HAL
open science

Évaluation de la préparation à la naissance et à la parentalité selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé de décembre 2007 : étude multicentrique prospective menée auprès de 250 patientes

Madeleine Thieffry

To cite this version:

Madeleine Thieffry. Évaluation de la préparation à la naissance et à la parentalité selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé de décembre 2007 : étude multicentrique prospective menée auprès de 250 patientes . Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01666241

HAL Id: dumas-01666241

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01666241v1

Submitted on 18 Dec 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.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE
FILIÈRE MAÏEUTIQUE

ÉVALUATION DE LA PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ SELON LES CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ DE DÉCEMBRE 2007.

Étude multicentrique prospective menée auprès de 250 patientes

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

Présenté et soutenu par
Madeleine THIEFFRY
Sous la direction de
Mme Agnès D'Arripe - Maître de conférences

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016-2017

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE
FILIÈRE MAÏEUTIQUE

ÉVALUATION DE LA PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ SELON LES CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ DE DÉCEMBRE 2007.

Étude multicentrique prospective menée auprès de 250 patientes

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

Présenté et soutenu par
Madeleine THIEFFRY
Sous la direction de
Mme Agnès D'Arripe - Maître de conférences

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016-2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude:

Madame Agnès d'Arripe, maître de conférences, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, pour ses conseils, ses corrections, ses idées, et le temps accordé à mon travail.

Romain Demailly, sage-femme enseignant, référent de ce mémoire, pour m'avoir donné l'idée d'explorer ce coté de la PNP, pour son aide dans l'analyse statistique, pour ses encouragements, et son soutien depuis le début de ce travail et de m'avoir fait confiance.

Les sages-femmes cadres des maternités concernées par cette étude, de m'avoir permis de passer des heures dans les couloirs de leurs services pour mener à bien ce projet. Et particulièrement à Madame Decouvelaere et Madame Tuffier pour leur implication dans la distribution de mes questionnaires.

Merci également aux sages-femmes d'avoir respecté mon travail et veillé à la bonne transmission des questionnaires remplis.

Un grand merci à toutes patientes qui m'ont accueillie dans leur chambre de suites de naissances, entre deux tétés ou deux changes, et qui ont accepté de participer à cette enquête, et pris le temps de répondre aux questionnaires, toujours avec le sourire.

Merci à l'équipe enseignante de la FMM, pour leur soutien, leur écoute et leur disponibilité.

Merci à mes amis, de ma promotion, de la faculté, de Lille et d'ailleurs d'avoir toujours été là depuis le début de ces 6 années d'études. À Augustin, pour son soutien et sa patience.

Et merci à mon Papa et à ma Maman, pour leur écoute, leurs conseils et leur présence dans toutes les situations, à mon frère pour son aide, son soutien et les valeurs qu'il me transmet. Merci de croire en moi chaque jour.

SOMMAIRE

Glossaire **2**

I. Introduction **3**

II. Matériel et méthode **7**

III. Résultats **11**

1. Population étudiée 11
2. Caractéristiques de la PNP effectuée par la population étudiée 13
3. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) 14
4. Les séances de PNP 17
5. Le séjour en maternité 19
6. Évaluation globale 20
7. Conformité 22

IV. Discussion **24**

1. Analyse des résultats 24
2. Atteinte des objectifs 35
3. Forces et limites de l'étude 35

Conclusion **39**

Bibliographie **40**

Annexes

GLOSSAIRE

PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité

EPP: Entretien Prénatal Précoce

HAS: Haute Autorité de Santé

NPDC: Nord et Pas-de-Calais

HdF: Haut de France

SDN: Suites de naissances

SF: Sage-femme

I. Introduction

1. Contexte

Depuis quelques années maintenant, la profession de sage-femme se développe. Tant au niveau de la reconnaissance dans le monde médical, que dans les responsabilités et les compétences. Parmi celles-ci figure la préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, dans le code de la santé publique, il apparaît clairement que: "La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité." [1,2]. La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) fait suite, dans les années 2000 à ce qui était anciennement appelé: préparation psychoprophylactique, apparue en 1956. Le but était, pour les femmes, d'accéder à un accouchement "sans douleur" basé sur une préparation physique, l'écoute et l'information des femmes et des couples. Aujourd'hui les objectifs de la PNP se sont élargis, elle est devenue un outil permettant une prise en charge adaptée aux besoins des femmes et des couples, englobant des dimensions de prévention, d'information et d'éducation [3]. Aujourd'hui, une grosse partie est consacrée à l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), autrement appelé entretien du 4ème mois. Il s'agit d'un entretien, en dehors d'une consultation où la femme, ou le couple, peut parler de ses attentes, ses besoins et son projet de naissance. C'est aussi un temps d'informations et de questions, permettant au professionnel de connaître la femme, le couple. Celui-ci est systématiquement proposé à toutes les femmes en théorie, qu'elles suivent des séances de PNP ou non. Mais il est important dans le cadre de la PNP car les séances seront adaptées en fonction des besoins et attentes de la femme évoquée lors de l'EPP [4,5].

On peut également souligner que la profession de sage-femme se veut la profession de premier recours concernant l'éducation pour la santé en périnatalité, dont fait partie la PNP. Celle-ci est donc au premier plan, avec un rôle actif dans l'accompagnement des femmes et des couples pour la grossesse, l'accouchement et l'accueil du nouveau-né [6-8].

Il est important de noter que si la PNP fait partie des compétences de la profession, c'est que la demande existe. En effet on note une augmentation du nombre de femmes effectuant une PNP entre 2003 et 2010. Le pourcentage de femmes primipares effectuant une PNP s'élève à 72,9% et à 28,4% pour les multipares lors de la dernière enquête en 2010 [9,10].

