



HAL
open science

Étude de la satisfaction des femmes ayant suivi une Préparation à la Naissance et à la Parentalité “ classique ” dans une maternité de type 3 en Aquitaine

Marie Tempier

► To cite this version:

Marie Tempier. Étude de la satisfaction des femmes ayant suivi une Préparation à la Naissance et à la Parentalité “ classique ” dans une maternité de type 3 en Aquitaine. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01540471

HAL Id: dumas-01540471

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01540471>

Submitted on 16 Jun 2017

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX
ECOLE DE SAGES-FEMMES de BORDEAUX

**Etude de la satisfaction des femmes ayant suivi une
Préparation à la Naissance et à la Parentalité
« classique » dans une maternité de type 3 en Aquitaine.**

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat de sage-femme

Soutenu en Novembre 2016

Présenté par
TEMPIER Marie
Née le 15 03 1993

Sous la direction de Mme BARANDON S., Sage-femme enseignante

2^{ème} cycle des études en sciences maïeutique

Remerciements

A Mme Barandon, pour son temps, ses encouragements, son soutien et sa disponibilité pour mener à bien ce projet en tant que maître de mémoire et durant ces 5 années d'études en tant qu'enseignante.

Aux femmes ayant accepté de participer à notre étude.

A Mr Barnetche, pour son temps, ses conseils et son avis d'expert.

A mes parents, pour leur soutien sans faille depuis toujours et pour tout.

A Charlotte pour toute son aide dans mon travail personnel.

A mes amies de l'école de sage-femme, grâce à qui ces 5 années d'étude sont passées plus rapidement.

A chaque membre de l'équipe enseignante, et chaque personnel de stage qui a partagé son expérience et permis ma formation.

Sommaire

1. Contexte	7
1.1 Historique.....	7
1.2 Recommandations actuelles	8
1.3 Définitions	9
1.3.1 PNP « classique »	9
1.3.2 Satisfaction et qualité	11
1.4 Données épidémiologiques	11
1.5 Hypothèses et objectifs	12
2. Etude	13
2.1 Schéma et lieu d'étude	13
2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	13
2.3 Durée de l'étude et taille de l'échantillon.....	13
2.4 Parcours des femmes.....	13
2.5 Outils et méthodes statistiques.....	14
2.6 Règles éthiques	16
3. Résultats.....	17
3.1 Description de la population	17
3.2 Type d'accouchement	18
3.3 Généralités sur la PNP	18
3.4 Satisfaction concernant l'Entretien Prénatal Précoce (EPP).....	19
3.5 Satisfaction concernant les différents thèmes des cours de PNP.....	20
3.5.1 Naissance et accueil de l'enfant.....	20
3.5.2 La parentalité	21
3.5.3 La prévention	22
3.5.4 L'organisation des séances	22
3.5.5 La personnalisation des cours.....	22
3.6 De la théorie à la pratique	23
3.7 Paroles des femmes.....	24
3.7.1 Remarques diverses.....	25
3.7.2 Quels bénéfices ?.....	26
3.7.3 Ce qu'il manquait.....	27
3.7.4 Est-ce de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?	28
4. Discussion	29
4.1 Discussion de la méthode	29
4.2 Discussion des résultats.....	30
4.2.1 Information sur l'EPP et la PNP.....	30
4.2.2 Une histoire de douleur	31
4.2.3 Prévention et thèmes tabous ?.....	32
4.2.4 Espace de partage ?	32
4.2.5 Des attentes différentes.....	33
4.3 Propositions et perspectives.....	33
5. Conclusion.....	35
6. Bibliographie	36
7. Annexes.....	38
Annexe 1. Objectifs de la PNP selon l'HAS	38
Annexe 2. Information écrite pour les patientes.....	44
Annexe 3. Questionnaire	45

Introduction

D'abord préparation à l'accouchement sans douleur, la préparation à la naissance a suivi des évolutions multiples pour devenir aujourd'hui préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (1). Qu'ils soient sociétaux, politiques et/ou culturels, différents concepts et différentes méthodes ont permis de prendre en compte la dimension psychologique de la grossesse, de donner une place au père et de renforcer l'autonomie des femmes et des couples (1). Le contexte réglementaire a renforcé cette prise de conscience de l'importance du lien entre santé physique et santé psychique et de la nécessité de maintenir un continuum de l'anté au post natal, pour développer une approche globale, centrée sur les femmes, les couples, davantage personnalisée (2–4). Le plan de périnatalité 2005-2007 a été un des éléments fondateurs de cette approche (2). Depuis 2007, l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) vient compléter cette offre. Véritable espace de parole et d'échanges, il est considéré comme la première séance de PNP (2). Remboursées par l'assurance maladie, non obligatoires, les séances de PNP au nombre de 8 sont bien ancrées dans le dispositif de suivi prénatal (4). Construite selon un modèle défini alternant cours théoriques et séances d'exercices pratiques (5), la PNP se diversifie afin de tenter de répondre aux attentes des femmes. D'autres alternatives à la PNP « classique » se développent comme : la sophrologie, l'haptonomie, le yoga, la gymnastique aquatique prénatale, l'hypnose, le chant prénatal par exemple.

La PNP est un véritable outil d'éducation et de promotion pour la santé, qui a entre autre pour but, de faciliter l'accueil de l'enfant et la transition d'un couple vers une famille et le rôle de parent qui y est associé (6,7). La sage-femme, en tant qu'acteur important de la santé des femmes, tient un rôle essentiel dans la réalisation et l'évaluation d'actions d'éducation et de promotion pour la santé périnatale.

Une étude récente rapporte que les femmes qui suivent une PNP et/ou un EPP ne sont pas les femmes les plus vulnérables mais plutôt celles ayant un bon niveau sociodémographique, peu d'antécédents médico-psycho-sociaux (8) et plus souvent primipares. Les femmes concernées ne semblent

donc pas correspondre à celles que la HAS souhaitait cibler, à savoir : développer la PNP « *en particulier pour les femmes les plus vulnérables* » (5). Entre 2010 et 2012, le taux de femmes enceintes ayant suivi des séances de PNP est passé de 48 à 52% et de 21 à 33 % pour celles qui avaient bénéficié d'un EPP (8,9). Nous nous demandons donc si les séances de PNP « classique » proposées satisfont toutes les patientes, si elles apportent des connaissances suffisantes sur l'accouchement, les soins de puériculture et/ou la parentalité, et enfin si les modèles théoriques proposés par les professionnels s'adaptent aux besoins de toutes les femmes, en particulier les multipares ?

Notre étude a donc interrogé l'outil de prévention et d'éducation pour la santé des femmes qu'est la PNP, pour savoir si les modèles actuels suffisent à satisfaire les femmes enceintes et les couples.

1. Contexte

1.1 Historique

« Tu *enfanteras dans la douleur* » (10). De tout temps douleur et accouchement sont restés indissociables. Pour atténuer cette douleur, quasiment considérée comme un rite de passage, la médecine recherche des anesthésiants pour délivrer les femmes de cette douleur et c'est en 1853 que la reine Victoria rend « populaire » l'accouchement sous chloroforme (1).

Dès 1880, Charcot expérimente l'hypnose lors de l'accouchement et tente de « soustraire la femme de son accouchement » mais cette technique engendre de nombreuses controverses et fut stoppée dans les années 20 (1).

Pour diminuer la peur qui pouvait engendrer la douleur, Read, à Londres, de 1933 à 1952, éduque les femmes en leur apportant des connaissances théoriques mais aussi pratiques (relaxation). Le lien se crée alors entre « l'accouchement sans douleur » et « l'accouchement sans crainte ». La préparation psychologique à l'accouchement fait ses premiers pas. Mais cette préparation ne sera développée en France que lorsque le docteur Lamaze s'intéressera, lors d'un séjour en Union Soviétique, aux femmes qui peuvent accoucher sans douleur et sans anesthésiant. Il s'inspirera des théories de déconditionnement et reconditionnement de Pavlov pour développer son approche (1). La psychoprophylaxie obstétricale est définie comme suit par monsieur Lamaze : « *L'accouchement sans la douleur par la méthode de psychoprophylaxie est le résultat d'une éducation physique et psychique de la femme enceinte pendant les derniers temps de la grossesse* » (1).

Avec l'apparition de l'analgésie péridurale dans les années 70, la psychoprophylaxie obstétricale s'éloigne du dolorisme qui lui était lié. Dans les années 80-90, la promotion pour la santé se développe et devient un objectif en matière de santé périnatale (11).

Dans les années 2000, la préparation psychoprophylactique devient préparation à la naissance puis préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) soulignant l'importance du maintien d'une continuité de l'anté au post

natal. L'impact de telles mesures est mis en évidence tant sur le plan de la santé maternelle que sur les interactions mère-père-enfant (12).

C'est donc à la suite d'évolutions politiques, culturelles et sociétales que certaines méthodes et concepts ont permis de prendre en compte, au-delà de la douleur, la dimension psychologique de la grossesse, de donner une place au père et de renforcer l'autonomie des femmes et des couples (1). Au XXI^{ème} siècle, l'importance de la PNP, en particulier pour une première grossesse, est soulignée à la fois par les femmes et les professionnels de santé (5).

1.2 Recommandations actuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), préconise que les cours de PNP soient réalisés tout au long de la grossesse, plutôt que durant les trois derniers mois, pour pouvoir répondre aux différentes étapes de la grossesse, du post partum et de l'avancement dans la parentalité (7). La Haute Autorité de Santé (HAS), en accord avec l'OMS insiste sur l'intérêt du maintien d'une continuité entre les séances prénatales et post natales.

En 2004, la HAS a recommandé d'axer les séances sur la prévention et l'éducation, pour améliorer les compétences des femmes et des couples en matière de périnatalité (2). La mise en place de l'EPP comme première séance de la PNP a permis de développer une approche globale centrée sur les femmes et les couples et de mieux organiser la PNP (2,3). En effet, il apparaît comme un espace de parole et de libre-échange entre la femme, le couple et le professionnel de santé formé à cet entretien (2).

