23,9%)	NS
40 SA révolues	15 (28,8%)	20 (43,5%)	
41 SA révolues	16 (30,8%)	9 (19,6%)	

Tableau XX : Poids de naissance

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
2500-2999 g	8 (15,4%)	10 (21,7%)	NS
3000-3499 g	27 (51,9%)	12 (26,1%)	
3500-3999 g	13 (25%)	19 (41,3%)	
4000 g et plus	4 (7,7%)	5 (10,9%)	

Tableau XXI: Allaitement

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Au sein	34 (65,4%)	17 (37%)	0,027
Au biberon	18 (34,6%)	27(58,7%)	
Allaitement mixte	0	1 (2,2%)	

4. QUE SAVENT LES COUPLES DE LA PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ AVANT LA GROSSESSE ?

Total des femmes ayant entendu parler de PNP avant leur grossesse :

- 49 (94,2%) dans le groupe préparation à la naissance
- 39 (84,8%) dans le groupe sans préparation à la naissance

Tableau XXII : Biais par lesquels les femmes ont entendu parler de PNP

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Amis	36 (69,2%)	22 (47,8%)	0,031
Parents	14 (26,9%)	12 (26,1%)	NS
Professionnels de santé	22(42,3%)	18 (39,1%)	NS
- Gynécologue	7 (13,5%)	3 (6,5%)	NS
- Médecin	8 (15,4%)	5 (10,9%)	NS
- Sage-femme	1 (1,9%)	6 (13%)	0,033
Internet	1 (1,9%)	6 (13%)	0,033
Organisme sociaux : CPAM, CAF	8 (15,4%)	11 (23,9%)	NS
Revues, dépliants	12 (23,1%)	15 (32,6%)	NS
Autres	3 (5,8%)	1 (2,2%)	
- préparation à une précédente grossesse	2 (3,8%)	0	NS
- Salle d'attente du gynécologue	0	1(2,2%)	

Tableau XXIII : Termes entendus avant la grossesse (plusieurs réponses possibles)

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Préparation à l'accouchement sans douleur	2 (3,8%)	4 (8,7%)	NS
Préparation à l'accouchement Préparation à la naissance	45 (86,5%)	35 (76,1%)	NS
Préparation à la naissance et à la parentalité	8 (15,4%)	10 (21,7%)	NS
	2 (3,8%)	3 (6,5%)	NS

Tableau XXIV: Début des séances de PNP selon les femmes avant la grossesse

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
4^{ème} mois	2 (3,8%)	1 (2,2%)	NS
5^{ème} mois	4 (7,7%)	3 (6,5%)	
6^{ème} mois	5 (9,6%)	1 (2,2%)	
7^{ème} mois	5 (9,6%)	4 (8,7%)	
8^{ème} mois	1 (1,9%)	0	
Ne sait pas	32 (61,5%)	32 (69,6%)	

Tableau XXV: Nombre de séances prévues d'après les femmes

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
7	6 (11,5%)	3 (6,5%)	
8	12 (23,1%)	2 (4,3%)	0,032
10	2 (3,8%)	4 (8,7%)	
Ne sait pas	32 (61,5%)	37 (80,4%)	

Tableau XXVI : Remboursement des séances

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Totalement	36 (69,2%)	24 (46,2%)	NS
Partiellement	13 (25%)	15 (28,8%)	
Non	1 (1,9%)	1 (2,2%)	

Tableau XXVII : Professionnels pouvant animer ces séances

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Médecin généraliste	2 (3,8%)	1 (2,2%)	NS
Sage-femme	50 (96,2%)	39 (84,8%)	NS
Gynécologue-obstétricien	8 (15,4%)	14 (30,4%)	NS
Kinésithérapeute	2 (3,8%)	3 (6,5%)	NS
Autre	1 (1,9%)	2 (4,3%)	NS

Dans les autres professionnels pouvant animer les séances, 2 femmes ont cité la préparation en piscine sans préciser qui pouvait la réaliser, une autre a cité la puéricultrice.

Tableau XXVIII: Détails sur la PNP

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Femmes connaissant des professionnels assurant la PNP près de chez elle	32 (61,5%)	15 (32,6%)	0,0042
Femmes pensant que le papa pouvait participer à cette PNP	46 (88,5%)	38 (82,6%)	NS
Femmes sachant qu'il existait plusieurs méthodes de PNP	34 (65,4%)	17 (37%)	0,0049

Tableau XXIX : Ce que les couples pensent trouver en participant à des séances de PNP (réponse libre)

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Apprendre à gérer la douleur	21 (40,4%)	6 (13%)	0,003
Ecoute et conseils, réponses aux questions / accompagnement / échange	20 (38,5%)	7 (15,2%)	0,01
Cours théoriques sur la grossesse, l'accouchement	14 (26,9%)	6 (13%)	0,09
Apprendre la respiration pour l'accouchement, la poussée / cours pratiques sur l'accouchement	13 (25%)	8 (17,4%)	NS
Préparation / conseils pour l'allaitement	7 (13,5%)	1 (2,2%)	0,04
Vivre sereinement grossesse et accouchement /aide psychologique / confiance	7 (13,5%)	3 (6,5%)	NS
Se préparer à la parentalité : lien affectif avec le bébé, retour à la maison / soins au bébé	4 (7,7%)	4 (8,7%)	NS
Relaxation, détente	3 (5,8%)	4 (8,7%)	NS
Conseils de venue à la maternité	2 (3,8%)	0	NS
Partage avec d'autres mamans	2 (3,8%)	2 (4,3%)	NS
Implication du papa	1 (1,9%)	0	NS

5. QU'EN EST-IL DE L'INFORMATION DES FUTURS PARENTS SUR LA PNP PENDANT LA GROSSESSE ?

Tableau XXX : Pourcentage de femmes informées sur la PNP pendant la grossesse

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=52	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=46	p
Femmes informées	50 (96.2)	29 (63)	
Femmes non informées	2 (3.8)	16 (34,8)	0,0002
Non réponse	0	1 (2.2)	

Tableau XXXI : moment de l'information pendant la grossesse :

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Au 1^{er} mois	1 (2%)	0	
Au 2^{ème} mois	1 (2%)	0	
Au 3^{ème} mois	3 (6%)	0	
Au 4^{ème} mois	13 (26%)	2 (6,9%)	NS
Au 5^{ème} mois	11 (22%)	3 (10,3%)	
Au 6^{ème} mois	5 (10%)	7 (24,1%)	
Au 7^{ème} mois	5 (10%)	1 (3,4%)	

Tableau XXXII: Professionnel ayant informé sur la préparation en premier

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Médecin généraliste	9 (18%)	6 (20,7%)	NS
Gynécologue - obstétricien	16 (32%)	5 (17,2%)	NS
Sage-femme libérale	16 (32%)	6 (20,7%)	NS
Sage-femme du CHU	4 (8%)	8 (27,6%)	0,026
Echographiste	3 (6%)	0	NS
Services sociaux (CPAM, CAF)	2 (4%)	7 (24,1%)	0,010
Autres	4 (8%)	0	NS

Dans la rubrique « autres », 2 femmes disent avoir été informées par la protection maternelle infantile, une autre par une lettre du conseil général de Moselle (son ancien lieu de résidence) et la dernière a trouvé l'information dans un magazine.

Tableau XXXIII : Terme utilisé par les professionnels de santé

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Préparation à l'accouchement sans douleur	1 (2%)	2 (6,9%)	NS
Préparation à l'accouchement	34 (68%)	19 (65,5%)	
Préparation à la naissance	12 (24%)	7 (24,1%)	
Préparation à la naissance et à la parentalité	3 (6%)	2 (6,9%)	

Tableau XXXIV : Début de la PNP conseillé par les professionnels

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
1^{er} mois de grossesse	0	1 (3,4%)	NS
3^{ème} mois de grossesse	0	2 (6,9%)	
4^{ème} mois de grossesse	7 (14%)	2 (6,9%)	
5^{ème} mois de grossesse	8 (16%)	6 (20,7%)	
6^{ème} mois de grossesse	11 (22%)	5 (17,2%)	
7^{ème} mois de grossesse	9 (18%)	2 (6,9%)	
8^{ème} mois de grossesse	5 (10%)	0	
Non précisé	10 (20%)	11 (40,7%)	

Tableau XXXV: Informations complémentaires données par les professionnels de santé

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Information sur le nombre de séances prévues	31 (62%)	8 (27,6%)	0,0066
information sur le remboursement des séances	34 (68%)	10 (34,5%)	0,0079
adresses de professionnels qui assurent la préparation à la naissance près du domicile des couples	26 (52%)	10 (34,5%)	NS
place du papa aux séances de préparation à la naissance	19 (38%)	8 (27,6%)	NS

Tableau XXXVI : Différentes PNP exposées par les professionnels de santé

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Classique ou psychoprophylactique	15 (30%)	6 (20,7%)	
Préparation en piscine	18 (36%)	6 (20,7%)	
Haptonomie	6 (12%)	0	
Sophrologie	19 (38%)	5 (17,2%)	
Yoga	5 (10%)	4 (13,8%)	
Chant prénatal	4 (8%)	1 (3,4%)	NS
Total de femmes informées sur les différentes PNP	23 (46%)	8 (27,6%)	
aide au choix de la préparation à la naissance	9 (18%)	4 (13,8%)	

Tableau XXXVII : Intérêts de la préparation à la naissance présentés

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Gestion de la douleur lors du travail et de l'accouchement	44 (88%)	15 (51,7%)	0,00094
Relaxation	31 (62%)	6 (20,7%)	0,00092
Connaissances sur le corps, la grossesse, l'accouchement, les soins au bébé	29 (58%)	10 (34,5%)	0,074
Développement du lien affectif avec le bébé	10 (20%)	5 (17,2%)	NS
Préparation à la parentalité	10 (20%)	2 (6,9%)	NS
Réponses aux questions sur la grossesse, aux inquiétudes, diminuer la peur, appréhender sereinement la maternité	32 (64%)	7 (24,1%)	0,0015
Réponses aux questions sur les suites de couche, la contraception	19 (38%)	6 (20,7%)	NS
Réponses aux questions sur l'allaitement	28 (56%)	4 (13,8%)	0,00057
Soutien moral et psychologique	11 (22%)	2 (6,9%)	NS
Préparation pour «savoir» accoucher	20 (40%)	4 (13,8%)	0,028
S'accorder du temps pour cette grossesse	9 (18%)	3 (10,3%)	NS
Autre	1 (2%)	0	NS

Une femme a cité la préparation du corps dans les intérêts de la PNP présentés.

Tableau XXXVIII : Clarté et utilité de l'information

	Population préparation à la naissance Effectif (%) n=50	Population sans préparation à la naissance Effectif (%) n=29	p
Très claire	24 (48%)	8 (27,6%)	NS
claire	22 (44%)	12 (41,4%)	
Peu claire	4 (8%)	7 (24,1%)	
Pas claire du tout	0	1 (3,4%)	
Pas de réponse	0	1 (3,4%)	
Très utile	22 (44%)	4 (13,8%)	0,0007
utile	24 (48%)	11 (37,9%)	
Peu utile	4 (8%)	11 (37,9%)	
Pas utile du tout	0	2 (6,9%)	
Pas de réponse	0	1 (3,4%)	
Convaincante, donnant envie de faire la PNP	48 (96%)	5 (17,2%)	0,000000

Dans le groupe avec PNP, 46 femmes sur 50 ont trouvé que l'information qu'elles avaient eu était claire ou très claire contre seulement 20 femmes sur 29 dans le second groupe ($p=0,019$). Elles sont ainsi significativement plus nombreuses à trouver l'information peu ou pas du tout claire dans le groupe sans PNP ($p= 0,044$)

6. QUAND LES COUPLES ONT PARTICIPÉ À LA PNP, QU'EN RESSORT-IL ?

Dans notre étude, 53% des femmes ont suivi une PNP.