Parallèlement à cela, l'offre s'accroit également. Et cela est principalement dû à l'augmentation de l'installation des sages-femmes en secteur libéral. En effet la préparation à la naissance s'effectue davantage dans le milieu libéral que dans le milieu hospitalier et la plus grande présence des sages-femmes en libéral augmente par conséquent l'offre de la PNP, quelque soit son type [11].

En novembre 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) décide de publier une édition de recommandations de bonnes pratiques concernant la PNP. L'objectif étant de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé [5].

Peu après, en décembre 2007, la HAS publie une série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles concernant la PNP. L'objectif étant, cette fois ci, de favoriser le développement de la PNP tout au long de la grossesse et en post-natal et de s'assurer de la qualité de cette PNP mise en œuvre. Notons aussi qu'une bonne partie de ces critères concerne l'EPP [12].

2. Synthèse des critères de qualité de la HAS

Les critères de qualité mis en place par la HAS en 2007[1] vont appuyer les recommandations de bonnes pratiques, précédemment développées en 2005 [5], et permettre aux professionnels concernés par la PNP et qui souhaitent s'engager dans une démarche d'amélioration et de qualité, d'obtenir une sorte de guide qui les aidera à assurer une PNP considérée comme optimale pour les femmes enceintes.

Dans ce document publié par la HAS [12], on retrouve quatre grandes parties: l'entretien individuel ou en couple, la mise en œuvre des séances prénatales, la poursuite des actions de soutien à la parentalité durant le séjour à la maternité et la poursuite des séances à domicile en période postnatale. Chaque sous-partie se divise en objectifs, au total 6, auxquels sont rattachés un ou plusieurs critères de qualité.

Pour l'entretien prénatal précoce, il y a d'abord l'objectif 1 qui est de proposer l'entretien individuel ou en couple prévu par la réglementation. Cet objectif va être appuyé par huit critères de qualités:

-1: Proposition systématique de l'entretien à toute femme enceinte au moment de la confirmation de la grossesse.

-2: Recherche de l'accord de participation de la femme ou du couple après explication des objectifs de l'entretien.

-3: Réalisation de l'entretien individuel ou en couple durant le 1er trimestre de la grossesse.

-4: Durée minimum de 45 minutes pour l'entretien individuel ou en couple.

-5: Entretien dédié, individuel ou en couple, distinct d'une consultation médicale de suivi de la grossesse.

-6: Utilisation d'un guide d'entretien comme support à la communication.

-7: Rédaction d'une synthèse de l'entretien.

-8: Transmission, avec l'accord de la femme enceinte de la synthèse de l'entretien au professionnel qui assure le suivi médical de la grossesse ainsi qu'à celui qui assure les séances de PNP.

[1]Édition des critères de qualité PNP de la HAS de décembre 2007 disponible à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_qualite-pnp.pdf

Puis on trouve l'objectif 2 qui est d'identifier les besoins d'information et les éventuelles vulnérabilités et définir les besoins éducatifs des femmes enceintes. Cet objectif va être appuyé par sept critères de qualité:

-9: Informations données sur la prévention des risques liés au mode de vie.

-10: Informations données sur l'offre de soins à proximité.

-11: Recherche chez la femme enceinte et le couple des éventuelles situations de vulnérabilités.

-12: Définition pour chaque femme des contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales.

-13: Présentation des offres de programmes de PNP au sein des ressources de proximité.

-14: Mise en place si besoin d'une coordination et d'un suivi dès l'entretien individuel ou en couple.

-15: Construction avec la femme enceinte ou le couple des réponses appropriées à leurs besoins d'aide et d'accompagnement.

Puis arrive la mise en œuvre des séances prénatales. Cette partie comprend un seul objectif qui est de proposer des séances de PNP pour préparer la femme ou le couple à la naissance, à l'accueil de l'enfant et soutenir la parentalité. Cet objectif s'appui sur quatre critères de qualité:

-16: Description du programme de PNP dans un document de référence.

-17: Adaptation des thèmes développés au cours des séances de PNP aux besoins et aux attentes des femmes.

-18: Réalisation d'une évaluation individuelle ou collective de la PNP au cours de la séance afin de réajuster les contenus si besoin.

-19: Réalisation d'une évaluation individuelle de la PNP à la fin des séances prénatales avec chaque femme.

Enfin on retrouve la poursuite des actions de soutien à la parentalité durant le séjour à la maternité. Cette partie comprend également un seul objectif qui est de proposer à la femme, lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant. Celui-ci s'appui sur quatre critères de qualité:

-20: Mise en œuvre d'un soutien à la parentalité après la naissance de l'enfant.

-21: Accompagnement de l'autonomie dans les pratiques parentales pour préparer le retour à domicile.

-22: Réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile.

-23: Avant la sortie de la maternité, information ou mise en relation avec des dispositifs de soutien et d'aide auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoin.

Et pour finir, on trouve la partie sur la poursuite des séances à domicile qui comprend deux objectifs et deux critères de qualité que nous ne développerons pas ici.

Il est également important de préciser que chaque critère de qualité mis en place par la HAS dans ce document est issu d'une recommandation source de l'édition des recommandations de bonnes pratiques de novembre 2005. De plus on y trouve à chaque fois une justification du choix du critère, c'est à dire ce qu'il permet d'apporter. Ainsi que la précision de l'utilisation du critère, ce qui permet de savoir quand on peut estimer que le critère est atteint.

3. Problématique et objectifs

Ces recommandations et ces critères de qualité ont été mis en place pour que la Préparation à la Naissance et à la Parentalité soit la meilleure possible pour chaque femme. Et que celles-ci y trouvent des ressources lors des différentes étapes de leur grossesse, accouchement et chemin vers la parentalité. Les critères de qualité ne sont en aucun cas une obligation de pratique mais plutôt un guide pour aider en ce sens. La PNP n'est pas la même pour toutes les femmes, mais elle doit être adaptée à leurs besoins, certains sujets et thèmes restent cependant essentiels à aborder.