La HAS définit précisément les objectifs de la PNP qui vise à : *« préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ; repérer précocement les difficultés du couple ; accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfants ; soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux ; favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et*

avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal. » (5). Les objectifs généraux de la PNP selon la HAS (5) sont détaillés dans cet encadré :

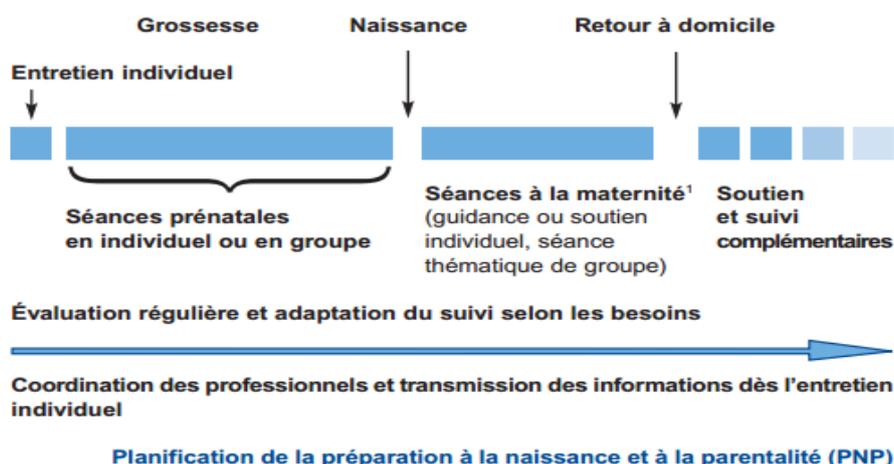
Encadré 1. Objectifs généraux de la PNP

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du *post-partum*.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.

1.3 Définitions

1.3.1 PNP « classique »

Nous entendrons par PNP « classique » : les 8 séances de 45 minutes minimum, en groupe, dispensées par des sages-femmes et qui répondent au référentiel de bonnes pratiques de la HAS dont l'EPP (qui lui est individuel ou en couple) est considéré comme la première séance. Le groupe doit être en nombre suffisant pour permettre une participation active des femmes (5).



Les grands thèmes à traiter proposés par la HAS sont (5):

- La grossesse : changements physiques et psychiques, symptômes normaux ou pathologiques, nutrition, addictions, automédication, sexualité, quand consulter ?
- Accouchement et naissance : soulager la douleur, entourage pendant le travail, déroulement d'un accouchement normal ou instrumental, césarienne, visite salle de naissance si possible, exercices de détente et de respiration
- En salle d'accouchement : peau à peau, mise au sein soins immédiats au bébé, présence du père
- Développement de l'enfant et acquisitions : développement psychomoteur et sensoriel, suivi dans le carnet de santé
- Famille : passage de la vie de couple au rôle de parents, attitude à avoir avec les autres enfants de la fratrie ou famille, mode d'accueil après les congés parentaux
- Signes d'alerte chez la mère ou l'enfant : pendant la grossesse, les suites de couche, à distance de l'accouchement après le retour à domicile
- Soins post accouchement : mère et enfant, visite post-natale, rééducation du périnée
- Alimentation de l'enfant : allaitement, diversification, vitamines, prévention des allergies
- Pleurs et sommeil de l'enfant, sécurité, prévention de la mort subite du nourrisson
- Information sur les offres de soin de proximité (PMI, Sage-femme, médecin généralistes...)

Afin de personnaliser l'offre, d'autres alternatives se sont développées comme le yoga, la sophrologie, l'haptonomie, l'acupuncture, la préparation en piscine, le chant prénatal et l'hypnose. Généralement, ces séances sont proposées par des sages-femmes libérales ayant fait des formations complémentaires adaptées à ces types de PNP.

1.3.2 Satisfaction et qualité

Une perspective d'amélioration de la qualité des soins ainsi que l'évaluation des systèmes de santé est primordiale, notamment dans une politique de certification (13–15). La place donnée aux usagers, reconnus comme véritables acteurs au centre du système de santé (14), nous demande de nous intéresser à leur satisfaction. Celle-ci est considérée, en effet, comme un des indicateurs de la qualité de prise en charge des patients. L'amélioration de cette satisfaction impose d'identifier les aspects positifs et négatifs, des soins et des dispositifs mis à leur disposition. Cependant, on retiendra que la satisfaction comme « *action de répondre à un besoin, un désir* » (16) est subjective car elle représente un écart entre deux notions évolutives: la qualité perçue et la qualité attendue.

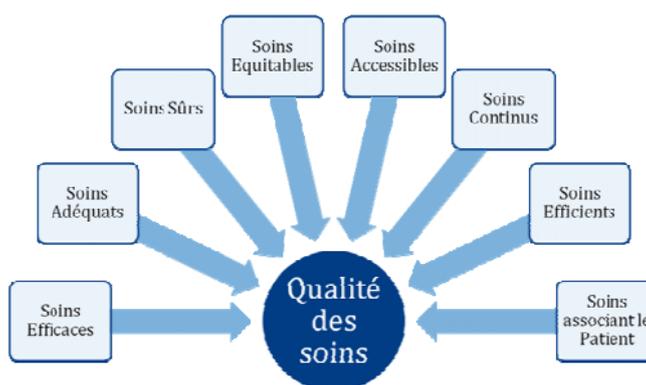


Figure 1 :
Aspect multidimensionnel de la qualité des soins

Graphique tiré du « *guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins* » de la Haute Autorité de Santé

1.4 Données épidémiologiques

En 2010, 50,6% des femmes ont suivi les séances de PNP dont une majorité de primipares (73%) et seulement 28,4% de multipares (9). Concernant l'EPP, seulement 21,4 % des femmes l'ont eu. L'EPP et la PNP concernent des populations de femmes de bon niveau sociodémographique (8). Quelques travaux internationaux ont à ce jour évalué des programmes de prévention anténataux (12,13) et post-nataux (15,16). En 2005, la HAS reprend Gagnon, qui montre dans une revue de la Cochrane (6), que les femmes sont généralement bien préparées au déroulement du travail et de l'accouchement

même si l'efficacité de la PNP reste inconnue, tant pour ses effets sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement que sur la fonction parentale après la naissance (6). Cependant, le soutien à la fonction parentale a été peu étudié en population générale durant la période postnatale précoce. Pourtant une étude Suédoise montre que l'opinion sur les séances de PNP évolue avec les attentes des femmes, pendant la grossesse et jusqu'à un an après celle-ci (13). En France, peu d'études se sont intéressées à la PNP (8,9) ou à la satisfaction des femmes autour de la grossesse (17–19).

1.5 Hypothèses et objectifs

Nous pouvons donc nous interroger en tant que sage-femme et acteur de santé publique, pour savoir si :

- Les patientes sont satisfaites des séances de PNP « classique » ?
- Si ces séances de PNP « classique » apportent des connaissances suffisantes sur l'accouchement, les soins de puériculture et la parentalité ?
- Si les modèles théoriques proposés par les professionnels s'adaptent aux besoins de toutes les femmes, en particuliers les multipares ?

L'objectif principal de notre étude est de connaître la satisfaction des femmes ayant suivi une PNP classique à la maternité du Centre Aliénor d'Aquitaine. Les objectifs secondaires sont de connaître la satisfaction des femmes sur l'apport de la PNP sur le déroulement de leur grossesse, de leur accouchement, du post partum, de la parentalité ainsi que de pouvoir proposer des actions d'amélioration de nos pratiques professionnelles. Ceci nous permettra d'envisager une amélioration de la qualité des propositions faites aux femmes en terme de promotion pour la santé.

2. Etude

2.1 Schéma et lieu d'étude

Cette étude est une étude descriptive, monocentrique, quantitative qui s'est déroulée à la maternité du centre Aliénor d'Aquitaine (type III).

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient : les femmes primipares et multipares, majeures, parlant et comprenant le français, qui ont suivi les séances de PNP « classique » dispensées par les sages-femmes de la maternité du centre Aliénor d' Aquitaine.

Les critères d'exclusion étaient : les accouchements avec des issues défavorables (mort fœtale in utero, grande prématurité, hospitalisation de l'enfant hors de la chambre maternelle), les femmes présentant une pathologie grave ou des troubles psychologiques empêchant la compréhension du questionnaire.

2.3 Durée de l'étude et taille de l'échantillon

Notre étude s'est déroulée sur 2 mois : août et septembre 2016.

D'après les données recueillies au Centre Aliénor d'Aquitaine, (5454 naissances en 2015), environ 170 femmes ont effectué des séances de PNP à la maternité sur 6 mois (du 1er janvier au 30 juin 2016). Si on considère notre période d'inclusion de 2 mois, le nombre de sujets concernés par la PNP sur cette période, pour constituer un échantillon représentatif, serait de 57 femmes, tout en sachant que la répartition des accouchements mensuels n'est pas forcément homogène.

2.4 Parcours des femmes

Pour l'inscription aux séances de PNP, les femmes doivent se rendre au secrétariat de la maternité. La première séance est, normalement, l'EPP. Celui-ci doit être systématiquement proposé mais sa réalisation n'est pas obligatoire. Cet entretien réalisé par une sage-femme de façon individuelle ou en couple dure 45 minutes environ et permet normalement de conseiller les

femmes sur le choix le plus adapté de PNP et la planifier (5). Les séances de PNP sont réalisées par différentes sages-femmes et ont lieu au sous-sol de la maternité, quelques après-midi par semaine en fonction du planning des sages-femmes. Elles peuvent durer de 45 minutes à deux heures selon le nombre de femmes ou couples présents (maximum 6) ainsi que leurs questions. Ces séances sont basées sur un modèle d'alternance de cours théoriques (sur 7 thèmes variés) et sur des exercices physiques (respiration, postures) comme recommandé par la HAS (3). Les thèmes proposés aux femmes dans la maternité de notre lieu d'étude sont :

- Les contractions, le début du travail, quand venir à la maternité, liste des affaires à apporter pour l'accouchement
- L'accouchement et la délivrance normale, l'épisiotomie et le don de sang placentaire
- Les forceps, la césarienne, la délivrance artificielle et la révision utérine
- L'allaitement maternel (film et débat), information sur le lactarium, allaitement artificiel
- Séjour à la maternité et retour à domicile
- Contraception, rééducation du périnée, visite post natale
- Exercices de respiration et relaxation

2.5 Outils et méthodes statistiques

Nous avons utilisé pour réaliser cette étude un questionnaire construit selon une méthodologie dédiée aux enquêtes de satisfaction (20) et en nous basant sur des enquêtes déjà menées (17,18). Ce questionnaire comprenait des questions fermées mais aussi ouvertes (annexe 3) pour laisser une liberté de paroles aux femmes.