Chez les primipares, 75 % y ont participé contre 39% chez les multipares

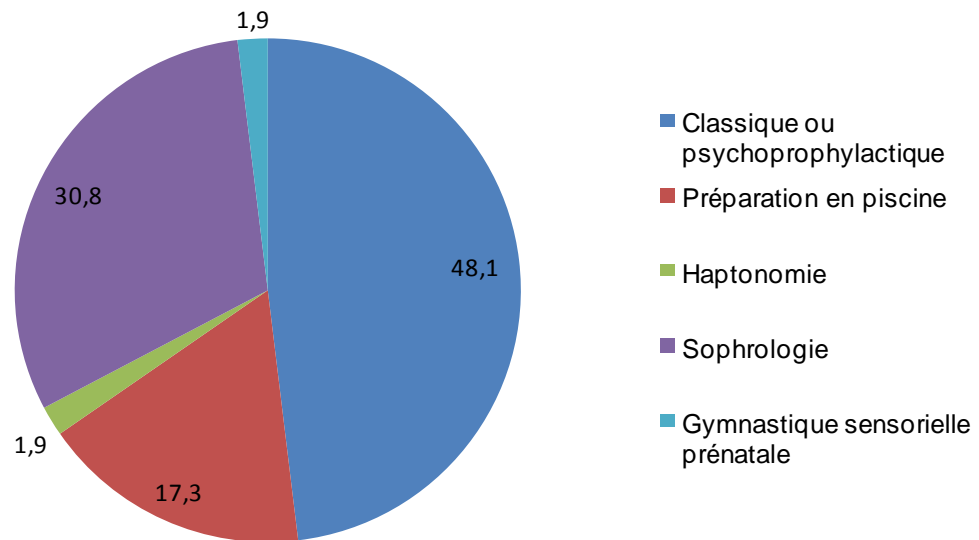


Figure 1 : PNP suivie

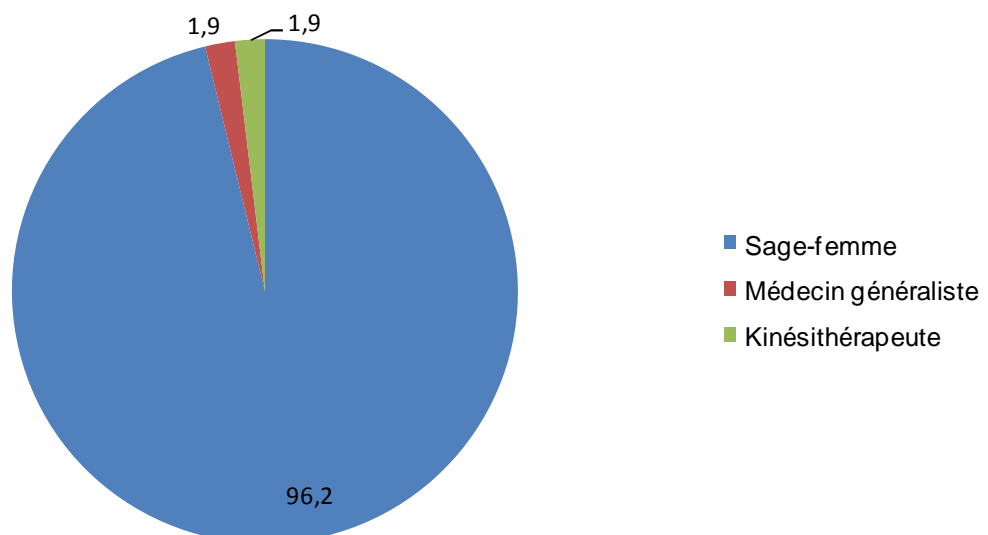


Figure 2 : Professionnel de santé intervenu pour cette PNP

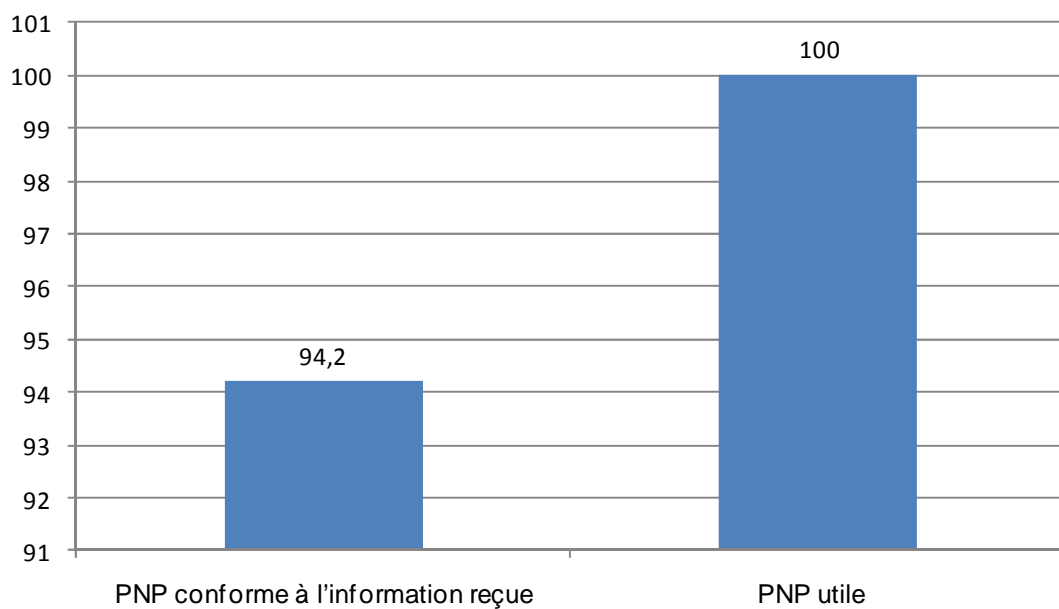


Figure 3 : comparaison avec l'information reçue et utilité de la PNP.

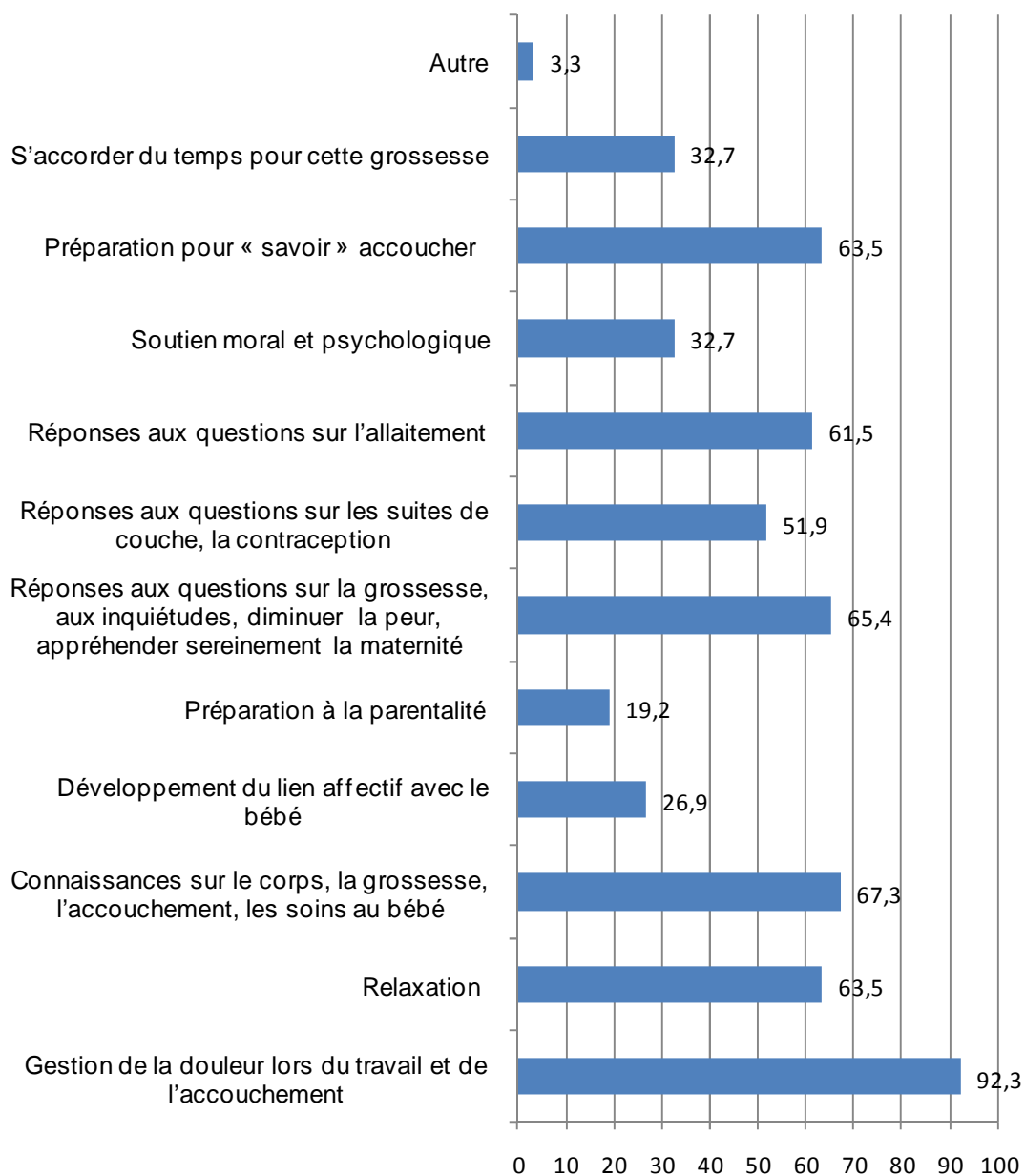


Figure 4 : Principaux intérêts de la PNP d'après le couple

Dans les autres intérêts cités par les femmes on trouve : l'acupuncture, savoir quand partir à la maternité et être préparée à la césarienne.

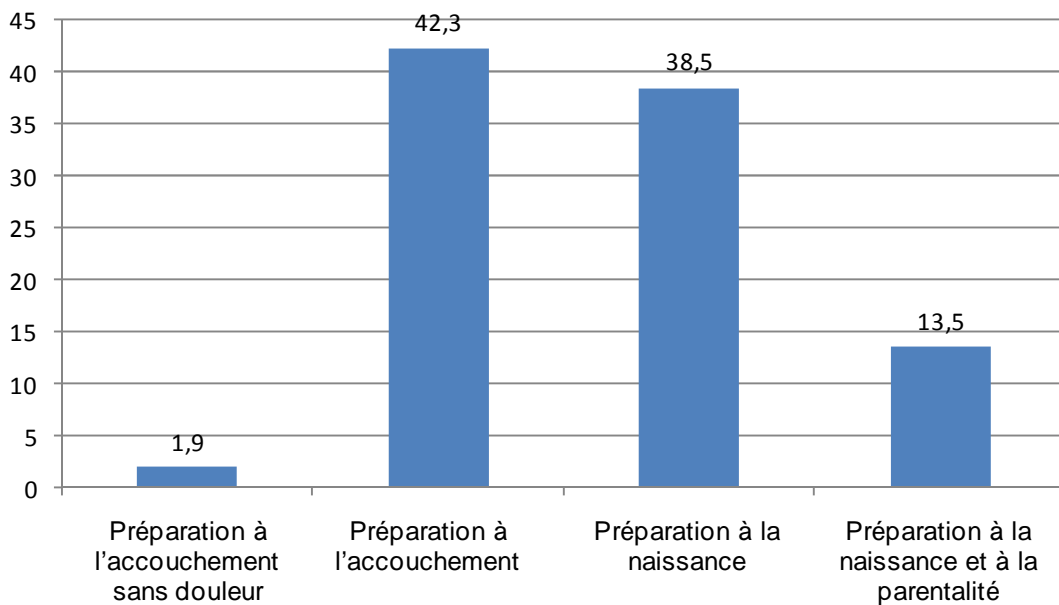


Figure 5 : Terme paraissant le plus adapté à postériori

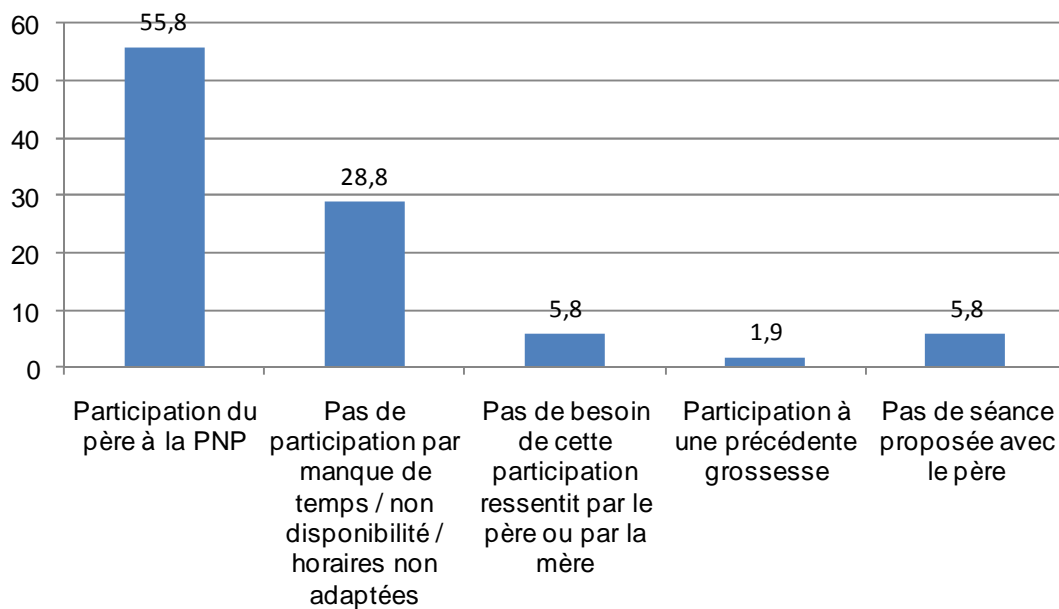


Figure 6 : Participation du père à la PNP

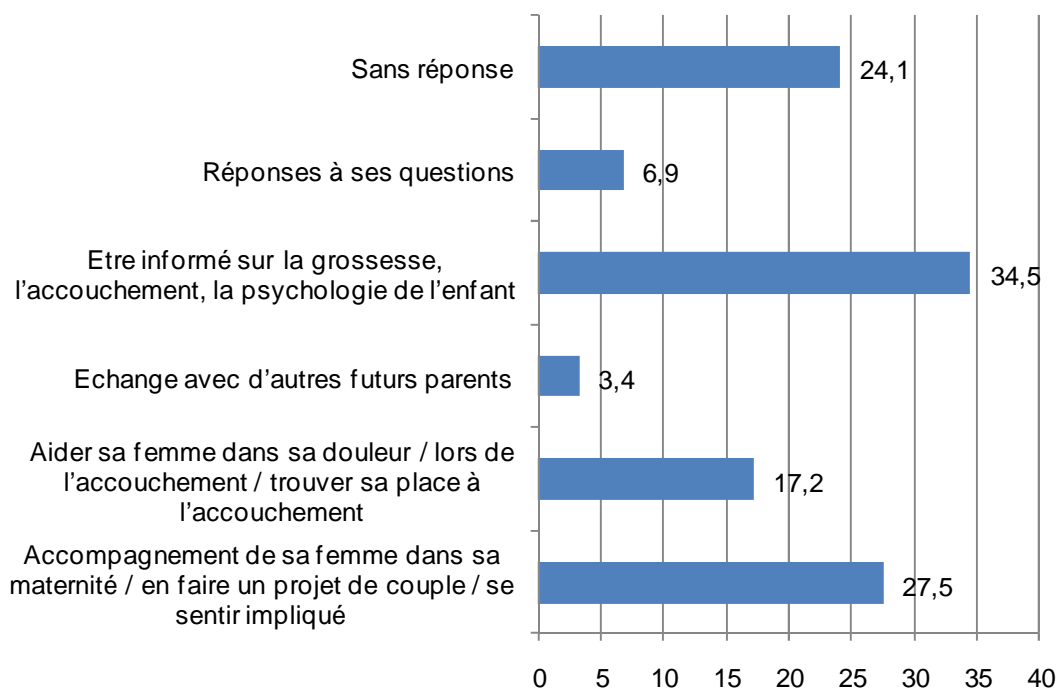


Figure 7 : intérêts de cette participation d'après le père (réponse libre)