Différentes études ont déjà exploré la satisfaction des patientes envers leur préparation ainsi que l'utilité de celle ci dans les différentes étapes de leur grossesse [13]. Mais la Préparation à la Naissance d'aujourd'hui respecte-t-elle pour autant les critères de qualité mis en place par la Haute Autorité de Santé ?

De ce constat émerge donc une question: La Préparation à la Naissance et à la Parentalité d'aujourd'hui répond-elle aux critères de qualité basés sur les recommandations de la HAS ?

D'où notre problématique:

La Préparation à la Naissance et à la Parentalité est-elle aujourd’hui conforme aux critères de qualité de la HAS de décembre 2007 au sein des régions Nord et Pas-de-Calais ? Pour répondre à cette question, nous nous baserons sur l'expérience vécue du point de vue des patientes.

L'objectif principal de cette étude sera donc d'évaluer la conformité de la PNP aux critères publiés par la HAS en décembre 2007 [12].

Nous nous intéresserons deuxièmement à l'utilité de celle-ci pour les patientes ainsi que leur satisfaction suite à leurs séances, afin de montrer l'importance du respect de ces critères et recommandations ou non.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

L'étude menée est une étude multicentrique, prospective et descriptive.

Multicentrique car elle a été réalisée auprès de différentes maternités du Nord et du Pas-De-Calais (aujourd'hui appelé Haut de France), de statuts et de niveaux différents. Ceci pour pouvoir inclure une population suffisamment importante de patientes ayant effectué une PNP, de différents types, provenant d'endroits distincts avec des professionnels différents. Prospective car il s'agit d'une étude menée auprès de patientes en suites de naissances, incluses au moment de l'étude. L'évènement étudié se situe donc dans la période d'inclusion. De plus, les femmes concernées auront terminé leur PNP et auront accouché, ce qui leur donnera le recul nécessaire sur leur préparation à la naissance pour répondre aux objectifs de l'étude. Et enfin, descriptive, car il s'agit de réaliser un panorama régional de la PNP dans le Nord et le Pas-De-Calais afin d'évaluer les manques et les forces de celle-ci en regard des critères de qualité de la HAS [12].

2. Terrain d'étude

L'étude a été menée au sein de sept maternités du Nord et du Pas-De-Calais de niveaux distincts avec un nombre d'accouchements également différents. Les maternités concernées ont été: la maternité A de niveau I, la maternité B de niveau IIA, les maternités C et D de niveau IIB et enfin les maternités E, F et G toutes les trois de niveau III.

3. Durée d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 4 mois: du 29 août 2016 au 14 décembre 2016.

4. Population d'étude

La population de cette étude concernait des femmes enceintes de la région Nord et du Pas-De-Calais ayant bénéficié d'une PNP et ayant accouché dans les maternités incluses sur la période d’étude.

5. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus ont été:

- Avoir effectué au moins quatre séances de PNP (tout type de PNP confondu).
- Accouchement à terme donnant naissance à un nouveau-né eutrophe.
- Maîtrise de la langue française.
- Personne majeure.
- Patiente ayant donné son consentement.

6. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus ont été:

- Patientes n'ayant pas eu recours à la PNP.
- Patientes n'ayant pas réalisé un minimum de quatre séances.
- Patientes ayant un nouveau-né hospitalisé.
- Non maîtrise de la langue française.
- Patiente mineure.
- Patiente sous tutelle ou curatelle.
- Patiente refusant de signer le consentement éclairé.

7. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude a été la conformité de la PNP aux recommandations de la HAS. En effet, nous avons cherché à savoir, en interrogeant les patientes, si la PNP dont elles ont bénéficié répond correctement aux critères de qualité que la HAS a publié [12].

Les critères de jugement secondaires ont été l'utilité et la satisfaction des femmes concernant leur PNP, mais aussi, comme facteur associé, le secteur de réalisation (libéral ou hospitalier).

8. Outils et mode de recueil des données

Notre étude a été menée à l'aide d'un questionnaire (cf. ANNEXE I).

Celui-ci comportait des questions directement appuyées sur les critères de qualité de la HAS de 2007 [12] dans un premier temps. Chaque critère s'appuyant sur une recommandation source, comme expliqué dans l'introduction. Une question correspondait à un critère de qualité. Prenons l'exemple de la question numéro 12 concernant l'information délivrée, lors de l'EPP sur les risques liés au mode de vie pendant la grossesse. Cette question traduit directement l'objectif 2, critère 9 des recommandations [12]. Autre exemple pour la question numéro 18 concernant les compétences personnelles développées durant cette PNP qui s'appuie directement sur l'objectif 3, critère 17 des recommandations [12]. Les patientes pouvaient y répondre par des réponses courtes ou fermées. Puis, dans un second temps, le questionnaire comportait des questions concernant leur avis sur l'utilité ainsi que sur leur satisfaction globale en regard de leur PNP.

Ce questionnaire a été remis aux patientes dans les services de suites de naissances des maternités précédemment évoquées suivant trois modes: soit en mains propres dans les chambres des patientes ayant effectué une PNP après leur avoir expliqué le but de cette étude et récupéré également en mains propres une fois celui ci rempli, soit distribué à l'aide des sages-

femmes au cours de la réunion de conseils de sortie au deuxième ou troisième jour du post-partum, existant également dans certaines de ces maternités, ou enfin à l'aide de certaines cadres des suites de naissances qui passaient également dans les chambres des patientes pour leur faire remplir le questionnaire. Les patientes étaient donc toujours hospitalisées au moment de l'étude. Les modes de distribution des questionnaires en fonction des maternités sont détaillés dans le tableau I récapitulatif du recueil des données (partie III).