Au préalable, nous avons testé notre questionnaire auprès de 3 patientes afin de pouvoir juger du niveau de compréhension et du temps passé

à le compléter (environ 10 minutes). Nous avons nous même distribué les questionnaires, aux femmes durant leur séjour en suites de couches, soit entre J1 et J4 du post partum et ce dans les 3 unités de suites de couches de la maternité. Le questionnaire était laissé aux patientes afin qu'elles le complètent au moment le plus opportun pour elles.

Nous avons recueilli dans les dossiers médicaux des patientes, des variables socio-démographiques pour décrire notre population, comme l'âge, le statut marital, l'origine, le niveau d'étude, la position dans l'emploi, la parité et enfin la consommation de tabac, alcool, cannabis. Mais aussi, des données sur le type d'accouchement (terme, voie d'accouchement, épisiotomie, utilisation d'une anesthésie péridurale (APD) et allaitement ou non).

Les variables principales sont le fait d'avoir suivi une PNP et/ou un EPP, le nombre de séances de PNP suivie. Enfin, nous avons étudié des variables de satisfaction qui peuvent être classées selon deux thèmes :

- la « naissance, l'accueil de l'enfant »

Utilisation ou non d'une APD, gestion de la douleur, postures et mode d'accouchement, soins de puériculture, allaitement.

- la « parentalité »

Difficultés psychologiques (stress, anxiété...), estime de soi, compétences parentales, maternage.

Pour toutes les variables de satisfaction nous avons utilisé l'échelle ordinaire de Likert qui est une échelle de jugement qui permet aux personnes d'exprimer leur degré de satisfaction vis à vis d'une information énoncée. Dans notre étude, nous avons utilisé cinq choix de réponse : « très satisfaite », « satisfaite », « insatisfaite », « complètement insatisfaite », « thème non abordé ». Les notes des échelles de Likert ont été considérées d'une part comme des variables qualitatives avec les proportions des « très satisfaite » et « satisfaite » et d'autres part comme variables quantitatives notées sur 20 pour plus de compréhension (20 correspond à « très satisfaite », 15 à « satisfaite », 10 à « insatisfaite » et 5 à « complètement insatisfaite »).

Au cours de l'étude, un sixième choix de réponse : « je n'ai pas assisté au cours » a été rajouté pour faciliter l'analyse. Or cette donnée n'est pas exploitable du fait que seul 15 questionnaires avaient cet item. Nous avons donc simplifié l'analyse : lorsque les femmes ont coché « thème non abordé » ou « je n'ai pas assisté à ce cours », nous avons choisi de l'analyser par « elles ne peuvent pas donner leur avis ».

Concernant les trois variables liées à l'utilité des séances de PNP, nous avons analysé les items « oui, beaucoup », « moyennement », « peu » et « pas du tout » avec les scores respectifs de 20, 15, 10 et 5 pour obtenir une note sur 20 comparable au score de satisfaction précédemment décrit.

Les variables quantitatives ont été décrites avec des moyennes, un écart type (indice de dispersion), un minimum et un maximum.

Nous avons utilisé Microsoft Excel 2007 pour le traitement des données quantitatives. Une analyse multivariée sur la parité, notamment, pourra être réalisée si l'effectif le permet. Pour les questions ouvertes, une analyse de contenu a été réalisée.

2.6 Règles éthiques

Pour la réalisation de ce mémoire, une demande à la CNIL a été faite par le CHU et un accord préalable a été obtenu. Le chef de pôle et la sage-femme coordinatrice en maïeutique ont aussi donné leur accord préalable. Une information écrite au début du questionnaire (annexe 2), ainsi qu'une information orale lors de sa distribution, ont permis de recueillir le consentement des patientes. Les questionnaires ont tous été anonymisés.

3. Résultats

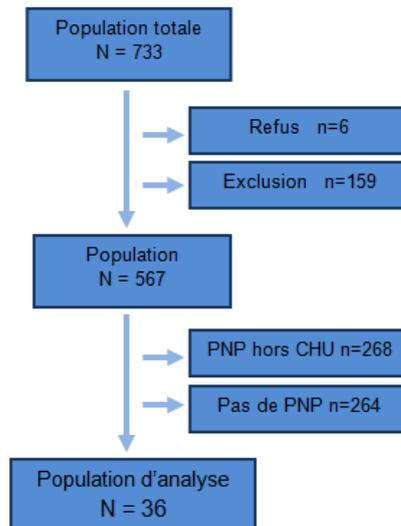


Fig.1 Flowchart de la population

Il y a eu environ 900 accouchements (N=914) sur notre période d'inclusion de 2 mois. Nous avons vu 733 femmes soit plus de 80% des accouchées. La Fig. 1 permet de voir comment nous avons obtenu les 36 questionnaires de femmes ayant participé à la PNP « classique » de la maternité du Centre Aliénor d'Aquitaine. Parmi ces 36 femmes, 3 étaient des multipares ce qui ne nous permet pas de faire une analyse multivariée sur la parité.

3.1 Description de la population

L'âge maternel moyen est de 29,3 ans +/- 4,0 (18 – 36 ans). 77,7% des femmes (n=28) sont mariées ou en couple tandis que 22,2% (n=8) sont célibataires. Les femmes sont le plus souvent d'origine française (83,3%, n=33). Plus de 72% (n=26) des femmes ont un niveau d'études supérieures et presque 78% (n=28) sont en activité. Il y a 91,6% (n=33) de primipares et donc seulement 3 multipares (soit 8,3%) ce qui n'a pas permis de faire une analyse multivariée sur la parité. 11,1% (n=4) des femmes avaient une addiction au tabac ou à l'alcool. Seulement une femme a eu un antécédent de dépression et de troubles alimentaires bien soigné à ce jour.

3.2 Type d'accouchement

Toutes les grossesses étaient monofoetales et le terme moyen d'accouchement était de 39,6 semaines d'aménorrhées (SA) +/- 1,5 (37 – 42 SA). Il y a eu 55,5% (n=20) d'accouchement voie basse (AVB) spontané, 25% (n=9) d'AVB instrumental et 19,4% (n=7) de césariennes. Le taux d'épisiotomie est de 41,6% (n=15) auquel il faut ajouter 30,5% (n=11) de déchirure et 8,3% (n=3) de périnée intact. Le taux d'analgésie péridurale est de 88,8% (n=32). Les femmes ont choisies à 80,5% (n=29) d'allaiter exclusivement au sein.

3.3 Généralités sur la PNP

Toutes les femmes interrogées ont eu une information sur la possibilité de suivre la PNP et parfois par plusieurs intervenants. Pour une majorité, soit 44,4% (n=16) d'entre elles, l'information vient d'une sage-femme. Viennent ensuite au même rang, les gynécologues-obstétriciens et les amis ou parents à 36,1 % (n=3), puis les secrétaires de la maternité à 19,4% (n=7). L'affichage en salle de consultation, les médias et les organismes sociaux (CAF, CPAM...) sont pour 5,5% (n=2) chacun, la source d'information sur la PNP. Toutefois, pour 75% (n=27) des femmes interrogées il n'y a pas eu d'aide pour choisir le type de PNP. Les 25% (n=9) restants ont été conseillées par l'accueil de la maternité (11,1%, n=4), leur gynécologue-obstétricien (8,3%, n=3) et leurs amis ou parents (5,5%, n=2) mais aucune par une sage-femme.

La majorité des femmes ont débutées leur séances de PNP au 7^{ème} mois, soit 63,8% (n=23). Une minorité (22,2% n=8) a commencé ces séances plus tôt (5^{ème} et 6^{ème} mois) et d'autres (13,8%, n=5) plus tard au 8^{ème} mois.

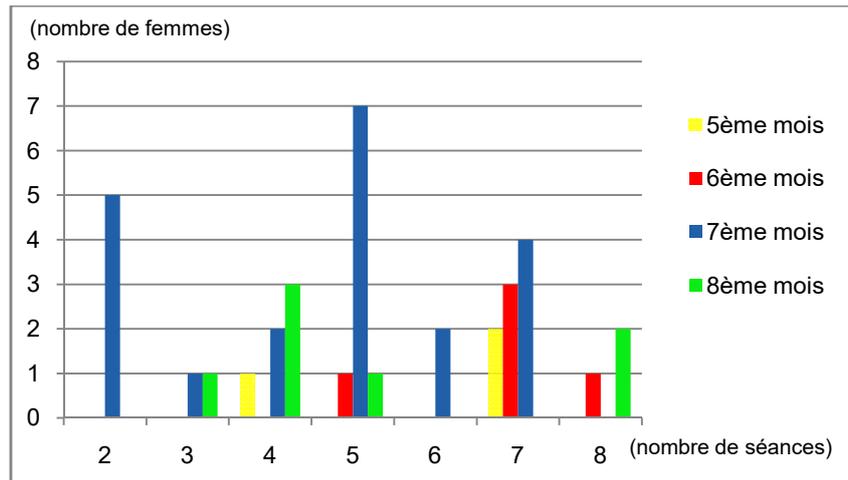


Fig.2 Tableau montrant le nombre de femmes en fonction du nombre de séances et de leur début

La majorité des femmes a débuté les séances au 7^{ème} mois (63,8%, n=23) mais elles ne font pas forcément plus de 6 séances. Au total, 61,1% (n=22) des femmes ont suivi moins de 6 cours de PNP. Donc ce n'est pas parce que les femmes commencent les séances tôt dans la grossesse qu'elles en font beaucoup.

Certaines femmes (19,3%, n=7) ont suivi un autre type de PNP : l'haptonomie pour 5,5% (n=2) d'entre elles et autant pour la préparation en piscine. 8,3% (n=3) ont fait de la sophrologie.