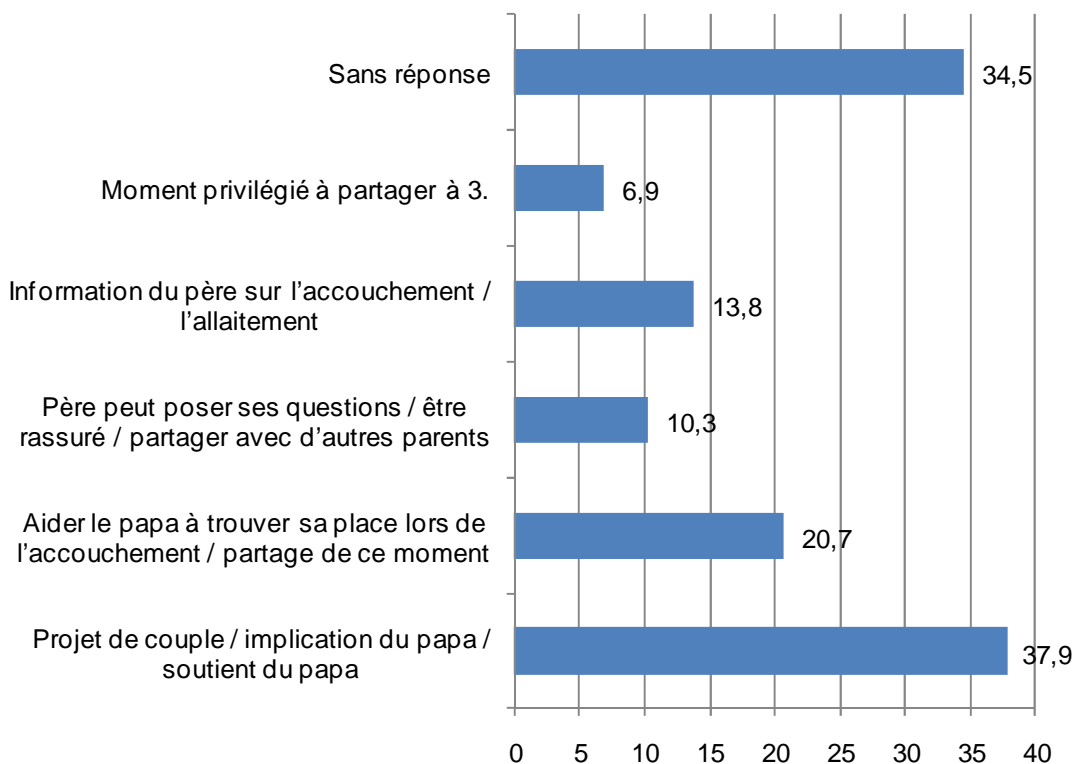


Figure 8 : intérêts de cette participation d'après la mère (réponse libre)

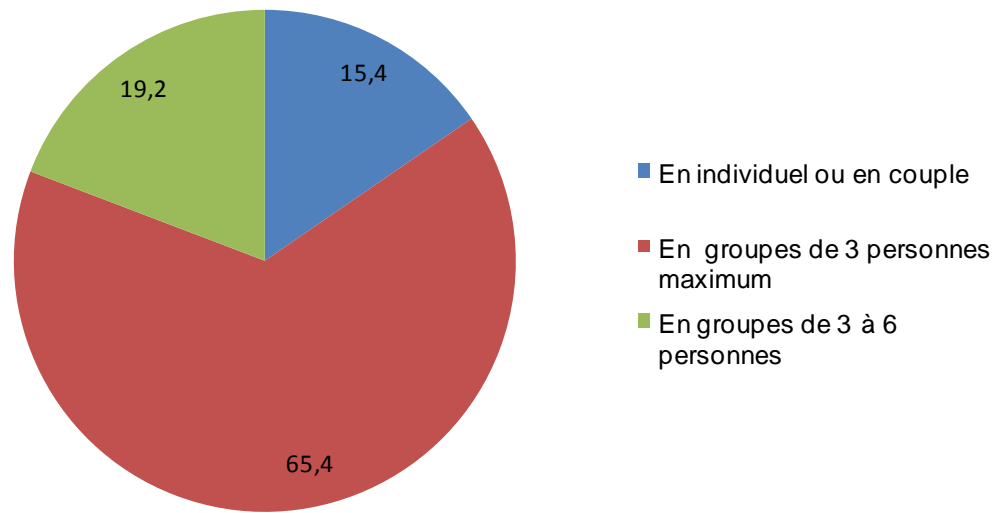


Figure 9 : Nombre de participants lors d'une séance de PNP :

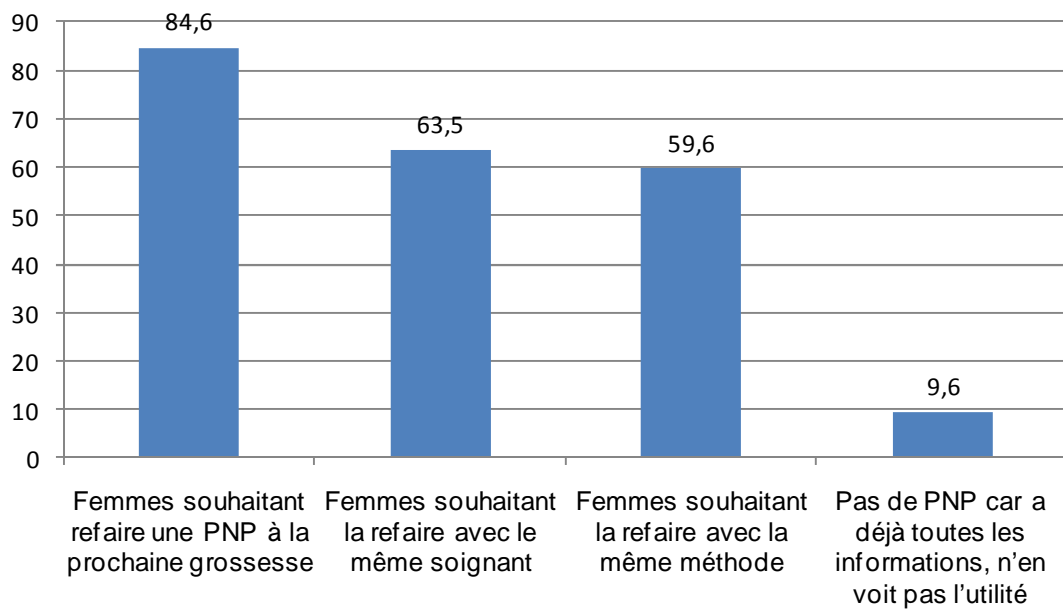


Figure 10 : Participation à la PNP pour une prochaine grossesse :

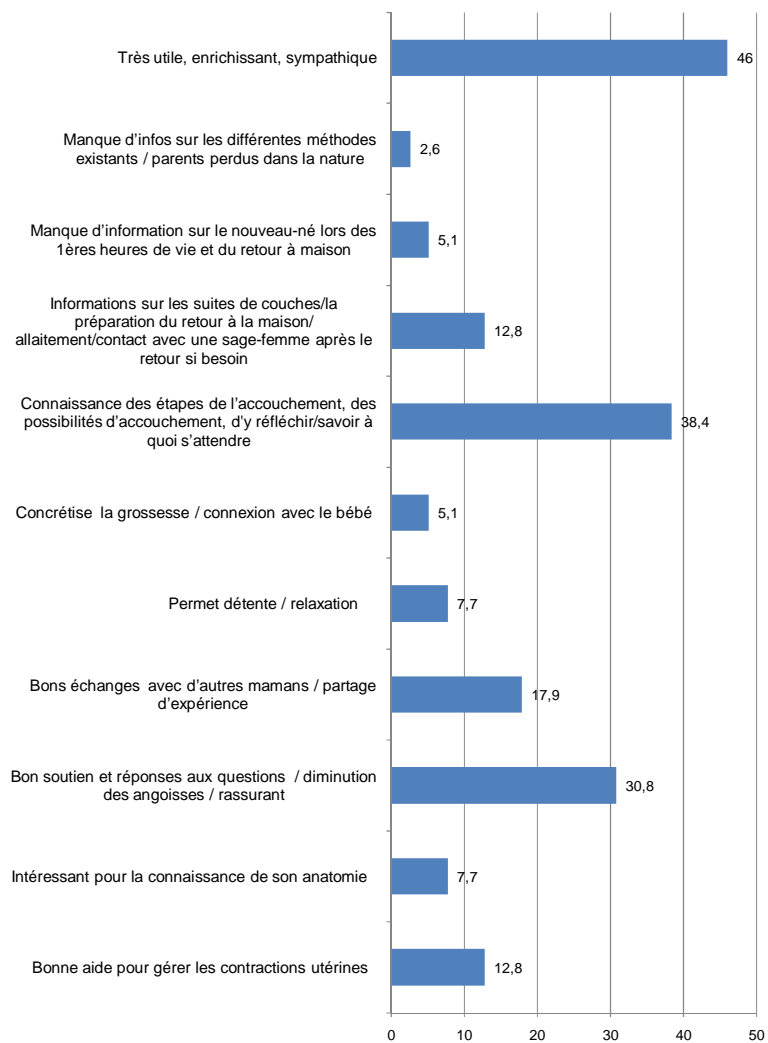


Figure 11 : Ce qu'ont pensé les couples de la PNP (réponse libre) (n=34)

7. QUAND LES COUPLES N'ONT PAS PARTICIPÉ À LA PNP, QUELS EN SONT LES MOTIFS ?

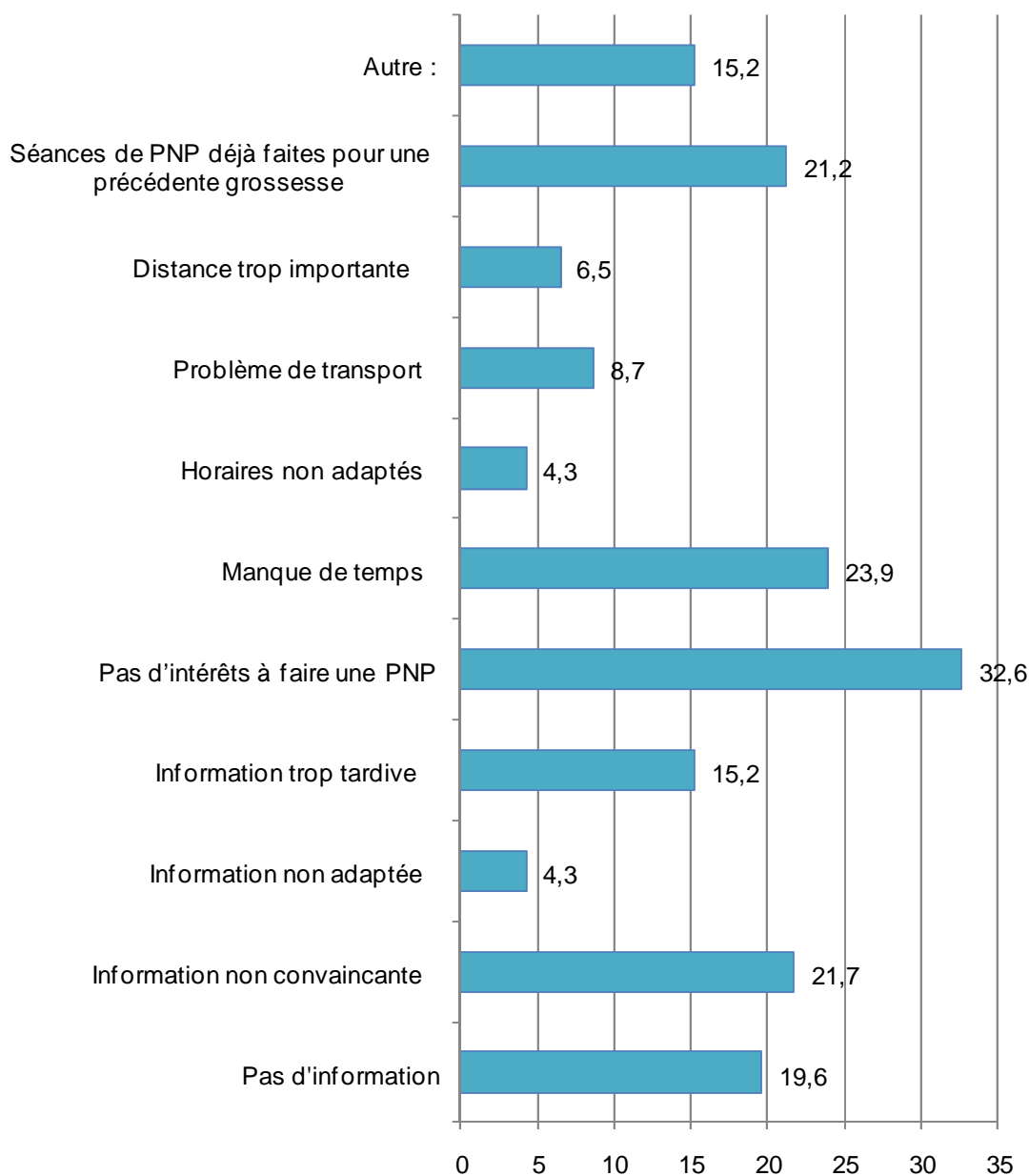


Figure 12 : Principales raisons de non participation à la PNP

Parmi les femmes ne voyant pas d'intérêts à la PNP, 12 sont des multipares contre 2 primipares.

Le manque de temps est cité par 9 multipares contre 2 primipares.