9. Méthode d'analyse statistique

Les données recueillies grâce aux réponses à ces questionnaires ont été regroupées en tableau sous la forme d'une base de données avec le logiciel de bureautique Excel. La sécurisation des données a été assurée par l'intermédiaire d'un stockage unique de la base de donnée sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les données ont été rendues confidentielles par un codage sans mention du nom et du prénom.

Le logiciel R[2] a également été utilisé pour l'analyse des données.

L'estimation de la taille de l'échantillon a été calculée par la formule d'échantillonnage et l'on retrouve un objectif théorique de 384 répondantes. Pour une faisabilité de l'étude, l'objectif fixé a été de 250 réponses au total.

Le nombre de questionnaires à distribuer par maternité a été calculé en fonction du nombre d'accouchements de la maternité ainsi que de la proportion de patientes ayant effectué une PNP (72,9% de primipares contre 28,4% de multipares [9,10], en estimant une proportion égale entre les accouchements de primipares et de multipares.). Les chiffres sont présentés dans le tableau I récapitulatif du recueil des données (partie III).

La première partie de l'analyse sera une description univariée de la conformité, utilité, et satisfaction de la PNP selon les patientes interrogées afin d'offrir un panorama de la préparation au sein de la région NPDC. Les effectifs ont été présentés avec le pourcentage associé et les moyennes avec l'écart-type correspondant. Dans un second temps, nous avons évalué les facteurs susceptibles d'agir sur la bonne conformité de la PNP dans une analyse bivariée. Pour les variables qualitatives, les comparaisons entre distributions ont fait appel au test du χ^2 ou le test exact de Fisher en cas d'effectif restreint. Les comparaisons entre moyennes ont été réalisées grâce au test de Student. Le test de Wilcoxon-Mann Whitney a également été utilisé.

Le risque α a été fixé à 5%.

---

[2] Development Core Team de 2008. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL http://www.R-project.org

10. Considérations éthiques et autorisations

Pour la réalisation de cette étude et la traduction de ses résultats, les lieux, personnes, et données ont été anonymisés et rendus confidentiels par un codage sans mention du lieu, nom et prénom.

L'utilisation d'une base de données a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

L'avis favorable du CIER a été recueilli ainsi que l'accord du CCTIRS après simple consultation (cf. ANNEXES II et III).

Enfin, une demande d'autorisation pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'étude a été signée par chacune des cadres des suites de naissances des maternités concernées, ainsi que par la directrice de ce mémoire et enfin par la directrice de la filière maïeutique de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille (cf. ANNEXES IV à X).

L'accord des patientes interrogées a également été recueilli par l'intermédiaire d'une fiche informative (cf. ANNEXE XI).

III. Résultats

1. Population étudiée

Le tableau I situé à la page suivante (page 12) est un récapitulatif, en fonction des maternités et de leur nombre d'accouchements par an, du nombre de questionnaires délivrés et récupérés selon le nombre de patientes pouvant être incluses dans l'étude ainsi que du mode de distribution et de la période d'étude.

Le mode de distribution des questionnaires a varié d'une maternité à une autre. Il était demandé aux patientes remplissant les critères d'inclusion si elles avaient effectué une PNP. Si oui le questionnaire leur était remis, si non elles n'étaient pas incluses dans l'étude. Au total 760 patientes remplissaient les critères d'inclusion dont uniquement 310 avaient effectué une PNP. 60 questionnaires n'ont jamais été retournés. 250 questionnaires ont pu être exploités.

Parmi les 760 patientes interrogées sur leur PNP, 712 ont été vues personnellement par un passage dans leur chambre de suites de naissances.

Dans les maternités A et B soit 41 patientes, les cadres des maternités ont distribué elles-mêmes les questionnaires puis il y a eu une remise en mains propres. Dans la maternité G, sur les 46 patientes ayant participé à l'étude et ayant retourné le questionnaire, 7 patientes se sont vues remettre le questionnaire lors d'une réunion de groupe sur les conseils de sortie avant le retour à la maison. Le reste, soit 39 patientes ont été vues personnellement par un passage dans leur chambre de suites de naissances. Concernant les maternités C, D, E et F les patientes pouvant participer à l'étude ont été vues personnellement et les questionnaires remis en mains propres après un temps de réponse.

Une information était délivrée pour chaque patiente leur expliquant l'étude ainsi que le respect de leur anonymat, et le fait que leur choix de participer ou non n'impacterait en rien leur prise en charge au sein de la maternité. Parmi les patientes ayant effectué une PNP et pouvant être incluses dans l'étude, aucune n'a refusé de participer et toutes ont donné leur accord.

Les 60 questionnaires qui n'ont jamais été retournés ne traduisent pas un refus de participation.

Tableau I: Récapitulatif du recueil des données et de la population étudiée.