3.4 Satisfaction concernant l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

19,4% (n=7) des femmes ont eu un EPP et la moitié affirme avoir reçu une information sur la possibilité de réaliser cet EPP, alors que l'EPP devrait être systématiquement proposé à toutes les femmes (2). La moyenne de satisfaction sur cet EPP est de 14,3 +/- 3,5 avec pourtant plus de 71% (n=5 (sur 7 au total)) des femmes ayant eu l'EPP qui se disent « très satisfaite » et « satisfaite ». Les sources d'informations sur l'EPP sont variées.

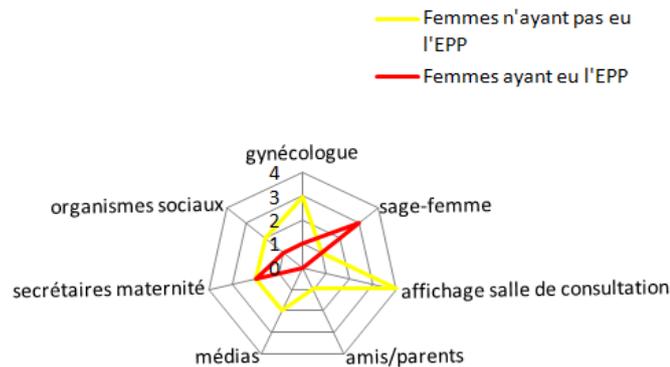


Fig.3 Personnes ayant informé les femmes sur l'EPP pour celles qui ont eu un EPP et celle qui ne l'ont pas eu.

3.5 Satisfaction concernant les différents thèmes des cours de PNP.

3.5.1 Naissance et accueil de l'enfant

- *L'accouchement et la douleur*

Le score de satisfaction concernant la séance sur la respiration, les positions d'accouchement et les modes d'accouchement est de 17,5 +/- 3,1 avec 11% (n=4) des femmes qui n'ont pas pu donner leur avis.

Pour l'information sur la prise en charge de la douleur, le score est de 16,7 +/- 3,3 mais 16,6% (n=6) des femmes n'ont pu donner leur avis. Sachant que la satisfaction concernant l'information sur l'analgésie péridurale atteint 18,4 +/-3,4 avec toujours 16,6% (n=6) des femmes qui n'ont pu donner leur avis. Ce score est le plus élevé de toute l'étude.

Pour l'information sur les autres types de PNP possibles, 75% (n=27) des femmes cochent que le thème n'as pas été abordé. Pour les 25% (n=9) ayant eu une information, leur satisfaction atteint la note de 15 +/- 3,5.

- *La puériculture et les suites de couches*

La préparation faite sur les soins de puériculture est plus que satisfaisante avec le score de 16,8 +/- 2,4 mais à noter que 30,5% (n=11) des femmes n'ont pas pu donner leur avis. On peut en dire de même avec le score de 16,9 +/- 2,8 pour la préparation à l'allaitement où 25% (n=9) des femmes n'ont pu donner leur avis.

La séance concernant les suites de couches et le retour à domicile atteint le score respectif de 17,3 +/- 2,5 pour la première partie et 16,5 +/- 3,8 pour la seconde partie.

3.5.2 La parentalité

Tout d'abord ces thèmes ne sont pas les thèmes d'une séance mais chaque thème peut être abordé au cours de différentes séances précédemment citées. Nous allons classer chaque thème par score de satisfaction décroissant.

Le score le plus élevé : 16,4 +/- 2,8 montre la satisfaction des femmes à avoir pu impliquer leur conjoint dans ces séances de PNP. Suivi par l'information sur les interactions mère-enfant et le maternage à 16,3 +/- 2,2 mais aussi la prise en compte des inquiétudes personnelles lors des séances noté à 16,2 +/- 2,6. Ces scores indiquent que les femmes sont plus souvent « très satisfaite » et « satisfaite » pour ces trois thèmes, mais plus de la moitié des femmes interrogées (n=19) ne s'est pas prononcée sur ces trois thèmes.

En complément de la prise en compte des inquiétudes des femmes nous avons souhaité savoir si leur stress éventuel semblait pris en compte lui aussi et les femmes disent être « satisfaite » de cette prise en compte avec un score de 15,9 +/- 2,5.

Montrant toujours une satisfaction des femmes le score de 15,4 +/- 3,2 est donné à l'information et le conseil vis-à-vis des possibles difficultés psychologiques que l'on peut rencontrer pendant la grossesse. Nous pouvons mettre au même niveau de satisfaction la possibilité de partager l'expérience entre les mères / pères et couples avec une note de 15,3 +/- 3,6. Malgré des scores élevés, il faut noter que 63,8% (n=23) des femmes n'ont pas pu se prononcer sur l'abord des difficultés psychologiques lors des séances et 50% (n=18) sur la possibilité du partage d'expérience. Ceci limite fortement l'interprétation des résultats.

Enfin, avec un score de 14,2 +/- 4,9 intervient la possibilité d'établir un projet de naissance mais il faut nuancer ce résultat car 62,2% (n=22) des femmes n'ont pu s'exprimer sur ce thème. L'écart type élevé montre soit plutôt des avis divergents.

3.5.3 La prévention

La moitié (n=18) des femmes n'ont pas pu se prononcer sur le thème des conseils nutritionnels et environ un tiers (n=11) sur le thème des addictions. En effet, il n'y a pas de séance spécifique à ces thèmes qui ne sont donc pas toujours abordés. Lorsqu'ils sont abordés leur score de satisfaction est de 16,6 +/- 3,5 pour les addictions et 15,6 +/- 3,8 pour les conseils nutritionnels.

3.5.4 L'organisation des séances

La séance à propos de la contraception, de la rééducation du périnée et de la sexualité atteint une moyenne de satisfaction de 15,1 avec un score minimum de 14,1 +/- 4,3 pour la rééducation du périnée et maximum de 16,1 +/- 3 pour la contraception, la sexualité atteignant un score de 15.

Concernant l'organisation des séances au sein de la maternité, que ce soit pour le lieu, l'heure, la durée, les moyens pédagogiques utilisés, le score est toujours supérieur à 15 avec au minimum 15,1 +/- 3,8 pour le lieu et un maximum de 16,3 +/- 2,7 pour la durée.

3.5.5 La personnalisation des cours

Les femmes ont aussi pu donner leur avis sur la personnalisation des cours. Le score de 15,5 +/- 3,3 est atteint avec 5 femmes qui sont « insatisfaite » mais seulement deux femmes en font le commentaire dans la question libre « quelles sont vos remarques par rapport à la PNP que vous avez effectuée ? ». Il est à noter que 16,6 % (n=6) des femmes n'ont pas répondu à cet item.

Tableau récapitulatif des scores de satisfaction :

Thèmes abordés en PNP	Score moyen	Ecart type	Non réponse % (n)
Naissance et accueil de l'enfant			
L'accouchement et la douleur			
<i>Accouchement, respiration, positions...</i>	17,5	3,1	11% (n=4)
<i>Prise en charge de la douleur</i>	16,7	3,3	16,6% (n=6)
APD	18,4	3,4	16,6% (n=6)
<i>Autres alternatives</i>	15	3,5	75% (n=27)
La puériculture et les suites de couches			
<i>Soins de puériculture</i>	16,8	2,4	30,5% (n=11)
<i>Allaitement</i>	16,9	2,8	16,6% (n=6)
<i>Suites de couches</i>	17,3	2,5	22,2% (n=8)
<i>Retour à la maison</i>	16,5	3,8	30,5% (n=11)
Parentalité			
<i>Implication du conjoint dans la PNP</i>	16,4	2,8	36,1% (n=13)
<i>Interactions mère enfant, maternage</i>	16,3	2,2	55,5% (n=20)
<i>Prise en compte des inquiétudes</i>	16,2	2,6	30,5% (n=11)
<i>Prise en compte du stress éventuel</i>	15,9	2,5	38,8% (n=14)
<i>Difficultés psychologiques</i>	15,4	3,2	63,8% (n=23)
<i>Partage d'expérience</i>	15,3	3,6	50% (n=18)
<i>Possibilité d'établir un projet de naissance</i>	14,2	4,9	61,1%(n=22)
Prévention			
<i>Conseils nutritionnels</i>	15,6	3,8	50% (n=18)
<i>Consommations : tabac, alcool, drogues</i>	16,6	3,5	30,5% (n=11)
<i>Contraception</i>	16,1	3	36,1% (n=13)
<i>Rééducation périnéale</i>	14,1	4,3	38,8% (n=14)
<i>Sexualité</i>	15	3,2	44,4%(n=16)
Organisation des séances			
<i>Lieux des séances</i>	15,1	4	0
<i>Horaires des séances</i>	16	3,2	0
<i>Durée des séances</i>	16,3	2,8	0
<i>Moyens pédagogiques</i>	15,6	3,2	0
Personnalisation des séances	15,5	3,3	16% (n=6)

3.6 De la théorie à la pratique

Nous avons demandé aux femmes si la PNP leur avait permis de faire des choix et d'être plus autonome vis à vis de leur accouchement et l'accueil de leur enfant : 86,1% (n=31) d'entre elles déclarent « oui beaucoup » ou « moyennement » soit un score de 16,4 +/- 4,2 (sur 20).

La moitié (n=18) des femmes estime que la PNP leur a été « très utile » lors de l'accouchement, en grande partie par rapport à l'explication donnée sur la respiration, la gestion de la douleur et des contractions. Elles apprécient aussi l'explication des différentes phases de l'accouchement, de la délivrance, des différentes positions possibles ainsi que la connaissance des différents types de poussées. 27,7% (n=10) estiment que l'utilité de la PNP est « moyenne » concernant la gestion de la douleur, la théorie de l'accouchement ainsi que la respiration. Une femme dit que les séances de PNP sont « plus utiles avant que pendant l'accouchement ». Presque 20% (n=7) des femmes déclarent les séances « pas du tout utiles » lors de l'accouchement (une femme n'a pas assisté au cours sur le thème de l'accouchement et donc n'as pas pu se prononcer sur l'utilité de cette séance).