Tableau XXXIX : autres raisons de non participation à la PNP

Autres raisons évoquées :	
Déjà vécu une grossesse/ un accouchement	4 (8,7%)
Pas l'envie	1 (2,2%)
Séances complètes	1 (2,2%)
Période de vacances scolaire	1 (2,2%)
3 enfants à charge et grossesse de découverte tardive	1 (2,2%)

Souhait de PNP pour une prochaine grossesse :

19,6 % des femmes souhaiteraient participer à une PNP lors d'une prochaine grossesse (soit 9 femmes sur 46)

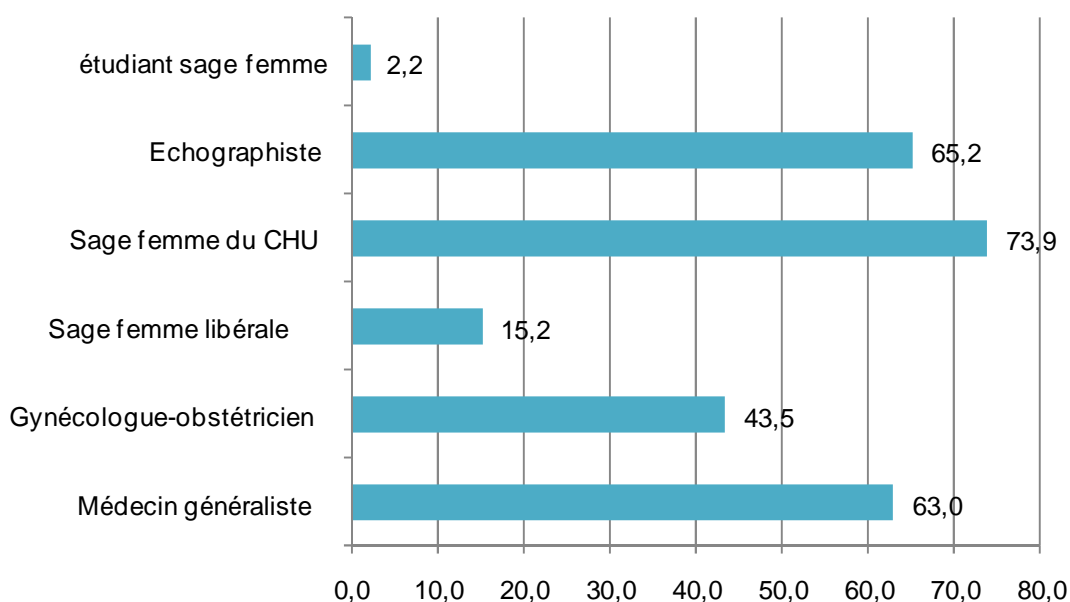


Figure13 : Professionnels qui sont intervenus lors de la grossesse

DISCUSSION

1. L'étude :

Nous avons voulu, à travers cette étude, voir quelle information était délivrée aux couples sur la PNP. Nous voulions savoir si cette information était adaptée pour un choix éclairé de la part des patientes, d'une participation ou non aux séances ; et si elle pouvait jouer sur le taux de femmes choisissant de faire une PNP. Nous avons également étudié les autres facteurs pouvant influencer cette participation : les attentes des couples, les raisons de non participation, la satisfaction des parents ayant fait une PNP...

D'autres études portant sur le sujet nous ont aidé à étayer notre réflexion, principalement l'enquête périnatale de 2003 [9], les différentes recommandations de l'HAS concernant la PNP [2] [11] [12] [13], deux mémoires d'étudiantes sages femmes sur la PNP [14] [15], un mémoire sur l'activité des sages-femmes libérales en Pays de Loire [8] et un article pour la promotion de la santé internationale [16].

Nous avons réalisé une enquête rétrospective par questionnaire papier composé principalement de questions fermées [Annexe 2]. L'intérêt était de comparer les deux populations étudiées, avec ou sans préparation à la naissance, de manière quantitative pour faire ressortir une éventuelle différence dans l'information de ces deux groupes. Les autres études exploitées sont également rétrospectives. Les deux mémoires d'étudiantes sages femmes [14] [15] et l'article retenu [16] ont été réalisés à partir d'entretiens avec des questions ouvertes, ce qui permet d'entrevoir des réponses plus larges, non cadrées par le questionnaire, contrairement à notre enquête. Cela permet d'avoir une évaluation qualitative du contenu des réponses. L'intérêt de notre enquête par questions fermées a été d'avoir des réponses facilement exploitables. De plus le questionnaire était ainsi facile à remplir, ce qui a permis d'avoir un taux de réponse important (89%). Celui-ci était imprimé en 2 pages par feuille et en recto verso ce qui le rendait relativement court à remplir, il était également distribué et récupéré en main propre ce qui encourageait la participation des femmes. En effet toutes ont accepté de remplir le questionnaire sauf deux femmes ne sachant pas lire. Ceux qui n'ont pas été récupérés avaient été remis aux sages femmes du service ou non rendus lors du départ des femmes et non retrouvés.

L'étude a été faite sur une période de 3 semaines, permettant de recruter 98 femmes ce qui représente une population assez importante pour réaliser une étude statistique. Le mémoire d'étudiante sage femme de Toulouse [15] comprenait 72 patientes ayant répondues à un questionnaire et 67 à un micro entretien et le mémoire

d'Angers [14] : 27 femmes et 9 hommes. Nous avons donc pu recruter une population plus importante et donc plus représentative que ces 2 mémoires.

Nous comparerons le profil de notre population à celle de l'enquête périnatale [9] qui elle regroupe toutes les femmes ayant accouché en France métropolitaine et Dom Tom sur une semaine, soit 15108 femmes, et qui est donc représentative de la population générale, si on considère que les accouchements sont similaires d'une semaine à l'autre. L'étude de l'article retenu comprenait un échantillon de femmes trop restreint pour être représentatif de la population générale (12 femmes) et ne peut donc être exploitée sur un plan statistique mais est intéressante sur le plan qualitatif. [16]

Notre questionnaire a été distribué au CHU d'Angers, centre de niveau III réalisant 4000 accouchements par an et brassant donc une population importante. Sur les 3 semaines de l'étude, 230 femmes environ ont accouché à la maternité. Nous avons recruté, parmi celles-ci, uniquement les femmes à bas risque obstétrical [Annexe 1], en service de suites de couches. Près de la moitié de cette population a ainsi répondu au questionnaire, ce qui permet là encore de penser que notre échantillon est assez représentatif de la population générale des accouchées.

Cependant, l'étude étant uni centrique, on ne peut la généraliser à la France entière si on admet une différence de population entre 2 centres hospitaliers selon la région, le niveau de la maternité... C'est pourquoi il est important de comparer notre population à l'enquête périnatale. De plus le contenu des réponses étant fonction de l'information et des séances de PNP délivrées par les professionnels des alentours d'Angers, l'étude ne peut rendre compte des disparités nationales à ce niveau.

Nous avons proposé notre questionnaire uniquement aux femmes à bas risque obstétrical pour limiter les raisons de non préparation à la naissance liées à des pathologies de la grossesse, des hospitalisations... Mais il a été distribué aussi bien aux femmes ayant fait une PNP qu'à celles n'y ayant pas participé, ce qui nous a permis de faire une étude comparative. Nous avons comparé notre étude à celle de Toulouse [15] qui n'avait pas de critères d'exclusions liés au risque obstétrical dans sa sélection, mais pour laquelle le questionnaire était distribué uniquement aux femmes n'ayant pas fait de PNP. Le mémoire d'Angers [14] n'avait également pas de critères d'exclusions concernant le risque obstétrical et n'incluait au contraire que les femmes ayant participées aux séances de PNP. Pour l'enquête périnatale [9], le seul critère d'inclusion requis était que les femmes aient accouché (après 22SA et/ou un enfant de 500g minimum vivant ou non).

2. Généralités :

En ce qui concerne les caractéristiques générales de la population globale de notre étude, elles sont comparables à celles de l'enquête périnatale de 2003 [9] en ce qui concerne l'âge et la nationalité de la mère et du père, la situation de famille, le mode de vie familiale, le niveau d'étude de la mère, sa profession, l'exercice de celle-ci pendant la grossesse, l'âge gestationnel à l'arrêt de travail, ses conduites addictives et la prise de poids pendant la grossesse. Les autres critères de notre étude concernant les caractéristiques générales n'ont pas été étudiés dans l'enquête périnatale.

Nous avons cependant pu remarquer des différences significatives entre nos deux populations : avec ou sans PNP. En effet le niveau d'étude et les professions diffèrent dans ces deux groupes. Une majorité de femmes a arrêté les études au collège (43,5%) ou lycée (30,4%) chez la population sans PNP tandis que 73% des femmes ayant suivi une PNP ont fait des études supérieures (Tableau VI). Chez les pères, une proportion plus importante a étudié au moins jusqu'au lycée parmi les couples ayant fait une PNP. La moitié des pères de l'autre groupe a stoppé ses études au collège (Tableau XIV). On remarque également un taux plus important de femmes sans profession dans le groupe n'ayant pas fait de PNP (35% versus 6 %) (Tableau VII). Cela est aussi valable chez les pères (13% versus 0%) (Tableau XV). Cependant on note peu de différences concernant la catégorie socioprofessionnelle si ce n'est les professions intermédiaires et cadres moyens chez les femmes qui ne sont pas représentées dans la population sans PNP. Cela peut s'expliquer par la moindre accession aux études supérieures. On retrouve donc également plus de femmes ayant exercé pendant la grossesse chez celles ayant fait une PNP, ce qui est en accord avec le résultat précédent (Tableau VIII).

Le profil des femmes se différencie encore par un tabagisme plus important pendant la grossesse dans la population non préparée (Tableau X). Les personnes ayant fait des études supérieures, plus nombreuses dans le groupe avec PNP, sont peut être plus sensibilisées aux problèmes de santé publique. Elles recherchent plus facilement les informations pouvant les concerner, ou les modifications à apporter à leur mode de vie en fonction de leur état, ce qui pourrait expliquer une diminution du tabagisme avant la grossesse ou en vue de celle-ci.

Concernant la gestité et la parité des femmes de notre étude, les pourcentages de notre population globale est comparable à celui de l'enquête périnatale, mais pour ces deux critères on retrouve une différence significative entre nos deux groupes. En effet le pourcentage de multigestes et de multipares est plus d'1,5 fois supérieure dans le groupe sans PNP (Tableau XVI). Ainsi, 75% des primipares font une PNP contre

seulement 39% des multipares selon notre étude. Ces chiffres sont un peu plus élevés que le niveau national qui retrouve 66,6% de primipares participant à une PNP contre 24,9% des multipares, d'après l'enquête périnatale de 2003. En effet, le pourcentage de sages-femmes libérales est plus élevé en Pays de Loire qu'au niveau national (17,7% versus 13%) [8]. Cela peut être également dû au fait que l'enquête périnatale inclut toutes les grossesses, dont celles à haut risque obstétrical, avec des hospitalisations ou des accouchements très prématurés pouvant empêcher une PNP. Ces taux de participation nationaux ont peu évolué depuis l'enquête périnatale de 1995. On peut supposer que le plan de périnatalité 2005-2007 qui a mis en place l'entretien du 4^{ème} mois, et les recommandations de l'HAS pour l'encouragement de la participation aux séances de PNP qui ont suivi ce plan, ont également pu jouer un rôle pour une augmentation de cette participation. Cette hypothèse ne pourra être confirmée que par une prochaine étude au niveau national.

Aujourd'hui, seulement 53% des femmes participent à une PNP d'après notre étude, contre 47% d'après le plan de périnatalité 2005-2007[1]. Pourtant, ces séances de PNP en association avec le suivi de grossesse sont un objectif de santé publique pour permettre l'amélioration du niveau de santé des femmes enceintes et des nouveaux nés.

D'après notre étude, la déclaration de grossesse est plus souvent faite par un gynécologue-obstétricien pour les femmes participant à une PNP (48,1% contre 26,1% dans l'autre groupe). Cependant dans notre population globale, la déclaration est majoritairement réalisée par le médecin traitant (Tableau XVII). On note là un écart avec l'enquête périnatale de 2003 où une majorité de déclarations de grossesses avait été faite par un gynécologue. Depuis cette enquête, l'HAS a établi, en 2005-2006, des recommandations pour le suivi de grossesse [17]. Elles précisent que les grossesses à bas risque obstétrical pouvaient être suivies par le professionnel du choix de la femme. Ainsi, il est probable que depuis, moins de grossesses soient entièrement suivies dans les structures hospitalières, les femmes y étant adressées uniquement en fin de grossesse. Le suivi de grossesse a été délégué en partie aux médecins généralistes, d'où la proportion plus importante de femmes ayant fait leur déclaration de grossesse auprès de ces professionnels.

Pour l'obtention de la grossesse, la mise en travail spontanée, l'analgésie, le mode et le terme d'accouchement, nos résultats ne montrent pas de différences significatives entre nos 2 populations et sont en accord avec l'enquête périnatale de 2003 [9], hormis le taux de césarienne plus important dans cette dernière (20,2% contre 5,8% dans notre étude) (Tableau XVIII). Cela s'explique par le taux de césarienne important chez

les multipares avec antécédent d'utérus cicatriciel qui n'entraient pas dans nos critères d'inclusion.

Globalement, les poids de naissance et le mode d'allaitement sont comparables à l'enquête périnatale. En ce qui concerne le mode d'allaitement, si les femmes ayant fait une PNP donnent principalement le sein (65,4%), on retrouve le contraire dans l'autre groupe (58,7% d'allaitement artificiel) (Tableau XXI). Une étude publiée sur «Cochrane database of systematic reviews» [18] a en effet montré que les interventions prénatales augmentaient le taux de démarrage de l'allaitement maternel. Une autre étude corrobore cette donnée en concluant que des programmes structurés durant la période prénatale amélioreraient la mise en œuvre de l'allaitement maternel ainsi que sa durée contrairement à une prise en charge médicale simple [19].