Maternités	A	B	C	D	E	F	G	Total
Nombre accouchements/an	871	2190	2631	2018	2625	5709	3629	
Nombre de questionnaires nécessaires pour représentativité de l'étude	11	28	33	26	33	73	46	250
Mode de distribution des questionnaires	Cadre SF distribution aux patientes	Cadre SF distribution aux patientes	Passage dans les chambres des patientes	Passage dans les chambres des patientes	Passage dans les chambres des patientes	Passage dans les chambres des patientes	Passage dans les chambres des patientes + Réunion de conseils de sortie	
Date obtention de l'autorisation	20/09/16	12/09/16	11/10/16	31/08/16	26/09/16	29/08/16	08/09/16	
Période de l'étude	Du 20/09/16 au 14/12/16	Du 12/09/16 au 24/11/16	Du 11/10/16 au 06/11/16	Du 31/08/16 au 10/10/16	Du 26/09/16 au 28/10/16	Du 29/08/16 au 05/10/16	Du 08/09/16 au 11/12/16	Du 29/08/16 au 14/12/16
Nombre de femmes interrogées sur leur participation à une PNP (et pouvant être incluses)	13	28	94	85	162	253	125	760
Nombre de femmes ayant fait une PNP (et pouvant être incluses)	13	28	33	37	34	104	61	310
Nombre de questionnaires non rendus	2	0	0	11	1	31	15	60
Nombre de questionnaires récupérés	**11**	**28**	**33**	**26**	**33**	**73**	**46**	**250**

12

2. Caractéristiques de la PNP effectuée par la population étudiée

a) PNP antérieure et lieu

Parmi les femmes incluses dans cette étude, 34% d'entre elles avaient déjà effectué une PNP pour une grossesse précédente, la parité ne rentrant pas en compte. Donc environ les 2/3 de l'échantillon ont répondu au questionnaire après avoir effectué une PNP pour la première fois.

Concernant le lieu où la PNP s'est déroulée, il s'agissait pour 76,8% des femmes interrogées d'une préparation avec une sage-femme en libéral et pour 23,2% d'une préparation avec une sage-femme en milieu hospitalier. Seule une répondante a signalé avoir été préparée par son gynécologue et non par une sage-femme. De plus, 4 patientes (n=250) ont coché la case "libéral" en précisant qu'il s'agissait d'une sage-femme de la PMI qui passait à domicile pour effectuer les différentes séances de PNP en individuel.

b) Type de PNP

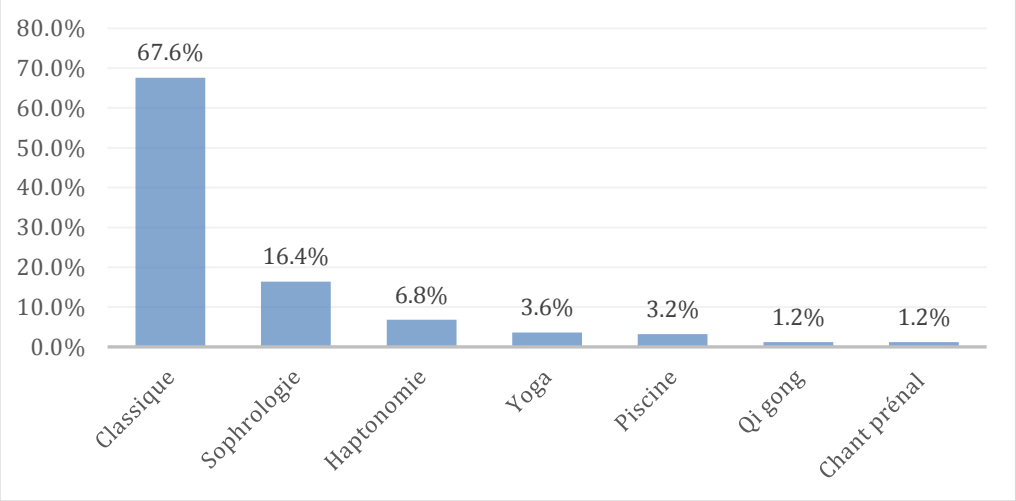

Figure 1: Répartition des différents types de PNP

Pour la majorité des patientes (67,2%) le type de PNP effectué était une préparation classique.

Après la PNP de type classique, les patientes ont surtout réalisé une préparation sophrologique.

Enfin, seulement 16% des patientes interrogées ont réalisé une préparation de type haptonomie[3], yoga, en piscine, qi gong[4] ou encore en chant prénatal[5].

[3]Haptonomie: méthode de communication avec le foetus par le toucher, à travers la paroi abdominale maternelle.
[4]Qi gong: gymnastique d'origine chinoise comportant des exercices respiratoires accompagnés de mouvements lents qui visent la relaxation, la concentration et l'équilibre entre les énergies de différents organes du corps.
[5]Chant prénatal: utilisation de la voix, à des fins de bien être, pendant la grossesse et l'accouchement.

c) Nombre de séances de PNP réalisées et de femmes dans les groupes

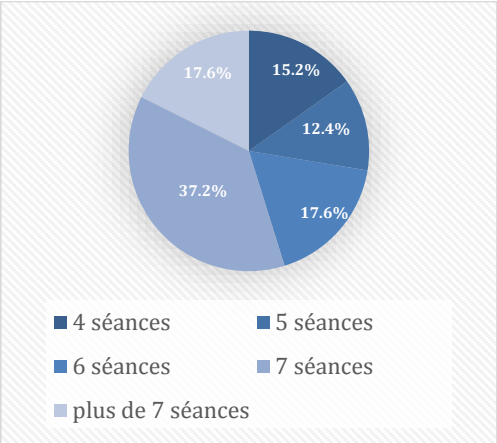

Figure 2a: Nombre de séances réalisées

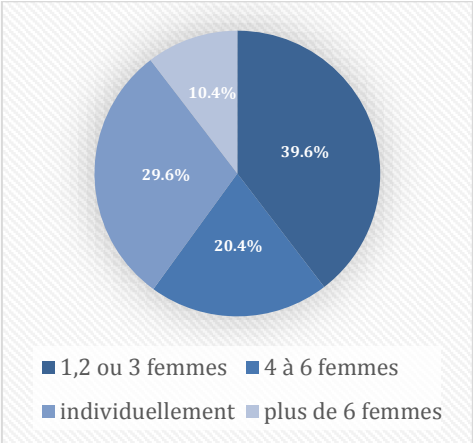

Figure 2b: Nombre de femmes par groupe

D'après les résultats illustrés dans la figure 2.a, dans la population étudiée, 37,2% des patientes ont effectué 7 séances de PNP et 17,6% en ont effectué plus de 7 donc un peu plus de la moitié (54,6%) des répondantes ont effectué 7 séances ou plus, et 45,2% en ont effectué moins de 7.