13,8% (n=5) des femmes n'ont pas répondu à la question sur l'utilité de la PNP lors du séjour en suites de couches. Il y a 30,5% (n=11) qui trouvent la PNP « peu » ou « pas du tout » utile car elles estiment que les soins de puériculture sont trop peu développés. Mais 55,5% (n=20) des femmes jugent la PNP beaucoup et moyennement utile en avançant les conseils sur l'allaitement pour 16,6% (n=6) d'entre elles mais aussi la connaissance des soins qui allaient être effectués pendant ce séjour autant pour l'enfant que pour la mère, ainsi que la confiance en soi et moins d'appréhension face aux « symptômes » durant cette période.

3.7 Paroles des femmes

Pour plus de la moitié, soit 55,5% (n=20) des femmes ayant répondu au questionnaire, apparaît le souhait d'effectuer une PNP lors d'une prochaine grossesse pour différentes raisons, mais pas forcément une PNP « classique ». 13 femmes ont précisé leurs motivations : « *j'ai loupé certains cours* » (1 femme), « *apporte confiance en soi et autonomie* » (1 femme) et le souhait d' « *avoir des rappels lors d'une prochaine grossesse* » (11 femmes). Il ressort aussi de ces remarques un souhait de faire « *plus de pratique et moins de théorie* » lors de certains cours.

Certaines ne souhaitent refaire que certains cours comme celui sur l'accouchement et sur les suites de couches (2 femmes), celui sur la relaxation (1 femme), celui sur la respiration et la gestion de la douleur (4 femmes) et une séance abordant la parentalité pour 1 femme. D'autres veulent simplement faire une PNP avec une sage-femme libérale sans citer de quel type (6 femmes) et une femme précise simplement ne pas vouloir en refaire à la maternité. 3 femmes sont un peu plus précises et souhaitent faire de l'haptonomie pour une et de la sophrologie pour les deux autres. Enfin 2 femmes souhaitent refaire la séance avec le pédiatre, qui pourtant n'est pas une séance de PNP à proprement parler, mais plutôt un rendez-vous de groupe proposé pour parler plus particulièrement de l'enfant à venir.

Certaines femmes (25%, n=9) ne souhaitent pas faire de PNP lors d'une prochaine grossesse car elles auront déjà eu « *l'expérience du 1^{er} enfant* » pour 5 femmes et une femme écrit « *j'ai déjà tout intégré* ». Pour 5 femmes, le choix n'est pas encore fait car « *il est difficile de penser à une deuxième grossesse quand on vient juste d'accoucher* » ou encore « *à voir car les séances sont longues et pas assez pratiques* ».

3.7.1 Remarques diverses

Nous avons aussi demandé aux femmes si elles avaient des remarques à faire sur les séances de PNP qu'elles ont suivies. La moitié des femmes (n=17) ont souhaité s'exprimer sur un ou plusieurs thèmes :

- Sur le contenu des cours :

Pour certaines, ils ne répondent pas à toutes leurs attentes : « *trop bref, pas assez de conseils* », « *manque la visite d'une salle de naissance* », « *manque d'informations approfondies sur les techniques d'accouchement, épisiotomie, cuillères, etc...* », « *bases expliquées et réponses aux questions mais besoin d'ouverture sur d'autres visions de la préparation, accouchement, etc...* ». Pour d'autres les cours semblent satisfaisants : « *très positif* », « *j'ai appris énormément d'informations* », « *très utile* ».

- Sur la personnalisation des cours :

Sur les 5 femmes qui se disent « insatisfaite » deux se sont exprimées plus précisément : « *Peu de cas par cas (nous étions pourtant peu nombreuses : 3-4 max)* », « *très général, peu personnel* », et une femme « satisfaite » le précise : « *appréhension à aller dans un groupe mais effectif convenable* ».

- Sur les professionnels :

Des avis plutôt très positifs : « *intervenants clairs et à l'écoute* », « *sages-femmes adorables et douces* », « *professionnelles à l'écoute et ouverture d'esprit très appréciable, pas de sensation de jugement* » mais a nuancer : « *jugement de valeur de l'intervenante* ».

- Sur l'organisation des cours :

Une femme avait des attentes particulières : « *j'aurai aimé débiter les cours plus tôt surtout à partir du 3ème mois (pour comprendre ce qui est normal ou pas pendant la grossesse)* », et d'autres pointent quelques inconvénients : « *retard sur les horaires, cours trop proche du terme* », « *plus pratique si les cours se déroulent dans le bon ordre* », parfois liés à une organisation personnelle « *problème de temps quand on travaille* ».

- Sur les lieux et le matériel de cours :

Les femmes « complètement insatisfaite » et « insatisfaite » se sont exprimées : « *lieux et salles pas approprié (lugubres)* », « *salles pour les cours pas géniales* », « *les locaux sont assez particuliers... assez vétustes et il n'y avait pas assez de matériel pour tout le monde* », « *peut-être diversifier les supports de cours (vidéos...)* ».

3.7.2 Quels bénéfices ?

55,5% (n=20) des femmes ont précisé les bénéfices qu'elles ont tirés de cette PNP. Le bénéfice le plus souvent retrouvé dans les propos des femmes est celui d'une diminution de l'appréhension liée à l'inconnu de l'accouchement et une meilleure gestion du stress : « *sérénité par rapport à*

l'accouchement et à l'arrivée d'un nouveau né », « bien appréhender l'accouchement », « cela permet de se détendre face à quelque chose qui nous est inconnu, surtout pour la première grossesse », « connaître le déroulement d'un accouchement et pouvoir s'en faire une idée », « ces informations m'ont permis de bien me préparer et de diminuer les appréhensions », « permet d'être rassurée et de mieux appréhender le jour de l'accouchement », « j'ai mieux géré mon stress et appréhendé la tétée », « être plus sereine face à l'accouchement ». Ceci est aussi valable pour un papa : « permet d'avoir un échange et pour le papa des informations qui lui ont permis d'être plus serein le jour J ».

Le bénéfice sur la gestion de la douleur et la respiration est aussi cité : *« la respiration durant les contractions », « nombreux bénéfices : venue à la maternité, gestion de la douleur, respiration et relaxation », « oui pour gérer le jour de l'accouchement et gérer les douleurs ».*

Trois femmes précisent que l'interaction et la discussion avec d'autres personnes (professionnels, futures mères ou couples) est importante : *« m'a permis de m'interroger sur des sujets auxquels je n'avais pas forcément pensé, interaction avec d'autres mères intéressante », « établir le dialogue avec les différents professionnels de la santé, femmes ou couples dans différents thèmes », « ça permet de se projeter et donc de se préparer psychologiquement, également de rencontrer les sages-femmes que nous allons peut être voir par la suite (ce qui a été mon cas) ».*

D'autres bénéfices sont parfois cités : *« être autonome avec bébé », « réponses aux questions pendant la grossesse »,* mais sont parfois vagues : *« il y a eu beaucoup d'éclaircissements », « la théorie », « expérience des sages-femmes »*

3.7.3 Ce qu'il manquait

Pour plusieurs, le manque d'approfondissement en soins de puériculture est présent : *« approfondir le retour à la maison, pas assez centré sur le bébé », « les aspects pratiques des soins de puériculture : soins du cordon, bain », « suites de couches, retour à la maison avec bébé, l'allaitement*

pas simple » ainsi que peu de précision sur l'allaitement : « *l'allaitement et ses contraintes* », « *plus de cours pratiques et positions d'allaitement* ».

Un manque de pratique est aussi mis en avant : « *pas assez de pratique, trop de théorie. On nous apprend comment pousser or c'est un mécanisme automatique, on nous apprend pas ou très peu à respirer durant les contractions* », malgré une satisfaction décrite précédemment par plusieurs femmes sur la respiration.

D'autres reprochent l'aspect 'trop médical' de cette méthode : « *l'aspect psychologique de chacune des futures mamans est peu pris en compte (leur ressenti), reste trop 'médical'* », « *l'aspect plus humain et sentimental, moins médical* », « *peut être plus des problèmes qui peuvent avoir lieu durant la grossesse, les changements du corps et psychiques liés à la grossesse* ».

Une femme aurait eu besoin que l'on parle de la place du père : « *parler plus de la place du père ou accompagnant et du retour à la maison* » et une autre de faire de la sophrologie (en effet, cette méthode n'est pas proposée au Centre Aliénor d'Aquitaine). Seule une femme aurait souhaité aborder plus le sujet de la rééducation du périnée.

3.7.4 Est-ce de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?

Pour finir nous avons souhaité que les femmes puissent nous donner leur avis sur l'intitulé de « Préparation à la Naissance et à la Parentalité ». Correspond-t-il aux séances qu'elles ont eu ? Pour cela, nous avons proposé trois autres intitulés et une case « autre ».

66,6% (n=24) estiment que cet intitulé correspond bien aux cours qu'elles ont eu. Sur les 27,7% (n=10) qui ont répondu une autre intitulé, 3 femmes l'aurait appelé « Préparation à l'accouchement », 2 autres « Préparation à la naissance », une seule « Préparation à l'accouchement sans douleurs ». Pour les cases « autre » : trois femmes l'ont nommé « *Préparation à l'accouchement et à la naissance* » et une « *Préparation à être et devenir parent* ».

4. Discussion

4.1 Discussion de la méthode

Pour calculer le nombre de sujet nécessaire, nous nous sommes basés sur la cotation des actes du Centre Aliénor d'Aquitaine. De part une cotation identique de différents actes, les entretiens prénataux précoces ainsi que les séances de PNP avec une femme seule ou un couple n'ont pas pu être comptabilisé. Sachant que nous n'évaluons pas la satisfaction des femmes seulement sur les entretiens prénataux ce chiffre importe peu et les séances se faisant rarement avec une femme seule ou un couple, ces statistiques semblent donc être une bonne base. Mais le nombre de sujet nécessaire sur la période d'étude restreinte (n=57) n'a pas été atteint. Ceci peut s'expliquer par une répartition mensuelle non homogène à la fois des accouchements et à la fois des femmes effectuant une PNP.