3. Connaissances préalables des futurs parents et information sur la PNP :

Si seulement la moitié des femmes participent à une PNP, 90% en ont pourtant entendu parler même avant leur grossesse. L'information est transmise la plupart du temps par les amis, d'autant plus dans la population qui fera effectivement une PNP (69,2% contre 47,8% dans la population sans PNP) (Tableau XXII). Il est en effet probable que les collègues de travail soient pris en compte par les femmes dans cette transmission ce qui expliquerait cet écart. Dans la population avec PNP, très peu de femmes sont informées par des sages-femmes ou internet (1,9%). Ces moyens d'informations sont un peu plus représentés dans la population sans PNP (13%). L'information plus fréquente par les sages-femmes se comprend si on considère que la population plus importante de multipares dans ce dernier groupe a déjà eu à faire à des sages-femmes pendant la précédente grossesse et a plus facilement l'information par ce biais. Dans son mémoire en 2008, une étudiante sage-femme d'Angers en arrivait à la même conclusion : les femmes étaient beaucoup plus fréquemment informées par leur entourage et beaucoup plus rarement par leur médecin traitant ou gynécologue [14]. L'information est en effet peu diffusée par ces professionnels de santé avant la grossesse (6 à 15%), ce qui paraît logique, la femme consultant alors pour un autre motif. Pourtant, pendant la grossesse on trouve des chiffres peu divergents, l'information étant donnée seulement 19 fois sur 100 par les médecins généralistes qui sont pourtant majoritaire à faire la déclaration de grossesse, 25 fois sur cent par les gynécologues (Tableau XXXII). Les recommandations de l'HAS pour l'information des femmes enceintes stipulent pourtant de donner l'information sur la PNP dès le premier contact avec la femme enceinte [11]. Trente fois sur cent, l'information est donnée pour la première fois aux femmes ne faisant pas de PNP par

une sage femme du CHU, que les femmes ne voient généralement que tardivement pendant la grossesse. Ceci se confirme par le fait que seulement 8% des femmes faisant une PNP sont informées par ces professionnels, la PNP étant commencée lorsqu'elles sont adressées au CHU pour les consultations de sages-femmes. Le groupe sans PNP reçoit également plus fréquemment l'information par les services sociaux en premier lieux. Cela comprend le carnet de grossesse délivré par la Caisse d'Allocation Familiale, les femmes non informées par un professionnel y trouvant alors l'information. En effet 34,8% des femmes n'ayant pas fait de PNP n'ont pas eu d'information sur celle-ci pendant la grossesse contre seulement 3,8% des femmes y ayant participé (Tableau XXX). L'information joue probablement un rôle important dans le taux de participation à une PNP comme nous le verrons. Depuis le plan périnatalité de 2005-2007 mettant en place l'entretien individuel de début de grossesse, il est conseillé pour les couples de commencer la PNP au 4^{ème} mois. Ainsi, d'après les recommandations de l'HAS, cet entretien doit être systématiquement proposé aux femmes enceintes lors du 1^{er} trimestre : « toute femme doit recevoir des informations compréhensibles dès le début de grossesse sur l'offre de soin pour le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et la période postnatale. ». C'est l'un des objectifs de la 1^{ère} consultation de grossesse [11]. Hors, d'après notre étude, bien moins de la moitié des femmes sont effectivement informées sur la PNP avant le 4^{ème} mois. Dans la population avec PNP, 36 % ont été informées avant la fin du 4^{ème} mois et seulement 7% de la population sans PNP. (Tableau XXXI)

4. Contenu de l'information :

Le terme de «préparation à la naissance et à la parentalité», traduisant l'évolution du contenu de celle-ci, est celui retenu dans les publications, du plan de périnatalité aux recommandations de l'HAS. Cependant, bien peu de femmes ont entendu ce terme. Celui de préparation à l'accouchement est le plus fréquemment employé que ce soit par l'entourage des femmes avant leur grossesse mais également par les professionnels de santé qui sont 2/3 à l'utiliser (Tableau XXIII et XXXIII). Pourtant, comme nous le verrons, ce terme réfère à la méthode psychoprophylactique de Lamaze est maintenant loin de représenter l'étendue du contenu des séances de PNP. Il sera donc important que l'information corrige ou du moins complète ce défaut de langage pour encourager les femmes dont la demande dépasse une simple préparation à l'accouchement.

Beaucoup de femmes ont entendu parler de la PNP avant leur grossesse. Cependant les professionnels de santé ont un rôle important à jouer pour vérifier et compléter le message donné aux femmes sur la PNP. En effet, la majorité des femmes ignorent l'organisation des séances. Ainsi, 65% d'entre elles ne savent pas quand celles-ci se débute, et seulement 3% pensent qu'elles commencent dès le 4^{ème} mois (Tableau XXIV). Malheureusement, chez les femmes n'ayant pas fait de PNP, 41,4% n'ont pas reçu de précisions complémentaires lors de la grossesse, ce qui est significativement plus élevé que chez les femmes y ayant participé (20%). Sur les 2 populations, seules un peu plus de 10% des femmes s'est vu préciser que le début des séances se faisait au 4^{ème} mois (Tableau XXIV).

Avant leur grossesse, peu de femmes savent le nombre de séances prévues pour une PNP. Les femmes y ayant finalement participé sont plus renseignées. 23% d'entre elles pensaient justement que 8 séances étaient organisées contre seulement 4,3% des femmes n'ayant pas fait de PNP (Tableau XXV). Là encore on trouve une différence significative entre nos 2 populations lors de l'information délivrée pendant la grossesse. Si 62% du groupe avec PNP a eu une précision sur le nombre de séances, moins de 30% de l'autre groupe l'a également eu (Tableau XXXV). Il est fort probable que les femmes intéressées par la PNP aient plus d'informations par le fait d'interrogations et d'échanges sur le sujet avec la personne lui conseillant.

Les séances de PNP sont remboursées depuis 40 ans à 100% par l'assurance maladie. Si plus de 2/3 des femmes du groupe avec PNP en étaient conscientes, moins de la moitié de l'autre groupe estimait que le remboursement était total. La même proportion de femmes a reçu ce renseignement pendant la grossesse (Tableau XXVI et XXXV). L'information par les professionnels ne remplit pas là son rôle de complément du savoir des femmes.

En France, la PNP est majoritairement animée par des sages-femmes comme le pensent justement 90% des femmes interrogées dans notre enquête. En effet, selon l'HAS, la PNP est réalisée par 86% des sages femmes libérales au niveau national [2] et 97,5% d'entre elles l'assurent en Pays de Loire comme l'indique un mémoire d'étudiante sage-femme d'Angers [8]. Ce ne sont pourtant pas les seules à pouvoir assurer la PNP, comme le rappelle l'HAS. En France les médecins peuvent également assurer les séances. Cependant ceux-ci sont beaucoup plus rares, ce qui explique pourquoi seulement 15% des femmes ayant participé à une PNP pensent que les gynécologues-obstétriciens peuvent animer les séances. Les femmes n'y ayant pas participé sont un peu plus nombreuses à le supposer : 30,4%. Il est probable que dans le 1^{er} groupe, les femmes soient plus intéressées par la PNP avant même la grossesse et qu'elles se soient faites leur idée à force de témoignages relatant des

séances de PNP assurées par des sages-femmes. Dans les deux groupes cependant, seulement 3% des femmes imaginent que les médecins généralistes peuvent également les réaliser (Tableau XXVII). A posteriori, les femmes interrogées dans notre enquête qui ont participé à une PNP ont eu à faire à une sage femme pour 96,2% d'entre elles, seulement 2 femmes ont cité un médecin généraliste et 2 un kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes n'étant pas habilités à réaliser une PNP, il y a certainement une confusion de professionnel ou les séances ont été faites sans être prises en charge par la sécurité sociale.

La plupart des femmes savent qu'elles auront principalement à faire à une sage femme pour la PNP. Et 61,5% du groupe avec PNP connaissaient également, avant d'en être informées, des professionnels assurant les séances près de chez elles (Tableau XXVIII). Celles-ci ayant le plus souvent entendu parler de la PNP par des amis avant la grossesse, il est vraisemblable qu'elles aient eu plus de témoignages sur des professionnels des alentours par ce biais. Il est également plausible qu'une plus grande proportion soit intéressée avant même d'en entendre parler dans le cadre de la grossesse. Dans le groupe sans PNP, seules 32,6% des femmes savaient où trouver des professionnels animant la PNP près de chez elles. On ne retrouve pas, dans les deux populations, un pourcentage plus important de femmes ayant eu cette précision lors de l'information pendant la grossesse. L'HAS met pourtant en avant, parmi ces critères pour l'amélioration des pratiques professionnelles sur la PNP, qu'il doit être donné une information sur l'offre de soins de proximité et sur les alternatives locales de séances de PNP, et cela dans le cadre réglementaire du droit à l'information du patient [13].

Dès l'apparition de la préparation à l'accouchement sans douleur, son fondateur invitait les pères à participer aux séances. Cette possibilité a été précisée dans différents textes notamment législatifs [6]. La PNP est donc une préparation de couple, ce dont les femmes sont conscientes dans nos 2 populations. En effet, 85% d'entre elles savaient, avant même qu'on ne les informe, que le père pouvait participer aux séances (Tableau XXVIII). Elles sont bien moins nombreuses à recevoir ce complément d'information pendant la grossesse. Seules 1/3 des femmes informées sur la PNP l'ont été sur ce point (Tableau XXXV).

Si la participation des pères a été proposée dès les débuts de la préparation à l'accouchement, d'autres points ont fortement évolué, notamment la diversité des préparations existantes, de la préparation classique à l'haptonomie en passant par la préparation en piscine etc. Cela laisse un choix intéressant aux couples, libres de trouver une PNP leur correspondant au mieux. Encore faut-il que ce celui-ci leur soit offert. Avant la grossesse, 65,5% des femmes qui ont fait une PNP sont au courant de

cette diversité versus 37% dans l'autre population (Tableau XXVIII). Elles sont malheureusement encore moins nombreuses à être informées pendant la grossesse sur cette offre (Tableau XXXVI). On a pourtant vu que l'HAS préconisait d'informer sur les différentes alternatives de séances de PNP [13]. En effet, les couples ne peuvent faire un choix éclairé d'une participation ou non aux séances prénatales si on ne leur offre pas le choix de toutes les méthodes. Si aucune des approches proposées en France n'a été évaluée, le couple peut cependant trouver un bénéfice s'il choisit par lui-même une préparation qui semble correspondre à ces aspirations, en rapport avec leur projet de futurs parents.

Ainsi, il serait également intéressant de guider les couples dans le choix de PNP, ce qui est rarement fait pendant la grossesse. Seuls 15% des futurs parents ont été aidés pour choisir une PNP leur correspondant (Tableau XXXVI). La «présentation des offres de programmes de PNP au sein des ressources de proximité» est pourtant l'un des critères qualité retenu par l'HAS dans les objectifs de l'entretien prénatal. Il convient de «favoriser la prise de décision de la femme dans le choix d'un programme de PNP conforme à ses besoins et ses aspirations, le professionnel explique à la femme les diverses possibilités pour la préparation à la naissance.» [13]. Toutes les femmes du groupe avec PNP auraient donc du bénéficier de ce conseil. Les femmes ne souhaitant pas faire de PNP devraient être encouragées à participer à cet entretien prénatal pour bénéficier également de ces précisions. Si elles ne le souhaitent pas, elles devraient avoir tout de même une information succincte présentant la diversité des offres en PNP.

Si historiquement les séances prénatales préparaient à surmonter la douleur de l'accouchement, celles-ci se sont beaucoup diversifiées pour passer de séances directives qui montraient aux femmes comment accoucher sans douleur à des séances dont le contenu est adapté en fonction des demandes des parents.

L'avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales de 2003 [20], précisait 3 thèmes pour une bonne pratique de la PNP :

- Apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période prénatale.
- Responsabiliser les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître.
- Ménager un temps d'écoute permettant aux médecins et sages-femmes de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité tant psychologiques que physique, économiques et sociales [...]. Proposer un travail corporel adapté en fonction des besoins des femmes.

Nous avons demandé aux couples ce qu'ils pensaient trouver lors d'une PNP (Tableau XXIX). Pour eux, le principal apport de cette préparation reste la gestion de la douleur, surtout dans le groupe qui a participé à une PNP (40,4% versus 13% dans le groupe sans PNP). Ce groupe comprenant plus de primipares, on peut expliquer ce résultat par le fait que celles-ci sont sûrement plus angoissées par la douleur qu'elles ne connaissent pas, et ne savent pas comment elles vont y réagir. On retrouve cette préoccupation dans un mémoire d'étudiante sage-femme d'Angers. Dans celui-ci, 86% des sages-femmes de pays de la Loire ayant répondu à l'enquête disaient également qu'une des principales attentes des primipares mais aussi des multipares (81%) était la gestion de la douleur [8]. C'est aussi une écoute, des conseils, des réponses à leurs questions et donc un accompagnement, un échange, que les femmes pensent trouver lors des séances de PNP. Là encore cette réponse est principalement trouvée dans le groupe avec PNP (38,5% versus 15,2%). Cependant cette question étant à réponse libre, nous avons eu moins de réponses dans le groupe sans PNP. Il est probable que ces femmes étaient moins intéressées par la PNP même avant la grossesse et savaient donc moins souvent ce qu'elles pouvaient trouver en participant à des séances ou ne pensaient pas y trouver grand-chose et n'ont donc pas répondu à la question. Ce moindre intérêt peut s'expliquer notamment par le taux plus important de multipares qui, ayant déjà vécu une grossesse et un accouchement, ne voient pas ce que la PNP peut leur apporter de plus. On trouve également une différence significative en ce qui concerne les conseils et la préparation à l'allaitement qui sont plus cités par le groupe avec PNP. En effet, nous avons vu que nous retrouvons plus de femme allaitant dans ce groupe après l'accouchement. Cela était dû en partie au fait que les séances prénatales participent à une augmentation du taux d'allaitement maternel. Cependant on peut penser que les femmes se penchent également plus sur cette question avant même la PNP car c'est en partie ce qu'elles vont y chercher. Et, plus de femmes ayant fait des études supérieures dans le groupe avec PNP elles sont plus sensibilisées aux problèmes de santé publique et à la recherche d'informations ; notamment sur l'alimentation du nouveau né, pour laquelle la promotion de l'allaitement maternel est importante. De nombreux autres points ont été cités sans différences significatives entre nos deux groupes (par ordre décroissant) : cours théoriques sur la grossesse et l'accouchement, cours pratiques pour apprendre la respiration, les efforts de poussée, aide psychologique, pour vivre sereinement la grossesse, gagner en confiance, préparation à la parentalité: développement du lien affectif, soins aux bébé, retour à la maison, relaxation et détente, conseils de venue à la maternité, partage avec d'autres mamans, implication du papa. On trouve des réponses similaires dans les autres mémoires d'étudiantes sages-femmes réalisés [8]

[14] [15], principalement la recherche de réponses sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, surtout chez le primipares, se détendre, diminuer les peurs et les angoisses, appréhender sereinement la maternité, être écouté et pouvoir échanger avec d'autres mamans.