Concernant les résultats exposés dans la figure 2.b, concernant le nombre de femmes par groupe, on note que la majorité (69,2%) des patientes faisait partie de groupe de maximum 3 femmes, tandis que 30,8% des femmes ont effectué leur PNP dans des groupes de plus de 3 femmes allant parfois jusqu'à plus de 6 femmes par groupe (10,4%).

3. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

a) Proposition et réalisation

Tableau II: Evaluation du nombre de femmes ayant eu une proposition d'EPP et l'ayant réalisé.

	EPP effectué		
EPP proposé	Non	Oui	Total
Non	36,8%	0,4%	37,2%
Oui	13,2%	49,6%	62,8%
Total	50,0%	50,0%	100,0%

Ce tableau croisé de résultats montre que si l'EPP n'est pas proposé, les patientes ne le pratiquent pas. Sur nos 250 répondantes, la moitié ont réalisé l'entretien (125 patientes). Pour l'autre moitié, qui ne l'a pas effectué, il a été proposé pour seulement 13,2%.

Les résultats et pourcentages à venir concernent un effectif de 125 patientes, les patientes ayant accompli l'EPP (n=125).

b) Sage-femme et synthèse

Dans notre échantillon, pour 73,3% des patientes (n=125), l'EPP et la PNP ont été réalisés par la même sage-femme. Pour le reste de la population de l'étude, il s'agissait de deux professionnels différents. Un effectuant l'EPP l'autre réalisant les séances de PNP.

Concernant la synthèse écrite de l'EPP dans le dossier obstétrical qui suit la patiente tout au long de sa grossesse, 21,6% déclarent ne pas avoir eu de rapport écrit dans leur dossier concernant cet entretien. De plus, d'après les réponses aux questionnaires, on remarque que ce sont davantage les sages-femmes réalisant l'EPP et le suivi de la PNP qui ne rédigent pas leur synthèse dans le dossier ($p<0,01$), cependant il faut noter que 60,6% des professionnels n'assurant que l'EPP, et non la PNP qui le suit, n'écrivent pas de compte-rendu dans le dossier pour les autres intervenants. Le tableau III suivant résume ces résultats.

Tableau III: Réalisation d'une synthèse de l'EPP en fonction de la sage-femme

	Synthèse	
Même SF EPP/PNP	Non	Oui
Non	60,6%	39,4%
Oui	84,8%	15,2%
Total		21,6%

c) Période et durée de l'EPP

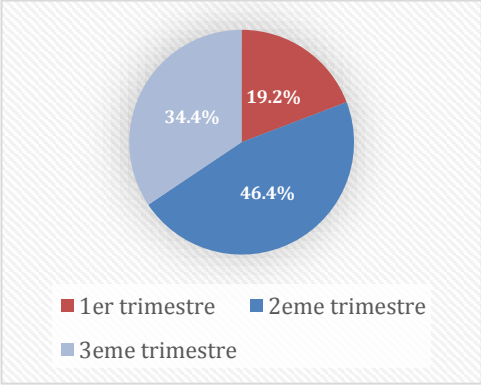

Figure 3a: Distribution de la période de réalisation de l'EPP.

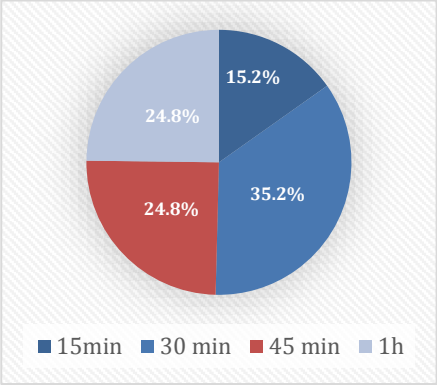

Figure 3b: Distribution de la durée de l'EPP.

D'après ces deux graphiques de résultats, on observe que 19,2% des patientes (figure 3a) ont réalisé leur EPP au 1er trimestre de la grossesse, ce qui correspond aux critères de qualité de la HAS (en rouge sur la figure). Concernant la durée de l'EPP (figure 3b), un peu moins de la moitié des patientes (49,6%) ont eu un entretien de 45 minutes ou plus.

d) Informations délivrées

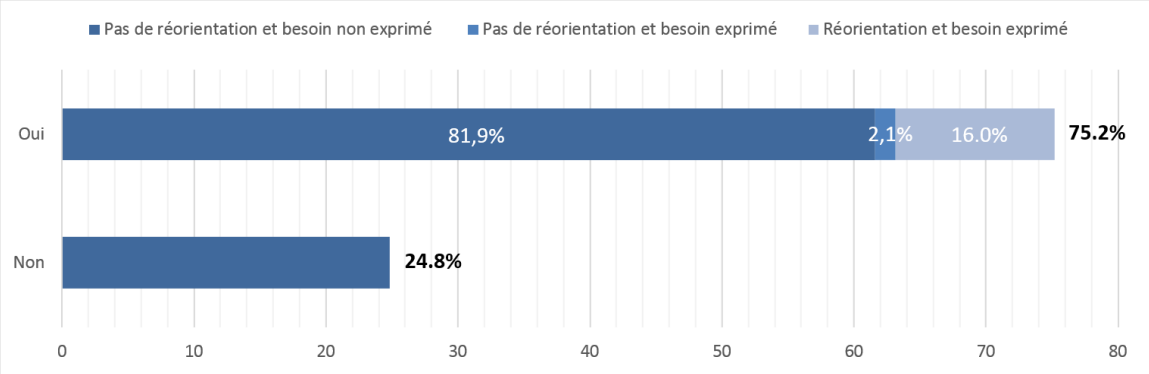

Figure 4: Répartition des réponses concernant la discussion sur les informations concernant les risques liés au mode de vie durant la grossesse et réorientation en cas de besoin.