Ce faible effectif (n=36), lié entre autre à une durée d'étude insuffisante, ne nous a pas permis d'effectuer une régression sur la parité. En effet seule 3 multipares versus 33 primipares ont participé. A noter que cette participation moindre des multipares à l'EPP et aux séances de PNP est retrouvée dans plusieurs études (8,9). Une étude de plus grande ampleur, possiblement multicentrique permettrait d'obtenir un résultat plus représentatif sur la satisfaction globale des femmes dans une région, voire en France.

Malgré une faible puissance de l'étude, celle-ci reste novatrice car à notre connaissance peu d'études ont été menées pour connaître la satisfaction des femmes concernant la PNP (18,21).

Les questionnaires ont été distribué sur le lieu de soins, c'est-à-dire au sein des services de suites de couches. Par conséquent, la satisfaction peut être surestimée, car le mode d'interrogation ne garantissait pas l'anonymat total et le lieu pouvait influencer la subjectivité des femmes.

De plus, il existe un biais d'outil important concernant les cases « thème non abordé » et « je n'ai pas assisté au cours » qui correspondent chacune à différentes idées. Soit le thème n'a réellement pas été abordé

durant les séances par choix des sages-femmes qui animent ces séances, soit la femme ne peut pas donner son avis car elle n'a pas assisté au cours abordant ce thème. Il est à noter que seulement 6 femmes ont assisté à la totalité des cours. Nous ne pouvons donc pas conclure quant à un manque d'intérêt soit des sages-femmes soit des femmes.

4.2 Discussion des résultats

La satisfaction des femmes ayant suivi une PNP « classique » à la maternité du Centre Aliénor d'Aquitaine est élevée. En effet, la moyenne de tous les scores obtenus est de 15,7 +/- 1 (sur 20). Ceci montre que la majorité des femmes de cette étude sont plutôt « très satisfaite » (20/20) et « satisfaite » (15/20). Selon les femmes, les principaux bénéfices tirés de cette PNP sont : l'apport de confiance en soi et d'autonomie ainsi qu'une baisse du stress et de l'appréhension lié à la grossesse. Ceci correspond à des objectifs de la HAS : « renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins du nouveau-né » et « créer des liens sécurisants[...]accompagner la femme ou le couple dans ses choix[...]donner les connaissances essentielles[et...]s'assurer d'un soutien affectif » (5).

4.2.1 Information sur l'EPP et la PNP

Le pourcentage de femmes ayant un EPP est de 19% dans notre étude. Ces chiffres sont cohérents avec les études nationales qui retrouvent un pourcentage de 21,4 en population générale (9). Cependant, il reste faible si on considère que l'EPP doit, selon le plan périnatalité de 2007, « être systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4ème mois » (2). Nous nous demandons donc si l'information sur l'EPP est correctement faite, en effet 75% des femmes ont pourtant une information sur l'existence de cet entretien. Précise-t-on bien aux femmes et couples le but de l'EPP qui n'est pas une consultation prénatale mais un entretien pour parler de la PNP, du vécu de la grossesse et de l'accueil de l'enfant à venir (5)? Il faut tout de même préciser qu'il y a peu de créneaux horaires spécifiques à l'EPP dans la maternité de notre étude, ce qui peut expliquer aussi ce résultat.

Pour la PNP, la totalité des femmes est informée de son existence dans le suivi prénatal. C'est un dispositif bien ancré notamment chez les primipares. Cependant, l'orientation des femmes vers une PNP adaptée et personnalisée reste insuffisante ; en effet 75% des femmes n'ont pas eu d'aide pour choisir leur PNP et seulement 44% d'entre elles sont informées par les sages-femmes sur les différentes alternatives possibles. Les sages-femmes ne sont pas les premiers interlocuteurs des femmes dans le suivi prénatal car elles assurent peu de consultations en début de grossesse : les femmes sont plus souvent suivies par un gynécologue-obstétricien (66,8%) ou un médecin généraliste (4,7%). Seules 11,7% des femmes sont suivies par une sage-femme (9). On peut donc s'interroger sur les parcours de prise en charge et d'accompagnement proposés aux femmes en période périnatale et sur la place de la sage-femme comme praticien de premier recours. Le rôle de promotion de la santé de la sage-femme est-il vraiment respecté ? A noter que les femmes sont tout de même libres de refuser l'EPP et la PNP mais que plusieurs femmes sont en demande d'une PNP plus personnalisée pour une future grossesse. La sage-femme libérale a toute sa place dans la proposition et l'orientation des femmes vers des PNP plus pratiques ou plus personnelles : sophrologie, yoga, gymnastique aquatique, etc... ou cours individuels qui semblent plus difficiles à organiser dans les maternités. Ceci montre l'intérêt d'un travail en réseau et collaboratif (22).

4.2.2 Une histoire de douleur

Le maximum de satisfaction est obtenu pour la séance abordant l'analgésie péridurale avec 18,4/20. Le bénéfice principal de la PNP reste donc d'améliorer la gestion de la douleur pendant l'accouchement. C'est aussi la séance concernant la gestion de la douleur et la respiration que les femmes souhaitent refaire lors d'une éventuelle future grossesse. Il reste donc une grande part de l'héritage historique dans les séances de PNP actuelles et on reste éloigné des objectifs de promotion de la santé évoqué dans la charte d'Ottawa et la HAS (5,11). L'évolution vers une préparation plus globale du couple à l'accueil d'un enfant, au développement de la parentalité et tous les changements que cela implique semble encore un objectif non atteint (23).

4.2.3 Prévention et thèmes tabous ?

Dans les recommandations de la HAS, différents thèmes sont à aborder comme par exemple « le vécu de la grossesse ; les modifications psychologiques durant la grossesse et l'adaptation à ces changements ; la nutrition ; la place du père ; la présence de l'entourage pendant le travail ; la consommation de tabac, alcool et drogues ; le développement et les acquisitions de l'enfant favorisé par les interactions avec l'entourage » (5). Or dans notre étude, la possibilité d'impliquer le conjoint, les interactions mère-enfant, le maternage et la prise en compte des inquiétudes personnelles sont des thèmes ayant un taux de 50% de « non réponse ». Ce taux signifie soit que les femmes n'ont pas participé à ces cours ne se sentant pas concernées, soit que ces thèmes ne sont réellement pas abordés par les professionnels animant les séances. Se pose alors la question de la place de la santé mentale dans la prévention. Pourtant de récentes études soulignent l'importance du suivi de séances anténatales sur la survenue d'une dépression post natale et la perturbation des interactions mère-enfant (12,24).

D'autres thèmes comme la nutrition et les addictions ont un taux de « non réponse » élevé (30,5 à 50%). Sont-ils tabou, banalisés ou abordés dans les consultations prénatales ?

4.2.4 Espace de partage ?

Certaines femmes évoquent le manque de partage d'expérience « *manque de participation des autres mères et couples* » qui pourtant semble intéressant et enrichissant : « *m'a permis de m'interroger sur des sujets auxquels je n'avais pas forcément pensé, interaction avec d'autres mères intéressante* ». Une étude britannique rapporte que les séances de PNP arrivent à créer des liens à long terme (25). Les professionnels ont donc tout leur rôle pour trouver un équilibre entre les thèmes à aborder, instaurer l'échange entre pairs et favoriser les opportunités d'apprentissage (26). En effet, d'autres types de PNP sont nés et demandés par les femmes qui en attendent entre autre « *plus de pratique, moins d'aspect 'médical'* » et visiblement de sortir de notre modèle théorique actuel. Ceci implique de la part des sages-femmes de repenser les modèles pédagogiques sur lesquels sont

fondés ces séances, pour développer davantage d'empowerment et privilégier le partage d'expériences (27). Ceci permettrait de sortir d'une pédagogie basée sur l'apport de connaissances et de se tourner vers une pédagogie plus active qui replace la femme au centre de son apprentissage (7,11,27)

4.2.5 Des attentes différentes

Il ressort de notre étude qu'il existe un décalage entre la satisfaction des femmes sur les thèmes abordés et leurs attentes qui ne sont pas satisfaites .notamment sur les thèmes de la parentalité et des soins post nataux. Ceci est retrouvé dans la littérature, qui montre que les attentes des femmes évoluent au cours de la grossesse et du post partum et que les séances de PNP devraient avoir lieu de l'anté au post natal (c'est a dire pendant la grossesse, le séjour à la maternité et après le retour à domicile) (5,23,26). En effet, les 8 séances de PNP ne peuvent-elles couvrir toutes les notions proposées par la HAS tout en répondant au questionnement des femmes ou couples, qui se projettent visiblement à court terme (28,29) ? La problématique du modèle pédagogique choisi est de nouveau questionnée ainsi que le système de soins proposé en amont et en aval de ses séances. En effet l'Entretien post natal pourrait être une réponse afin de respecter ce « tempo » demandée et nécessaire pour les femmes.

4.3 Propositions et perspectives

Il apparaît évident que d'autres études de plus grande ampleur sont nécessaires pour pouvoir vraiment conclure quoi que ce soit sur la PNP en France. Malgré son manque de puissance, cette étude rejoint les conclusions d'autres études étrangères plus puissantes sur le fait de porter une réflexion sur la PNP et la nécessité de son adéquation avec les attentes des femmes et des couples (23,26). Des groupes d'échanges entre les femmes, couples et sages-femmes pourrait être mis en place dans les services de suites de couches pour favoriser le partage d'expérience dès les premiers jours du post partum.

Concernant les thèmes potentiellement peu abordés durant les séances de PNP, dont principalement la santé mentale, il serait peut être intéressant soit d'en faire un (ou des) thèmes à part entière, soit de les aborder directement lors de l'EPP. Ceci permettrait de répondre à un de ces objectifs qui est le repérage des femmes potentiellement plus vulnérables, le plus tôt possible dans la grossesse (2,5). Cela demande de développer l'EPP soit en améliorant l'information sur ces objectifs, en intégrant un dépistage systématique des vulnérabilités comme dans certains pays et en le personnalisant (30). Enfin, afin de respecter le tempo d'apprentissage à court terme des femmes, la mise en place de l'entretien post natal (EPN) semble pertinent car il favoriserait l'apprentissage de la parentalité et des soins post nataux de puériculture, dans une période plus propice.