Si au final, on retrouve dans les réponses de nos deux populations tous les points principaux pouvant être abordés lors des séances, la préparation à la parentalité est encore peu intégrée dans l'idée que se font les couples de la PNP. L'information donnée par les professionnels lors de la grossesse sur les intérêts de la PNP développe également peu le soutien à la parentalité qu'elle peut apporter. Dans nos deux groupes, seules 20% des femmes, au plus, se sont vu préciser que la PNP pouvait permettre de développer le lien affectif avec leur enfant ou de se préparer à la parentalité. Il en est de même pour le soutien moral et psychologique que peuvent apporter les séances face aux bouleversements et angoisses que peut engendrer cette étape de la vie, ou le temps privilégié accordé à cette grossesse que représente cette PNP. L'information reste peu importante dans les deux groupes également sur les questions du post partum comme les suites de couches ou la contraception.

Les séances sont encore présentées comme étant intéressantes pour «savoir accoucher» principalement dans le groupe avec PNP. Cela correspond au fait qu'il y ait plus de primipares dans ce groupe, cet intérêt se présentant difficilement aux femmes ayant déjà accouché. Moins de la moitié des femmes se voient cependant présenter ce bénéfice, et sûrement à raison, l'accouchement n'étant pas une chose qui peut s'apprendre en lui-même, mais qui peut plutôt se préparer pour être vécu le plus sereinement et au plus proche de ses aspirations possible.

Les professionnels développent plus les intérêts apportés pour gérer la douleur lors du travail et de l'accouchement, répondre aux questions sur la grossesse pour diminuer les peurs et inquiétudes et vivre sereinement la maternité, se relaxer, acquérir des connaissances sur le corps et la grossesse, l'accouchement et les soins au nouveau né. Pour ces points, plus de la moitié des femmes ayant fait une PNP ont été informées tandis que le groupe sans PNP en ont significativement moins entendu parler.

Même s'il est probable que les professionnels discutent plus des apports d'une préparation avec les femmes préalablement intéressées, la présentation de ceux-ci convainc sûrement un certain nombre de femmes de participer aux séances. En effet, les femmes ayant participé à une PNP s'étaient vu exposer les intérêts de celle-ci dans un bon nombre de cas, contrairement à l'autre groupe. Les professionnels ne prennent peut être pas le temps, notamment face à des multipares qui ne semble pas être

intéressées par une PNP, de développer tous les apports potentiels d'une PNP, au-delà des connaissances sur la grossesse et l'accouchement.

Il est vrai que depuis la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois, celui-ci permet en partie de prendre le temps pour présenter la PNP. Hors, faisant partie intégrante de celle-ci, il paraît important de donner tout de même une information succincte mais complète sur l'apport potentiel des séances prénatales lorsqu'on les propose. En effet, les femmes n'ayant pas fait de PNP voyaient moins de choses à y trouver que l'autre groupe. C'est donc aux professionnels de donner une information complétant les idées préalables de ces femmes pour qu'elles choisissent en connaissance de cause de participer ou non aux séances. Il serait également intéressant d'encourager toutes les femmes à bénéficier de l'entretien du 4^{ème} mois même si elles ne souhaitent pas suivre de PNP par la suite. Celui-ci est important pour repérer les situations à risques, que ce soit médicales, psycho-sociales ou affectives, d'orienter les parents vers des professionnels spécialisés si besoin, d'adapter le suivi de grossesse en accord avec le projet du couple, d'écouter leurs aspirations, leurs demandes, de reprendre les bases hygiéno-diététiques importantes au bon déroulement de la grossesse...

A ce moment, l'information sur la PNP pourra être reprise plus précisément et de manière plus exhaustive si cela n'a pas pu être fait lors des consultations de début de grossesse. L'entretien doit permettre de personnaliser la PNP.

Nos résultats montrent en effet qu'une information claire encourage les femmes à participer à une PNP. Celle-ci a paru claire ou très claire significativement plus souvent dans notre groupe avec PNP. Dans notre groupe sans PNP, une proportion plus importante de femme l'a trouvé peu ou pas du tout claire.

De même, un plus grand nombre de femmes ayant fait une PNP avaient trouvé l'information utile tandis que l'on trouve significativement plus de femmes à qui elle a paru peu utile dans l'autre groupe. Il y'a donc une différence significative dans la qualité de l'information transmise. Pourtant pour que toutes puissent faire un choix éclairé d'une participation ou non à ces séances prénatales, l'information devrait être complète, claire et adaptée pour chacune. En effet, l'information a été plus claire, plus complète et a semblé plus utile aux femmes du groupe avec PNP, ce qui est corroboré par la majorité de nos résultats précédents. Cela a donné envie à ces femmes de participer à une PNP dans 96% des cas contre seulement 17,2% dans l'autre groupe.(Tableau XXXVIII)

5. Les séances de PNP à postériori :

Dans notre enquête, 53% des femmes ont fait une PNP, ce qui est, nous l'avons vu, supérieur à la moyenne de l'enquête périnatale de 2003 [9].

Ce sont principalement les primipares qui participent aux séances : 75% d'entre elles contre 39% des multipares.

Parmi les différentes méthodes de PNP proposées, les femmes ont suivi pour presque la moitié d'entre elles une préparation psychoprophylactique. Les deux autres méthodes principalement suivies ont été la sophrologie et la préparation en piscine (Figure 1). Ces trois méthodes étaient également les plus présentées lorsque les femmes étaient informées pendant la grossesse (Tableau XXXVI). Cela correspond à l'offre de la région, les sages-femmes assurant une PNP proposant une préparation classique pour 69,7% d'entre elles, une préparation en piscine pour 43,9%, de la sophrologie pour 37,9%. Les autres méthodes sont moins proposées : de 0% pour le chant prénatal à 22,7% pour l'haptonomie [8].

Les séances avaient été animées à 96,2% par des sages femmes (Figure 2).

Si l'information reçue par les femmes était rarement complète comme nous l'avons vu, celles-ci ont trouvé que la PNP avait été conforme à ce qui leur avait été dit.

Toutes les femmes ont répondu avoir trouvé cette PNP utile.

Les éléments des recommandations de l'HAS pour le contenu des séances de PNP [13], que l'on retrouve également dans les recommandations internationales de l'OMS [3] sont en majorité retrouvés dans les principaux intérêts cités par les futurs parents à postériori. Ces éléments, comme les techniques de travail corporel, de détente et de respiration, le déroulement de la grossesse, l'apprentissage de postures pour faciliter la naissance, le développement des compétences parentales en termes d'alimentation et d'hygiène ont tous été cités par plus de 60% des femmes.

A ceux-ci, l'HAS ajoute, comme thèmes à aborder pendant les séances, les repères sur la construction des liens familiaux [2]. L'OMS préconise également d'aborder l'ajustement psychologique pour le couple et la vie avec un nouveau né, le rôle du père durant la transition vers la parentalité... Cette préparation à la parentalité et le développement du lien affectif avec l'enfant sont cités par moins d'une femme sur 3 dans les intérêts trouvés à la PNP. Nous avons vu que ces thèmes étaient également moins attendus par les couples et moins présentés par les professionnels informant ceux-ci. Cette constatation a déjà été faite depuis longtemps. Des études de 1993 à 1997 retenues dans l'article étudié [16] relevaient en effet le fait que les séances étaient principalement centrées sur la grossesse, le travail et les soins basiques au nouveau né. La balance n'était souvent pas équitable entre la préparation à la

naissance et la préparation à la parentalité. Cela était du, d'après les auteurs, notamment au manque de temps mais aussi, d'après les professionnels interrogés dans l'étude, par l'intérêt de femmes centré sur le travail et la naissance et la peur de donner trop d'information en prénatal. Le besoin d'informations sur la parentalité reste secondaire chez les femmes enceintes. C'est souvent à posteriori que la majorité des nouvelles mères reconnaissent qu'il leur aurait fallu plus d'informations concernant la période postnatale et que les séances prénatales leur ont été peu utiles sur ce point. Pourtant, les séances évoluent depuis constamment vers une préparation non pas seulement à la naissance mais aussi à la parentalité pour renforcer la sécurité émotionnelle des femmes, responsabiliser les futurs parents, les aider à s'ajuster aux nombreux changements qu'entraîne l'arrivée d'un bébé. Le renforcement des relations éducatives entre parents et enfants peut également prévenir de nombreuses pathologies sociales d'après une synthèse de travaux sur le lien familial et la fonction parentale [21]. Il serait donc intéressant de savoir quelle a été l'évolution des pratiques des sages-femmes libérales concernant la parentalité. On peut penser que le thème est plus abordé, mais qu'il n'est pas retenu parmi les principaux intérêts de la PNP par les femmes interrogées juste après l'accouchement. En effet, celles-ci n'ont pas encore été vraiment confrontées à la fonction parentale. C'est également ce dont témoignait une sage femme libérale chez qui nous avons testé notre questionnaire. Il est aussi possible que le thème soit encore peu abordé pour les raisons citées par les professionnels que nous avons relevées auparavant.

l'HAS en 2005 [12], relevait le fait que les parents ayant suivi une PNP éprouvent des difficultés à assimiler les informations concernant la période du post partum.

Celle-ci rappelle que la littérature internationale et l'expérience professionnelle soulignent que des séances postnatales sont profitables aussi aux mères n'ayant pas eu de séjour raccourci en maternité. Elles permettent de s'assurer du transfert au domicile des compétences développées durant les séances prénatales et d'améliorer le bien être des femmes, entre autres. En effet, les professionnels qui voient les femmes en postnatal sont tous d'accord pour dire que les femmes ne sont jamais préparées à la difficulté d'être parent. Cependant, en 1995 déjà, un auteur avait souligné que la PNP avait vraisemblablement un effet positif sur la naissance qui, vécue comme une expérience heureuse, pouvait avoir un effet bénéfique sur la parentalité [16]. Et, si les séances prénatales semblent insuffisantes concernant la préparation à la parentalité, elles doivent permettre aux femmes d'acquérir des compétences et une confiance suffisante pour savoir où chercher des informations et des ressources complémentaires.

A posteriori, les femmes trouvent que le terme le plus adapté pour décrire les séances prénatales qu'elles ont suivi est celui de préparation à l'accouchement (42,3%) ou de préparation à la naissance (38,5%). Celui de préparation à la naissance et à la parentalité est peu repris (13,5%) (Figure 5), ce qui confirme ce que nous venons de dire.

Comme nous l'avons vu, la participation du père aux séances de PNP a toujours été encouragée. Pourtant, à peine un peu plus de la moitié de ceux-ci ont effectivement pu prendre part à la préparation. Il est vrai que les horaires des séances sont souvent peu compatibles avec une activité professionnelle, ce qui est la principale raison de non participation des pères. Cependant dans 6% des cas, la présence du père n'a pas été proposée par le professionnel réalisant les séances, ce qui est dommage pour une préparation qui s'inscrit dans un projet de couple (Figure 6). En effet, c'est le principal intérêt cité par les mères comme par les pères. Ainsi la mère se sent soutenue et le père est réellement impliqué dans ce projet. Les deux pensent également que la PNP a servi au père pour trouver sa place lors de l'accouchement, notamment en sachant comment aider sa femme face à la douleur. Pour les pères, avoir pu participer aux séances leur a surtout permis d'avoir également des informations sur la grossesse, l'accouchement ou le nouveau né. (Figure 7 et 8). Nous avons eu pour cette question un taux important de non réponses. On peut se demander si certaines de celles-ci étaient du au fait que la participation du père n'a pas paru particulièrement intéressante au couple, la question n'ayant pas été posée dans ce sens. Mais, les questions ouvertes ont généralement été moins complétées que les questions fermées.

En 2004, la PNP a été réglementée par un arrêté précisant que le nombre de participants pour une séance ne devait pas dépasser 6 patientes [5]. Celui-ci est totalement respecté, plus de la moitié des couples ayant participé à des séances de 3 patientes maximum et aucun à des séances où elles étaient plus de 6. Un mémoire qui reprenait la pratique des sages-femmes libérales de Pays de la Loire [8] corrobore nos données, 89,4% des sages-femmes disant pratiquer des séances avec 2 ou 3 patientes.

La grande majorité des femmes souhaiteraient refaire une PNP lors d'une prochaine grossesse, et dans plus de la moitié des cas, avec le même soignant ou la même méthode, les deux étant assez souvent liés. Dans un autre mémoire [14] ayant interrogé des patientes ayant fait une PNP, on retrouvait également qu'une majorité de celles-ci referaient une PNP pour une prochaine grossesse. Dans notre étude, moins d'un dixième des femmes ne désirent pas renouveler l'expérience car elles n'en voient plus l'utilité pour avoir déjà eu toutes les informations qu'elles y recherchaient. La PNP

nous paraît donc très utile pour toutes les primipares mais également pour les multipares. En effet, la plupart des femmes pensent refaire une PNP pour une grossesse ultérieure et toutes, primipares comme multipares, ont été satisfaites par cette PNP. C'est également ce que concluait une méta analyse de la Cochrane Library en rappelant que si aucune recommandation pratique ne pouvait être faite dans l'état actuel de la littérature, l'importance de la PNP en particulier lors d'une première grossesse était soulignée par les femmes et les professionnels de santé [22].

La principale réponse des couples pour conclure sur la PNP a été que celle-ci s'est révélée très utile, enrichissante, sympathique. La plupart ont reparlé uniquement de la part concernant le prénatal et l'accouchement : savoir comment cela se déroule et le préparer en fonction de ses souhaits, la détente et le soutien rassurant apporté par les échanges avec la sage-femme et les autres parents... Seules 12,8% ont reparlé de l'intérêt de la PNP pour se préparer à la période postnatale. C'est également l'un des seuls reproches fait par les parents : un manque d'information sur cette période.

Deux couples ont soulevé le fait qu'ils manquaient d'informations sur les différentes préparations existantes et pour en trouver une.

6. Les motifs de non participation à une PNP

Les problèmes d'information tiennent la part la plus importante dans les raisons de non participation. Le principal problème relevé est que l'information sur la PNP n'était pas convaincante (21,7%). Les femmes n'ayant pas fait de PNP ont en effet eu une information moins détaillée que l'autre groupe et celle-ci leur a paru souvent peu utile et non convaincante dans la majorité des cas (Tableau XXXVIII). On note ensuite un manque total d'information (19,6%), une information trop tardive (15,6%) ou non adaptée (4,3%), ce que nos résultats précédents sur l'information pendant la grossesse, montraient également. Un autre mémoire relevait également que 18% des femmes n'ayant pas fait de PNP n'en avaient pas été informées [15].