D'après ce graphique, on constate que pour la majorité (75,2%) des patientes, les informations concernant les risques liés au mode de vie pendant la grossesse (alcool, tabac, hygiène et nutrition...) ont été abordées lors de l'EPP. Pour 24,8% d'entre elles, cela n'a pas été le cas.

En ce qui concerne la réorientation des femmes vers des spécialistes (tabacologue, diététicienne etc...) une grande majorité (81,9%) déclare qu'elle n'en aurait pas eu besoin malgré le fait qu'on ne leur ait pas proposé cette possibilité de réorientation. Cependant pour une faible partie de la population étudiée (2,1%) la réorientation vers des spécialistes aurait été nécessaire mais n'a pas été proposée. Et enfin 16% des patientes ont été redirigées vers des professionnels car elles en avaient besoin.

Pour l'échantillon étudié, lors de cet entretien, une information (orale ou par la remise de documents) concernant les services et professionnels de proximité dont les patientes peuvent se rapprocher en cas de difficulté, a été délivrée pour 63,2% des patientes. Pour 36,8% des femmes interrogées, aucune information à ce propos ne leur a été délivrée.

Enfin, on remarque que parmi les informations délivrées lors de l'EPP, moins de la moitié (48,8%) des patientes ont eu une présentation des différents types de programmes de PNP dans les environs.

e) Satisfaction des patientes

À propos de la satisfaction des patientes concernant l'EPP dont elles ont bénéficié, la presque totalité de l'échantillon est satisfaite (95,2%) et l'EPP a répondu à leurs questions et attentes. Pour une minorité (4,8%) qui correspond à 6 patientes sur les 125 interrogées pour cette partie, l'EPP n'a pas répondu à leurs besoins et elles restent insatisfaites.

On peut donc noter que les recommandations soient respectées ou non en ce qui concerne l'EPP, les patientes sont globalement satisfaites de celui-ci.

4. Les séances de PNP

a) Document de présentation

D'après les résultats du questionnaire on remarque que un tiers (33,6%) de la population concernée par l'étude (n=250) s'est vu remettre un document de présentation du programme de PNP choisi (comprenant les objectifs des séances, leur durée, leur fréquence, les techniques travaillées etc. ...). Le reste de l'échantillon (66,4%) n'a pas eu de document de présentation pour la PNP.

b) Adaptation des séances

Les trois quarts des femmes interrogées pour cette étude (75,2%) ont déclaré avoir eu une PNP adaptée à leurs besoins au cours des séances. Cependant, un quart d'entre elles (24,8%) a affirmé avoir eu un contenu peu flexible des séances et une PNP peu adaptée à leurs besoins.

c) Développement des compétences

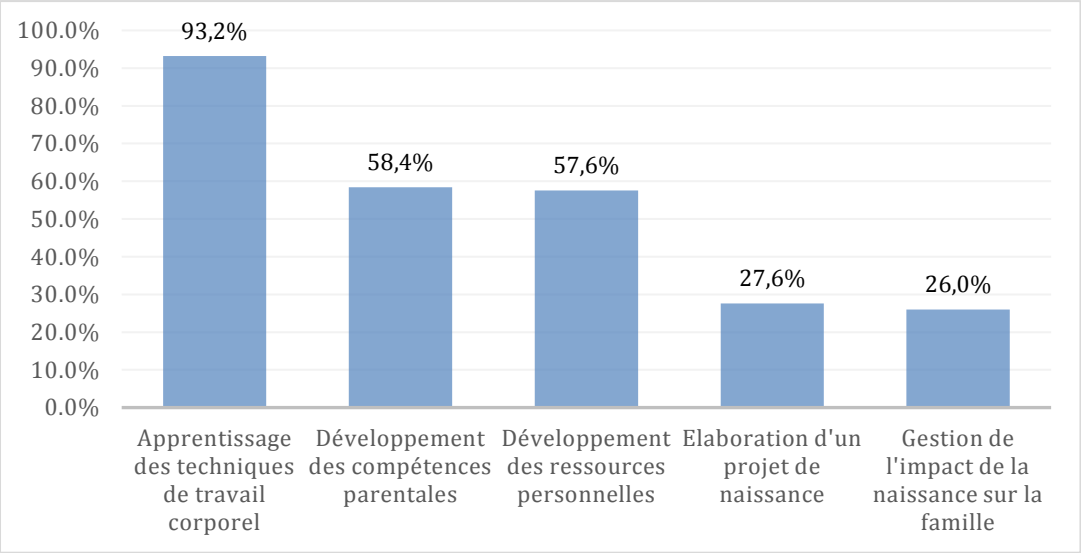

Figure 5: Répartition du développement des différentes compétences lors des séances de PNP.