La PNP apparaît comme un véritable défi pour les sages-femmes qui doivent : parvenir à aborder tous les thèmes recommandés tout en répondant aux attentes et aux questionnements des femmes et des couples, animer des séances de groupe selon les concepts fondateurs de santé publique c'est à dire en proposant à la fois de la théorie, des exercices pratiques et en favorisant le partage d'expérience (31,32). Du fait des multiples objectifs de la PNP, elle fait partie intégrante de la formation initiale mais ne faudrait-il pas insister sur une formation continue spécifique (33) ? De même il serait intéressant de connaître les représentations des sages-femmes sur la PNP et de réaliser une analyse des pratiques professionnelles à ce sujet.

5. Conclusion

Les femmes sont globalement satisfaites de la PNP « classique » proposée à la maternité du Centre Aliénor d'Aquitaine. La PNP leur a apporté des connaissances sur la grossesse et l'accouchement mais insuffisamment sur le post natal et la parentalité. Il existe un décalage entre la satisfaction globale et les attentes des femmes et des couples. Une analyse des pratiques professionnelles pourrait nous permettre d'éclaircir les thèmes suffisamment abordés et les lacunes et ainsi pouvoir proposer des actions d'avantage personnalisées dans une perspective de santé publique et de promotion pour la santé en période périnatale.

6. Bibliographie

1. Caron-Leulliez M. L'Accouchement Sans Douleur. Un enjeu politique en France pendant la guerre froide. *Canadian Bulletin of Medical History*. 2014;23:69-88.
2. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris; 2004.
3. République Française. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
4. Union Nationale des caisses d'assurances maladies. Décision du 5 février 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
5. HAS. Recommandations pour la pratique clinique : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Paris; 2005.
6. Gagnon A. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *The Cochrane Library*. 2007;
7. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001;28(3):202-7.
8. Barandon S, Balès M, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal N, Pambrun E, Bois C, et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;45(6):599-607.
9. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: INSERM; 2011.
10. La Bible : société biblique de Genève. Genèse. In 2008. p. §3, verset 16.
11. Charte_d_Ottawa.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
12. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD001134.
13. République Française. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. 98-900.
14. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303.
15. République Française. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
16. In: *Le petit Larousse illustré*. Paris; 2000. p. 91.
17. Union Nationale des Associations Familiales / CIANE. Enquête périnatalité « regards de femmes sur leur maternité ». Paris; 2010.

18. Branger B, Le Coz F, Gillard P, Merot E, Winer N. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-La-Loire. *PubMed J.* 2013;43(5):361-70.
19. Ministère des Affaires sociales de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008. Report No.: 660.
20. Millot S. L'enquête de satisfaction : Guide méthodologique. In: AFNOR. 2007.
21. Barraud L. Enquête de satisfaction, auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance. *Mémoire sage-femme.* 2013;
22. Dugnat M. Pour un entretien prénatal précoce, pivot d'une prévention périnatale prévenante. *Santé Publique.* 2007;19(3):177-9.
23. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;(84):436-43.
24. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(5).
25. Nolan ML, Mason V, Snow S, Messenger W, Catling J, Upton P. Making friends at antenatal classes: A qualitative exploration of friendship across the transition to motherhood. *J Perinat Educ.* 2012;21(3):178-85.
26. Nolan M. Antenatal education : failing to educate for parenthood. *Br J Midwifery.* 1997;5(1):21-6.
27. Bernard M-R, Eymard C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Santé Publique.* 2012;24(4):283-9.
28. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int.* déc 2001;16(4):381-8.
29. Gilmer C, Buchan JL, Letourneau N, Bennett CT, Shanker SG, Fenwick A, et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *Int J Nurs Stud.* 2016;59:118-33.
30. Kingston DE, Biringier A, McDonald SW, Heaman MI, Lasiuk GC, Hegadoren KM, et al. Preferences for Mental Health Screening Among Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Am J Prev Med.* 2015;49(4):e35-43.
31. Nolan ML. Information giving and education in pregnancy: A review of qualitative studies. *J Perinat Educ.* 2009;18(4):21-30.
32. Risisky D, Asghar SM, Chaffee M, DeGennaro N. Women's perceptions using the centering pregnancy model of group prenatal care. *J Perinat Educ.* 2013;22(3):136-44.
33. Budin WC. What to teach. *J Perinat Educ.* 2014;23(2):59-61.

7. Annexes

Annexe 1. Objectifs de la PNP selon l'HAS



Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les recommandations professionnelles, l'argumentaire et la fiche de synthèse sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP

Les objectifs spécifiques et le contenu sont individualisés, hiérarchisés et adaptés :

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

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

<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant 	<p>Le développement de l'enfant et ses acquisitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Développement psycho-moteur : <ul style="list-style-type: none"> ▸ suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents ▸ appréciation des différentes acquisitions lors des examens successifs dont bénéficiera l'enfant, notamment lors des consultations « charnières » du carnet de santé (4 mois, 9 mois, 24 mois). ● Au niveau sensoriel : <ul style="list-style-type: none"> ▸ l'orientation visuelle vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit une cible sur 90°. ▸ les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort : il sursaute ou grimace, modifie son état de vigilance. ▸ en cas de doute, un examen ophtalmologique ou un dépistage auditif peuvent être réalisés dès les premiers jours de vie. <p>Le développement psycho-moteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ● Association de la vie de couple à la fonction de parent ● attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille ● présence ou non de supports familiaux au moment de la naissance et à distance de la naissance ● modes d'accueil de l'enfant après le congé maternité, vie professionnelle
<p>3. Repérer, analyser</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> ● changements normaux durant la grossesse et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence ● signes précurseurs du début du travail, conseils pour gérer les contractions et venir au bon moment à la maternité
<ul style="list-style-type: none"> ● Analyser une situation à risque 	<ul style="list-style-type: none"> ● Signes d'alerte précoce pour la mère après la naissance : fièvre, saignements, difficultés d'allaitement ● Signes d'alerte précoce pour le bébé : troubles fonctionnels du nourrisson (tristesse, changement de comportement, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance)
<p>4. Faire face, décider</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Décider d'être accompagnée durant l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Place du père ou d'une autre personne lors de l'accouchement
<ul style="list-style-type: none"> ● Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pour la mère : périnée, cicatrice de césarienne, seins ● Pour l'enfant : bain, soins du cordon, précautions d'hygiène générale,
<ul style="list-style-type: none"> ● Décider du mode d'alimentation du bébé ● Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant ● Contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité 	<p><i>Alimentation du nourrisson à la naissance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avantages de l'allaitement maternel, allaitement à la demande, cohabitation mère-enfant à la maternité, etc. <p><i>Alimentation du nourrisson jusqu'à 4 à 6 mois :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avantages de l'allaitement maternel (nutritionnels, immunologiques et relationnels). ● Les préparations pour nourrissons (ex, laits 1^{er} âge) répondent aux besoins nutritionnels de l'enfant pendant cette période.

	<p><i>Alimentation de transition et de diversification de 4-6 mois à 9-12 mois</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le lait est soit le lait maternel, soit une préparation de suite (ex, laits 2^{ème} âge). ● La diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers six mois. <p><i>Alimentation après 9 -12 mois</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'alimentation est quasiment de type adulte avec apport de lait de croissance de façon prolongée. <p><i>Les suppléments indispensables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● vitamine D et fluor, tous les jours ● vitamine K, toutes les semaines pendant l'allaitement maternel exclusif <p><i>La prévention de l'allergie alimentaire s'adresse aux nouveaux-nés issus de famille « allergique » (père, mère ou fratrie avec manifestations allergiques). L'explosion de l'allergie alimentaire avec ses conséquences (eczéma, douleurs abdominales, asthme, urticaire, choc) en fait un problème de santé publique.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Débuter précocement les mesures suivantes : ● allaitement maternel exclusif ou lait hypo-allergénique jusqu'à six mois, ● retard de la diversification alimentaire au-delà de six mois : fruits et légumes à six mois (en évitant les fruits exotiques), œuf et poissons à partir de douze mois, arachide et fruits à coque vers cinq-six ans. <p><i>L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique. Sa prévention doit être précoce par la promotion d'une alimentation équilibrée riche en fruits et légumes, la proscription des boissons sucrées et du grignotage entre les repas, l'encouragement à l'exercice physique dès l'âge de la marche</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Comprendre les comportements habituels de l'enfant ● Faire face aux pleurs de l'enfant 	<p><i>Protéger le sommeil de l'enfant dès la naissance est essentiel pour préserver sa santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● environnement calme ● respect de son rythme de sommeil ● Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers trois mois, 10 heures vers six mois. ● Avertir les parents <i>du danger de secouer un enfant</i> parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énerverment (risque de séquelles neurologiques redoutables) Manières de faire face à une agitation de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> ▸ mettre l'enfant en sécurité dans son lit ▸ se faire aider ▸ en parler, demander conseil ● La survenue de <i>cris excessifs</i> –« coliques du nourrisson » – est fréquente (notamment en fin d'après-midi et le soir): ● Ils sont calmés par l'alimentation et sont isolés (absence de troubles digestifs objectifs et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers trois mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du

	régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique et rassurera les parents.
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance • Décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue après la naissance et dans les premiers mois de vie de l'enfant : se reposer ou dormir entre les tétées ou les biberons. • Difficultés d'allaitement (douleur, lésions des mamelons, engorgement, mastite, insuffisance de lait lors de la reprise des activités) : position correcte du nourrisson lors des tétées, augmentation transitoire de la fréquence et la durée des tétées et recherche de soutien auprès de professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés (Anaes allaitement maternel 2002). <p><i>L'enfant malade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant les premières semaines de vie, prévenir les parents que la persistance d'un symptôme anormal (modification du comportement, arrêt de la prise alimentaire, respiration rapide, changement de coloration, fièvre au-delà de 38°C) impose une consultation médicale rapide. • Conduite à tenir en cas de fièvre : lutter contre l'inconfort de l'enfant et prévenir la déshydratation : découvrir l'enfant et lui donner à boire fréquemment)
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des modalités de recours de proximité en cas de complication ou de perception d'une situation d'urgence (sage-femme, médecin généraliste) • Mise en contact avec des associations, un service d'écoute téléphonique, les services de la PMI, etc.
5. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation	
<ul style="list-style-type: none"> • Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant 	Activité physique, gestion du stress Aménagement du temps de travail et du temps de transport Conseils pour le choix du matériel de puériculture Conseils pour la qualité de l'environnement à domicile : température ambiante, tabagisme de l'entourage y compris passif, plomb
<ul style="list-style-type: none"> • Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions 	Modalités de sortie précoce de la maternité Organisation des conditions domestiques de retour à domicile (aide de la famille proche, congé du père, travailleuse familiale, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Résoudre des difficultés d'allaitement 	Position pour une succion efficace Reconnaissance d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée Vérification à la maternité ou à domicile de la prise correcte du sein et de l'efficacité de la succion. Recours à des associations de soutien, à la PMI Conseils de prévention de l'engorgement (tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée)
<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la prévention des risques pour l'enfant 	<p><i>La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit • éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les sur-pyjamas ou les turbulettes • préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des six premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée • limiter la température de la pièce à 19°C • éviter le tabagisme autour de l'enfant. <p><i>Les circonstances d'accidents les plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la</i></p>