Ce sont ensuite souvent des problèmes d'organisation qui ont empêché la participation à une PNP, souvent un manque de temps. Le groupe étant composé surtout de multipares, on peut supposer que les enfants leur prennent beaucoup de temps, 9 multipares ayant cité ce motif contre 2 primipares. Hors, la PNP est justement parfois le moment de se dégager un temps particulier pour soi et pour cet enfant à venir. Les couples ont cité également, dans une moindre mesure, des problèmes de transport, de distance et d'horaires. Les horaires inadaptés notés par 4,3% de notre

population étaient également cités par 7,6% des femmes dans le mémoire de Toulouse. Il est vrai qu'il est parfois difficile aux sages-femmes de dégager un créneau horaire compatible avec les exigences des femmes liées au travail ou au transport. Certaines sages-femmes animent des séances de PNP à domicile, ce qui pallie à ce problème de transport mais elles sont peut être peu nombreuses.

Une autre raison souvent évoquée par les parents est qu'ils ne voyaient pas d'intérêt à cette préparation (32,6%). On peut se demander comment ces couples jugent ce manque d'intérêt de la PNP. Uniquement 3 de ceux-ci ont effectivement déjà fait une PNP. Il en va donc des professionnels de développer les intérêts potentiels de la PNP dont ces couples ne sont pas convaincus. En effet, nous avons vu que le groupe sans PNP recevait significativement moins de détails sur les intérêts de la PNP. Même s'il est vrai que l'efficacité de la PNP reste inconnue pour ces effets sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la fonction parentale comme le rappelle l'HAS, les femmes y ayant participé semblent bien préparées au déroulement du travail [22]. De plus, tous les couples de notre population avec PNP en sont ressortis satisfaits. Ce manque d'intérêt est principalement évoqué par des multipares (12 contre 2 primipares). Celles-ci jugent sûrement qu'ayant déjà vécu une grossesse et un accouchement (ce que 8,7% des femmes ont ajouté comme raison de non participation), la PNP ne leur apportera rien de plus. Hors dans notre groupe avec PNP, même les multipares ont trouvé la PNP utile et la majorité la referait pour une prochaine grossesse, preuve que la PNP, comme nous l'avons d'ailleurs vu, dépasse la simple explication de la grossesse et de l'accouchement et peut s'adapter à chaque patiente en fonction de ses attentes. Dans le mémoire d'étudiante sage-femme de Toulouse [15], celle-ci relevait 18% de parents trouvant que la PNP était inutile sur une population constituée uniquement de couples n'ayant pas fait de PNP. Vingt six pour cent classaient l'intérêt de la PNP comme moyennement important mais plus de la moitié, bien que n'ayant pas fait de PNP, le jugeaient important...

21,2% des femmes n'ont pas fait de PNP à cette grossesse car elles en avaient déjà bénéficié à la grossesse précédente.

Parmi ces couples n'ayant pas fait de PNP, 19,6% expriment le souhait d'en faire une lors d'une prochaine grossesse. Dans le mémoire de Toulouse [15], 35% des femmes, qui n'ont pas fait de PNP, envisage d'y participer pour une prochaine grossesse. Parmi elle 15% ne regrette cependant pas leur choix pour cette grossesse, 18% au contraire le déplorent.

Si le manque d'information reste le défaut principal cité par les femmes, elles ont pourtant été confrontées dans la majorité des cas à plusieurs spécialistes pendant la grossesse, que ce soit médecins généralistes, gynécologue-obstétriciens, sages-

femmes ou échographistes (Figure 13). Les occasions sont donc nombreuses de reprendre l'information. Les professionnels intervenant principalement sont les sages-femmes du CHU qui pourtant sont sûrement les mieux informées sur la PNP pour en parler aux femmes. Cependant, les femmes consultent celles-ci principalement dans le cadre de la consultation du 8^{ème}, 9^{ème} mois, ce qui est tard pour débiter une PNP. Dans la mesure du possible, on informera tout de même ces femmes, qui, si elles sont intéressées pourront prendre contact avec une sage-femme libérale et ainsi bénéficier de quelques séances de PNP. Les séances non réalisées en prénatal pouvant être reportées en postnatal. Les échographistes voient les femmes dès 12 SA, ce qui seraient le moment idéal pour présenter la PNP, on sait malheureusement que le manque d'échographiste rend leur emploi du temps bien trop serré pour prendre ce temps. Ceux-ci peuvent cependant informer les femmes de son existence pour que celles-ci s'adressent directement à une sage-femme. Les médecins généralistes sont ensuite les plus consultés et ce, dès la déclaration de grossesse. Il serait donc important que ceux-ci développent l'information sur la PNP. Il serait du moins intéressant d'encourager les femmes à participer à l'entretien du 4^{ème} mois pour qu'elles puissent y recevoir les informations complémentaires si le médecin ne peut les dispenser, comme nous l'avons dit précédemment. Il en va de même pour les gynécologues obstétriciens consultés pour la déclaration de grossesse.

Il serait sûrement intéressant de reprendre l'importance de l'information dans la participation à la PNP ainsi que les bénéfices de celle-ci pour que les médecins fassent le lien entre les futurs parents et les professionnels animant les séances. Ce sujet serait par exemple à développer lors d'un des congrès de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes. Et, il faudrait que les sages-femmes aillent à la rencontre des médecins généralistes pour se faire connaître et leur transmettent des fiches d'informations sur la PNP à laisser à disposition dans leurs salles d'attentes.

CONCLUSION

La préparation à la naissance et à la parentalité, bien que ses effets ne soient pas scientifiquement prouvés, est une mesure de santé publique pour laquelle beaucoup de recommandations ont été développées ces dernières années. En effet, futurs parents comme professionnels de santé s'accordent à dire que la PNP apporte un bénéfice aux couples qui la suivent. Malgré cela la moitié des femmes ne participent pas aux séances prénatales. L'HAS proposait d'évaluer les programmes de PNP et notamment les caractéristiques des personnes ayant bénéficié de programme éducatif et les motifs de refus de participation aux séances de PNP

Notre étude a permis, même si elle ne peut être généralisée au niveau national, de montrer quelques différences entre les couples bénéficiant des séances et les autres. Les primipares et les femmes ayant fait des études supérieures sont plus nombreuses à faire une PNP lors de la grossesse. Au delà du profil général différant peu pour nos deux populations, une disparité d'information a été constatée. Les femmes n'ayant pas participé aux séances de PNP ont la plupart du temps eu une information plus tardive et moins développée concernant l'organisation ou le contenu des séances. Ces défauts d'information sont d'ailleurs majoritairement retrouvés dans les motifs de non participation à une PNP. Il est vrai que l'entretien du 4^{ème} mois est le moment privilégié permettant de développer cette information pour s'adapter aux attentes des couples. Le problème reste que celui-ci fait partie intégrante de cette PNP. L'information sur la PNP fait donc partie de celle-ci...

Nous proposons donc aux professionnels de santé voyant les femmes en début de grossesse d'appuyer sur cette information, soit en la complétant, soit en encourageant les femmes à participer à l'entretien du 4^{ème} mois pour que toutes puissent choisir en connaissance de cause de bénéficier ou non d'une PNP. Il serait intéressant de rappeler à ces professionnels l'importance de cette information. En effet toutes les femmes ayant bénéficié d'une PNP dans notre étude l'ont trouvée utile et la majorité souhaiteraient renouveler l'expérience, Il nous paraît donc important de permettre à un maximum de femmes de profiter de cette offre...

BIBLIOGRAPHIE

1. Bréart G, Puech F, Rozé JC. Plan périnatal 2005 – 2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007. [consulté le 11/11/2010] Disponible à partir de : URL : <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinatales/plan-perinatal-223-407.html>
2. Pauchet-Traversat A.F, Dosquet P. .Recommandation pour une pratique clinique, préparation à la naissance et à la parentalité, argumentaire. HAS.2005
3. World Health Organization. Essential antenatal and postpartum care .WHO .2002
4. Assurance Maladie. Vous accompagner... La maternité de 0 à 6 mois [on line] [consulté le 10/11/2010]. Disponible à partir de : URL : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Guide_maternite_N1.pdf
5. République Française. Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. J.O. 271 du 21 novembre 2004.
6. Parlement Européen. Charte des droits de la parturiente. J.O. des Communautés européennes.1988 .B2.p 712-86
7. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Paris : La documentation française. 2004.
8. Breheret L. L'offre de soins des sages-femmes libérales : étude descriptive de l'activité des sages-femmes libérales réalisée dans la région Pays de la Loire du 15 octobre au 15 décembre 2008. Mémoire : Maïeutique : Université d'Angers. 2009.
9. Blondel B, Supernant K, Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris : ministère des solidarités, de la santé et de la famille. 2005
10. Dolto-Tolitch C. L'haptonomie prénatale, une pensée du devenir enfant.in Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Toulouse, Éditions érès 2004 : 135-49
11. Pauchet-Traversat A.F. Bretelle F. Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS .2006
12. Pauchet-Traversat A.F, Gillet A, Flandin-Créton S. Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS.2006
13. Haute Autorité de Santé. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, préparation à la naissance et à la parentalité. HAS. 2007
14. Berthelot G. Plus qu'une préparation à l'accouchement, une préparation à la naissance et à la parentalité. Mémoire : Maïeutique : Université d'Angers. 2008.

15. Fabre M. Pas de préparation à la naissance et à la parentalité : pourquoi? Mémoire : Maïeutique : Université de Toulouse. 2008.
16. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education : an exploratory study. Health Promot Int 2001.; 16(4) :381-8
17. Astruc K., Shojai R. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS. 2007
18. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane database of systematic rev. 2005; issue 2
19. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiations of breastfeeding. Southampton: Health Technology Assessment 2000
20. République Française. .Avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes article 1^{er}. J O. de la république Française du 27 février 2003.
21. Boisson M, Verjus A. La parentalité une action de citoyenneté. Une synthèse de travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004) [rapport]. Caisse nationale des allocations familiales. 2004; (62) : 1-75
22. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. The Cochrane database of systematic rev. 2004; issue 1.

ANNEXE 1

CRITERES DE BAS RISQUE OBSTETRICAL

Groupes de patientes « à bas risque »

Définition des bas risques :

Primipares "à bas risque"	Multipares "à bas risque"
Age \geq 18 et $<$ 35 ans	Age \geq 18 et $<$ 35 ans
Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière	Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort né, ni mort néonatale
Absence de pathologie au cours de la grossesse	Absence d'utérus cicatriciel Absence de pathologie au cours de la grossesse
Grossesse unique	Grossesse unique
Présentation céphalique	Présentation céphalique

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE PAPIER



ECOLE DE SAGES-FEMMES RENE ROUCHY

Enquête d'information des futurs parents

Préparation à la naissance et à la parentalité

Année 2010

Bonjour,

Étudiante sage-femme, je souhaite réaliser, pour mon mémoire de fin d'études, une évaluation de ce que savent les futurs parents de la préparation à la naissance.

C'est pourquoi j'ai réalisé ce questionnaire qui vous est destiné.

Je vous remercie d'avance de votre témoignage et du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre à mes questions, votre collaboration étant essentielle au développement de l'information sur la préparation à la naissance.

Pauline POIRIER

QUESTIONNAIRE PRÉPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITÉ

(à destination des jeunes parents, à J2 de l'accouchement.)

Cochez la ou les réponses (n'hésitez pas à préciser votre réponse par des commentaires).

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :

Votre âge :

Votre situation de famille :

1. célibataire
2. mariée
3. divorcée
4. veuve

Votre mode de vie familiale:

1. vit seule
2. vit en couple
3. autres précisez :

Votre nationalité:

1. française
2. autre

Votre origine géographique :

1. France métropolitaine
2. Europe du nord
3. Europe du sud
4. Afrique du nord
5. Afrique

- 6. Dom tom
- 7. Asie
- 8. Asie mineure
- 9. Autre précisez :

Votre niveau d'étude :

- 1. Non scolarisée
- 2. primaire
- 3. Collège, CAP, BEP
- 4. Lycée (général et technologique)
- 5. Enseignement supérieur (après bac)

Votre profession :

- 1. agricultrice
- 2. artisane, commerçante
- 3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
- 4. profession intermédiaire, cadre moyen
- 5. employée
- 6. ouvrière
- 7. sans profession
- 8. autres (précisez :

Profession exercée pendant la grossesse:

- 1. oui (Si oui : date d'arrêt de travail :
date prévue d'accouchement :
- 2. non (
- 3. chômage (

Consommation pendant la grossesse :

- 1. tabac (
- 2. alcool (
- 3. toxicomanie (précisez :

Taille :

Poids avant la grossesse :

Prise de poids pendant la grossesse :

QUELQUES PRÉCISIONS SUR LA SITUATION DU PAPA :

Votre âge :

Votre nationalité:

- 1. française (
- 2. autre (

Votre origine géographique :

- 1. France métropolitaine (
- 2. Europe du nord (
- 3. Europe du sud (
- 4. Afrique du nord (
- 5. Afrique (
- 6. Dom tom(
- 7. Asie (
- 8. Asie mineure (

9. Autre (précisez :

Votre niveau d'étude :

1. Non scolarisé (
2. primaire (
3. Collège, CAP, BEP (
4. Lycée (général et technologique) (
5. Enseignement supérieur (après bac) (

Votre profession :

1. agriculteur (
2. artisan, commerçant (
3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin (
4. profession intermédiaire, cadre moyen (
5. employé (
6. ouvrier (
7. sans profession (
8. autres (précisez :

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE GROSSESSE :

Nombre de grossesses y compris celle-ci (dont fausses couches, IVG, IMG, GEU) :

.....

Nombre d'enfants vivants :

Qui a fait la déclaration de grossesse ?

1. Gynécologue (
2. Médecin traitant (
3. Sage femme (

Cette grossesse était elle désirée ?

1. Oui (
2. Non (

Avez-vous eu un traitement pour infertilité pour obtenir cette grossesse?