	<i>table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte).</i>
6. Pratiquer, faire	
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins 	<p>Exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme</p> <p>Techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter le travail et la naissance</p> <p>Positions de protection du dos pendant la grossesse</p> <p>Positions de protection du dos pour la période postnatale (soulever et porter l'enfant, ramasser les jouets)</p> <p>De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée), sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, acupuncture, yoga.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse 	<p>Rééducation postnatale : rééducation du <i>post-partum</i> (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé 	<p>Conseils d'hygiène générale</p> <p>Bain, change, habillement, soins des yeux, du nez et des oreilles</p> <p>Conseils pour le choix des produits d'hygiène du nouveau-né</p>
7. Adapter, réajuster	
<ul style="list-style-type: none"> Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né 	<p>Mesures simples pour prévenir les infections virales chez le nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant, port de masque lors des repas chez les parents qui toussent, éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et sœurs, éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transport en commun, supermarchés).
<ul style="list-style-type: none"> Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques 	<p>Équilibre alimentaire durant la grossesse, après l'accouchement et en cas d'allaitement</p>
<ul style="list-style-type: none"> S'ajuster aux besoins d'un bébé 	<p>Comprendre les exigences d'un nourrisson et savoir y répondre</p> <p>Confiance en sa capacité de donner les soins essentiels au bébé (mère et père)</p>
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	
<ul style="list-style-type: none"> Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible 	<p>Connaissance de l'offre de soins de proximité</p>
<ul style="list-style-type: none"> Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé 	<p>Le carnet de maternité : remis à chaque femme enceinte contient les informations sur le suivi de la grossesse et des messages d'éducation à la santé et de prévention.</p> <p><i>Objectifs de la consultation postnatale pour la mère dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale. Parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

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

Annexe 2. Information écrite pour les patientes

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage femme, je réalise une enquête de satisfaction sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, effectuée à la maternité. Je sollicite donc votre participation pour mener à bien cette enquête. Si vous souhaitez m'aider à la réaliser, il vous suffit simplement de remplir ce questionnaire qui sera anonymisé. Vous pouvez refuser, annuler votre participation à tout moment, ou encore avoir accès aux résultats de cette enquête de satisfaction en m'écrivant par mail à :

Marie Tempier
Étudiante sage femme en dernière année d'étude.

Annexe 3. Questionnaire

Enquête de satisfaction sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Réalisée par Marie Tempier (étudiante sage-femme)

Vous avez accepté de participer à mon enquête et je vous en remercie. Voici donc le questionnaire à remplir. Ceci devrait vous prendre une quinzaine de minutes.

Généralités sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

- Avez-vous eu une information sur l'Entretien Prénatal Précoce ? Si oui, par qui ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas d'information reçue | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien | <input type="checkbox"/> Amis / parents |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Media (magazines, journaux, internet) |
| <input type="checkbox"/> Affichage dans la salle de consultation | <input type="checkbox"/> Secrétaires de la maternité |
| <input type="checkbox"/> Associations : | <input type="checkbox"/> Organismes sociaux (CAF, CPAM...) |
| <input type="checkbox"/> Autres personnes : | |

- Avez-vous eu cet entretien ? Oui Non

- Si vous avez eu cet entretien, en êtes-vous... ?

- Très satisfaite Satisfaite Insatisfaite Complètement insatisfaite

- Comment avez-vous eu des informations sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas d'information reçue | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien | <input type="checkbox"/> Amis / parents |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Media (magazines, journaux, internet) |
| <input type="checkbox"/> Affichage dans la salle de consultation | <input type="checkbox"/> Secrétaires de la maternité |
| <input type="checkbox"/> Associations : | <input type="checkbox"/> Organismes sociaux (CAF, CPAM...) |
| <input type="checkbox"/> Autres personnes : | |

- A quel mois de grossesse avez-vous débuté vos séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?

- 4^{ème} mois 5^{ème} mois 6^{ème} mois 7^{ème} mois 8^{ème} mois 9^{ème} mois

- A combien de cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité avez-vous assisté à la maternité ?.....

- Avez-vous été guidé pour choisir un type de Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?

- Oui Non

Si oui, par qui ?.....

- Avez-vous suivi d'autres cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haptonomie | <input type="checkbox"/> Sophrologie |
| <input type="checkbox"/> Gymnastique aquatique prénatale | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Chant prénatal | <input type="checkbox"/> Autres (précisez)..... |

Si oui pourquoi ?

.....
.....

Votre satisfaction...

Concernant l'information et les conseils donnés pendant les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, pouvez-vous cocher votre niveau de satisfaction sur chacun des thèmes suivants.

La puériculture et les suites de couches	Très satisfaite	Satisfaite	Insatisfaite	Complètement insatisfaite	Thème non abordé
<i>Les soins de puériculture</i>					
<i>L'allaitement</i>					
<i>Les suites de couches</i>					
<i>Le retour à la maison</i>					

L'accouchement et la douleur	Très satisfaite	Satisfaite	Insatisfaite	Complètement insatisfaite	Thème non abordé
<i>L'accouchement : respiration, positions, modes d'accouchement (sur le côté, à quatre patte...)</i>					
<i>La prise en charge de la douleur</i>					
<i>L'analgésie péridurale</i>					
<i>Les autres alternatives (méthode Bonapace, acupuncture, homéopathie, hypnose...)</i>					

La prévention	Très satisfaite	Satisfaite	Insatisfaite	Complètement insatisfaite	Thème non abordé
<i>La consommation de tabac, alcool, drogues (cannabis, médicaments) et les addictions</i>					
<i>Les conseils nutritionnels (alimentation, prise de poids...)</i>					
<i>La contraception</i>					
<i>La rééducation périnéale</i>					
<i>La sexualité</i>					

La parentalité	Très satisfaite	Satisfaite	Insatisfaite	Complètement insatisfaite	Thème non abordé
<i>Les interactions mère-enfant, maternage</i>					
<i>La possibilité d'exprimer et/ou d'élaborer un projet de naissance</i>					
<i>L'implication de votre conjoint dans la préparation à la naissance et à la parentalité</i>					
<i>Les difficultés psychologiques</i>					
<i>La prise en compte de vos inquiétudes</i>					
<i>La prise en compte de votre stress éventuel</i>					
<i>Le partage d'expérience avec d'autres mères/pères/couples</i>					

Etude de la satisfaction des femmes ayant suivi une Préparation à la Naissance et à la Parentalité classique dans une maternité de type 3 en Aquitaine.

RESUME

Objectifs : La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) est l'outil mis à disposition des sages-femmes pour assurer leur mission de santé publique et mieux accompagner les femmes et leur conjoint à l'accueil d'un enfant. Cependant, bien intégrée dans le suivi prénatal, elle est peu évaluée. L'objectif principal de notre étude est donc de connaître la satisfaction des femmes ayant suivi une PNP « classique » à la maternité du Centre Aliénor d'Aquitaine. Les objectifs secondaires sont de l'apport de la PNP en anté et post natal.

Méthode : Nous avons mené sur une période de 2 mois une étude quantitative descriptive du type enquête de satisfaction. 36 femmes ont été interrogées dans une maternité de niveau 3.

Résultats : Les femmes sont globalement satisfaites des séances de PNP proposées (score moyen de 16/20), cependant le manque d'exercice pratique et d'information sur la période post natale est mis en évidence.

Conclusion : La PNP apporte des connaissances sur la grossesse et l'accouchement mais insuffisamment sur le post partum et la parentalité. Une analyse des pratiques professionnelles et une réflexion sur les modèles employés nous permettrait de pouvoir proposer des actions davantage adaptées aux besoins des femmes et des couples pour améliorer la proposition faite aux femmes.

Mots clés : Préparation à la naissance et à la parentalité, satisfaction, éducation pour la santé, parentalité.

Women's satisfaction after antenatal classes in a type 3 maternity in Aquitaine.

SUMMARY

Objectives : Antenatal classes about childbirth and parenthood education is the tool given to the midwives to promote women's well-being and health, across the transition to motherhood. The aim of this study was to explore satisfaction of the women attended a "classic" antenatal classes in the maternity « Center Alienor d'Aquitaine ».

Method : A descriptive quantitative study satisfaction survey was conducted. In total, thirty six womens agreed to be interviewed in a level three maternity.

Results : Women are satisfied with antenatal classes and parenthood education proposed (middle score : 16/20), but they talk about some failing : they would like more practice and more infirmations about the postnatal period.

Conclusion : Antenatal classes and parenthood education concern of pregnancy and childbirth but lack of information on post partum and parenthood. Professional practices's analysis will permit to enhance actions more adapted to the couples and women's needs to improve the proposal made for the women.

Key-words : Childbirth and parenthood education, antenatal classes, satisfaction, healt education, parenthood