1. Oui (
2. Non (

Avez-vous fait une préparation à la naissance ?

1. Oui (
2. Non (

En ce moment, allaitez-vous votre enfant :

1. Au sein (
2. Au biberon (
3. Allaitement mixte (sein + biberon) (

AVANT LE DEBUT DE LA GROSSESSE :

1) Aviez-vous déjà entendu parler de la préparation à la naissance ?

1. Oui (
2. Non (

Si oui, par quel(s) biais ? (plusieurs réponses possibles)

1. amis (

- 2. parents (
- 3. Professionnels de santé (précisez :
- 4. internet (
- 5. Organisme sociaux : CPAM, CAF (
- 6. Revues, dépliants (
- 7. autres (précisez :

2) Dans quel(s) terme(s) en aviez-vous entendu parler ? (plusieurs réponses possibles)

- 1. Préparation à l'accouchement sans douleur (
- 2. Préparation à l'accouchement (
- 3. Préparation à la naissance (
- 4. Préparation à la naissance et à la parentalité (
- 5. Autre (précisez :

3) Saviez-vous quand les séances se débutent ?

- 1. Oui (2. Non (
- Si oui, à quel mois de grossesse ? :

4) Aviez-vous une idée du nombre de séances prévues ?

- 1. Oui (combien :
- 2. Non (

5) Pensiez-vous qu'elles étaient remboursées ?

- 1. Totalement (
- 2. Partiellement (
- 2. Non

6) Selon vous, quel(s) professionnel(s) pouvaient animer ces séances ? (plusieurs réponses possibles)

- 1. Médecin généraliste
- 2. Sage femme
- 3. Gynécologue-obstétricien
- 4. Kinésithérapeute
- 5. Autre précisez :

7) Connaissiez-vous des professionnels assurant la préparation à la naissance près de chez vous ?

- 1. Oui 2. Non

8) Pensiez-vous que le papa pouvait participer à cette préparation à la naissance ?

- 1. Oui 2. Non

9) Que pensiez-vous trouver en participant à des séances de préparation à la naissance ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10) Saviez-vous qu'il existait plusieurs méthodes de préparation à la naissance?

1. Oui 2. Non

PENDANT LA GROSSESSE :

11) Avez-vous eu une information sur la préparation à la naissance :

1. Oui 2. Non

Si oui, à quel mois de grossesse ? :

12) Quel professionnel vous a informé sur la préparation ?

1. Médecin généraliste
2. Gynécologue-obstétricien
3. Sage femme libérale
4. Sage femme du CHU
5. Echographiste
6. Services sociaux (CPAM, CAF)
7. Autres précisez :

13) Vous a-t'il parlé de :

1. Préparation à l'accouchement sans douleur
2. Préparation à l'accouchement
3. Préparation à la naissance
4. Préparation à la naissance et à la parentalité
5. Autre précisez :

14) Quand vous a-t'il conseillé de commencer la préparation à la naissance ?

1. 1^{er} mois de grossesse
2. 2^{ème} mois de grossesse
3. 3^{ème} mois de grossesse
4. 4^{ème} mois de grossesse
5. 5^{ème} mois de grossesse
6. 6^{ème} mois de grossesse
7. 7^{ème} mois de grossesse
8. 8^{ème} mois de grossesse
9. 9^{ème} mois de grossesse
10. Non précisé

15) Vous a-t'il informé sur le nombre de séances prévues ?

1. Oui 2. Non

16) Vous a-t'il informé sur le remboursement des séances ?

1. Oui 2. Non

17) Vous a-t-il exposé les différentes préparations à la naissance existantes?

1. Oui 2. Non

Si oui, lesquelles?

1. Classique ou psychoprophylactique
2. Préparation en piscine
3. Haptonomie
4. Sophrologie
5. Yoga

6. Chant prénatal
 7. Autre précisez

18) Quels intérêts de la préparation à la naissance vous a-t-il présentés ? (plusieurs réponses possibles)

1. Gestion de la douleur lors du travail et de l'accouchement
2. Relaxation
3. Connaissances sur le corps, la grossesse, l'accouchement, les soins au bébé
4. Développement du lien affectif avec le bébé
5. Préparation à la parentalité
6. Réponses aux questions sur la grossesse, aux inquiétudes, diminuer la peur, appréhender sereinement la maternité
7. Réponses aux questions sur les suites de couche, la contraception
8. Réponses aux questions sur l'allaitement
9. Soutien moral et psychologique
10. Préparation pour « savoir » accoucher
11. S'accorder du temps pour cette grossesse
12. Autre précisez :

19) Vous a-t-il donné des adresses de professionnels qui assurent la préparation à la naissance près de chez vous ?

1. Oui 2. Non

20) Vous a-t-il aidé à choisir la préparation à la naissance qui semblait vous correspondre la mieux ?

1. Oui 2. Non

21) Vous a-t-il parlé de la place du papa aux séances de préparation à la naissance ?

1. Oui 2. Non

22) Au final, l'information que vous avez reçue vous a-t-elle paru :

	TRES	JUSTE	PEU	PAS DU TOUT
CLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Vous a-t-elle donné envie / convaincue de faire une préparation à la naissance ?

1. oui 2. non

APRES LA PREPARATION A LA NAISSANCE :

(Si vous n'avez pas fait de préparation à la naissance reportez vous directement à la question 33.)

24) Quelle préparation à la naissance avez-vous suivie?

1. Classique ou psychoprophylactique
2. Préparation en piscine
3. Haptonomie
4. Sophrologie
5. Yoga
6. Chant prénatal
7. Autre précisez

25) Quel professionnel de santé est intervenu pour cette préparation à la naissance ?

1. Médecin généraliste
2. Sage femme
3. Gynécologue-obstétricien
4. Kinésithérapeute
5. Autre précisez :

26) La préparation à la naissance a-t-elle été conforme à l'information que vous aviez reçue?

1. Oui
2. Non

27) Vous a-t-elle paru utile ?

1. Oui
2. Non

Si oui, quels furent pour vous les principaux intérêts ? (plusieurs réponses possibles)

1. Gestion de la douleur lors du travail et de l'accouchement
2. Relaxation
3. Connaissances sur le corps, la grossesse, l'accouchement, les soins au bébé
4. Développement du lien affectif avec le bébé
5. Préparation à la parentalité
6. Réponses aux questions sur la grossesse, aux inquiétudes , diminuer la peur, appréhender sereinement la maternité
7. Réponses aux questions sur les suites de couche, la contraception
8. Réponses aux questions sur l'allaitement
9. Soutien moral et psychologique
10. Préparation pour « savoir » accoucher
11. S'accorder du temps pour cette grossesse
12. Autre précisez :

28) A posteriori, quel terme vous paraît le plus adapté :

1. Préparation à l'accouchement sans douleur
2. Préparation à l'accouchement
3. Préparation à la naissance
4. Préparation à la naissance et à la parentalité
5. Autre précisez

29) Le père a-t-il participé à la préparation à la naissance?

1. Oui
2. Non

Si oui, quels intérêts y'a-t-il trouvé ?

.....
.....

.....
Quels intérêts avez-vous trouvé à cette participation familiale?
.....
.....

.....
Si non, pour quelle(s) raison(s) n'y a-t-il pas participé?
.....
.....

30) La préparation à la naissance que vous avez suivie a eu lieu :

- 1. En individuel ou en couple
- 2. En groupes de 3 personnes maximum
- 3. En groupes de 3 à 6 personnes
- 4. En groupes de plus de 6 personnes

31) A une prochaine grossesse, referiez vous une préparation à la naissance ?

- 1. Oui
- 2. Non

Si non, pourquoi :

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

Si oui, la referiez vous avec la même méthode ? 1. Oui 2. Non

Avec le même soignant ? 1. Oui 2. Non

32) qu'avez-vous pensé de la préparation à la naissance ? (réponse libre)

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

VOUS N'AVEZ PAS FAIT DE PREPARATION A LA NAISSANCE :

33) quelle en est la principale raison ?

- 1. On ne vous en a pas informée

2. L'information vous a paru: (plusieurs réponses possibles)

Non convaincante

Non adaptée

Trop tardive

Trop précoce

Autre Précisez :

3. Vous n'y voyiez pas d'intérêt

4. Vous aviez un problème d'organisation pour y participer : (plusieurs réponses possibles)

Manque de temps

Horaires non adaptés

Problème de transport

Distance trop importante

Autre Précisez :

5. Vous avez arrêté la préparation à la naissance après une ou quelques séances : pour quelle(s) raison(s)?

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

6. Vous aviez déjà fait des séances de préparation à la naissance à une précédente grossesse

7. Autre précisez :

34) Feriez vous une préparation à la naissance pour une prochaine grossesse ?

1. Oui 2. Non

35) Quel(s) professionnel(s) sont intervenus lors de cette grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

1. Médecin généraliste

2. Gynécologue-obstétricien

3. Sage femme libérale

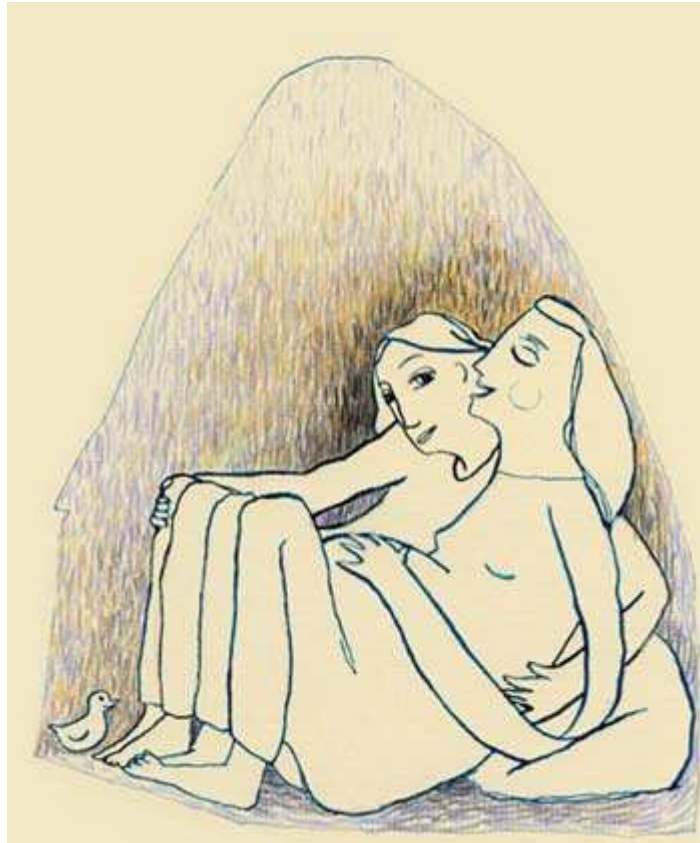
4. Sage femme du CHU

5. Echographiste

6. Autres précisez :

ANNEXE 3

PAGE DE GARDE



PEYSSON D.

[Consulté le 25/01/2010] disponible à partir de :

URL : <http://www.sage-femme-muriel.com/index.php?page=la-preparation>

Résumé

Objectif : Evaluer l'information donnée aux futurs parents sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pendant la grossesse et son influence dans le taux de participation aux séances prénatales.

Méthodologie : Enquête rétrospective réalisée du 9 septembre au 1 octobre 2010 auprès de 98 femmes, à bas risque obstétrical, au 2^{ème} jour du post-partum, à la maternité du CHU d'Angers.

Résultats : 53% des femmes de notre étude ont participé à une PNP durant leur grossesse. Celles-ci ont plus souvent fait des études supérieures que le groupe sans PNP qui retrouve plus de femmes sans profession. Le niveau d'étude des pères est également supérieur dans le groupe avec PNP. Les femmes qui ne font pas de PNP sont plus souvent des multipares et fument d'avantage pendant la grossesse. Le taux d'allaitement maternel est plus important lorsque les femmes participent aux séances prénatales.

Les femmes ont entendu parler de «préparation à l'accouchement» avant leur grossesse par des amis la plupart du temps surtout dans la population avec PNP. Mais peu connaissent l'organisation, les différentes méthodes de PNP et l'étendue de son contenu.

Pendant la grossesse, l'information n'est pas également faite pour toutes les femmes, 34, 8% des femmes n'ayant pas fait de PNP n'avaient pas eu d'information. L'information est également en général moins développée et moins convaincante dans ce groupe. Les problèmes d'informations sont les principales causes citées de non participation à une PNP.

Dans le groupe ayant fait une PNP, 96% des femmes avaient trouvé l'information convaincante et toutes ont trouvé les séances utiles.

Conclusion : Un défaut d'information sur la PNP pendant la grossesse diminue le taux de participation des femmes. Pourtant, toutes les femmes et couples ayant fait une PNP en sont sortis satisfaits. Il est donc du rôle des professionnels de santé, notamment ceux voyant les femmes en début de grossesse de donner une information claire et complète sur ces séances.

Mots clés : Préparation à la naissance, parentalité.

Abstract

Objective : To evaluate the information given to expectant parents on childbirth and parenthood education (PNP) during pregnancy and its influence on the rate of participation in prenatal classes.

Methods : Retrospective study conducted from September, 9th to October 1st 2010 on 98 women with low obstetric risk, on the 2nd day postpartum at the maternity hospital of Angers.

Results : 53% of the women in our study attended a PNP during pregnancy. More often, these women are highly educated whereas the group without PNP included more unemployed mother to be. The educational level of fathers is also higher in the group with PNP. Women who do not undertake the PNP are more often multiparous and smoke more during often pregnancy. The breastfeeding rate is higher when women participate in antenatal classes.

Women have heard of "preparation for delivery» before their pregnancy mostly from friends especially in the population with PNP. But few know the organisation, the different methods of PNP and the extent of its content.

During pregnancy, the information is not equal for all women, 34,8% of women who did not undertake PNP did not have any information. Information is also generally less developed and less convincing in this group. Problems of information are the main causes cited for not participating in PNP.

In the group that have made a PNP, 96% of women had found the information convincing and all found the classes useful.

Conclusion : A lack of information on the PNP during pregnancy decreases the rate of women participation. However, all women and couples who made a PNP were satisfied with it. It is the role of health professionals, especially those seeing women in early pregnancy to give clear and complete information on these classes.

Keywords : childbirth education, parenthood.