Par ce graphique, qui traduit les résultats concernant le développement des différentes compétences lors des séances de PNP, on observe que la compétence la plus développée est l'apprentissage des techniques de travail corporel pour la majorité (93,2%). Ensuite, pour plus de la moitié des patientes, le développement des compétences parentales et des ressources

personnelles est abordé. Et enfin, un peu plus d'un quart élaborera un projet de naissance et apprendra à gérer l'impact de la naissance sur la famille.

d) Évaluation des séances

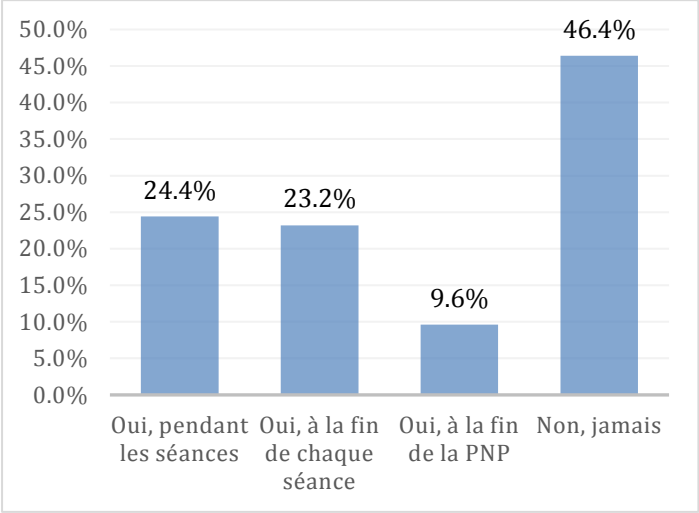

Figure 6: Distribution de l'évaluation des séances de PNP.

On remarque d'après ce graphique de résultats que pour 46,4% des femmes, soit presque la moitié d'entre elles, aucune évaluation n'a jamais été effectuée pour être certain que les informations transmises lors des cours de PNP ont bien été comprises et adaptées aux besoins de la patiente, que ce soit pendant, ou à la fin des séances prénatales.

De plus, on note que 61 femmes sur les 250 concernées soit 24,4% ont eu une évaluation pendant et à la fin des séances.

e) Sujets non abordés en PNP

A la question concernant les sujets qui n'ont pas été abordés et dont les patientes auraient souhaité discuter ou être mises au courant, 28 patientes (n=250) se sont manifestées. Parmi celles-ci, 6 auraient aimé approfondir leurs connaissances sur l'allaitement maternel et surtout être plus préparées aux difficultés de celui-ci. 3 d'entre elles manifestent un manque d'informations sur les besoins et la diversification alimentaire du nourrisson (rythme de tétés, nombre de biberons, type de lait, quantité, coliques etc...). 3 d'entre elles ignoraient totalement l'existence d'une baisse de moral, d'anxiété et de dépression du post-partum et auraient aimé en être informées avant d'y être confrontées. Pour 6 patientes, les connaissances sur les soins à prodiguer au nouveau-né n'étaient, d'après elles, pas suffisantes, concernant par exemple le bain, le portage ou encore la possibilité d'assister à des ateliers massages après la naissance. 4 des patientes interrogées signalent un manque d'informations sur les accouchements autre que

physiologiques comme par exemple la césarienne en urgence, les déclenchements, le passage en pré-travail avant d'arriver en salle de naissance, (aucune patiente n'a évoqué le manque d'information sur la possibilité d'une extraction instrumentale). Également 4 réponses ont concerné l'impact de la naissance sur le couple et la famille, notamment sur la reprise de la sexualité après l'accouchement ou encore la parentalité dans une famille recomposée. Et enfin, 2 patientes ont affirmé ne pas avoir eu connaissance de la possibilité de construire un projet de naissance.

5. Le séjour en maternité

a) Mise en place d'un soutien à la parentalité après la naissance de l'enfant

A la question: "Avez-vous senti une continuité entre les séances de PNP et l'accompagnement après l'accouchement ?" 8% des patientes ont répondu qu'il n'y avait aucune forme de cohésion entre la PNP et le service des suites de naissances. Pour une grande majorité, 73,6% des répondantes, il y a eu beaucoup de cohésion entre la PNP et le post partum direct, que ce soit dans les réponses aux questions, aux informations délivrées, à l'encouragement et au soutien de la part de l'équipe. Enfin 18,2% des femmes ont estimé avoir eu une forme de continuité entre le pré et le post partum mais trop peu selon leur opinion.

Concernant l'aide au soin dans le service de suites de naissances, 6 femmes (n=250) ont estimé ne pas avoir trouvé l'aide dont elles avaient besoin dans les soins, alimentation etc... avec leur nouveau-né. 3 des patientes interrogées (n=250) ont confié que l'on s'occupait de leur bébé à leur place et n'ont donc bénéficié d'aucun apprentissage ni d'aide à la découverte des fonctions parentales. 48 répondantes (soit 19% de l'échantillon) ont déclaré qu'elles savaient s'occuper de leurs bébés seules dès le début. Parmi celles-ci (n=48) 58% soit 28 patientes avaient déjà effectué une PNP antérieure et pour 41,7% soit 20 patientes il s'agissait d'une première PNP.

b) Informations délivrées en suites de naissances

D'après la traduction des résultats, moins de la moitié de l'échantillon, soit 45,6% (n=250) des patientes interrogées se sont vu proposer de continuer des séances de PNP à domicile. Ces séances servent à renforcer certaines compétences parentales notamment l'allaitement, les soins à l'enfant, la gestion des cycles de sommeil etc. ...

On note aussi qu'un peu plus de la moitié de l’échantillon soit 58,4% des répondantes ont bénéficié d'une remise d'informations avant le retour à la maison que ce soit

individuellement ou sous forme d'une réunion de conseil de sortie, concernant l'alimentation, les conseils de couchage, les besoins du nouveau-né, les situations nécessitant une consultation en urgence etc. ...

Enfin, une information sur les dispositifs de soutien aux alentours (coordonnées des services de PMI, service de soins à domicile, associations, écoute téléphonique et réponses aux questions sur l'allaitement) a été délivrée pour 76,8% de la population étudiée.

c) Réponses aux besoins et attentes

69,2% des patientes interrogées ont déclaré que la PNP qu'elles ont suivi a répondu à tous leurs besoins et attentes.

Pour 1,6% de l'échantillon, soit 4 patientes (n=250) la PNP n'a absolument pas répondu à leurs besoins et attentes.

Et enfin 29,2% des répondantes ont estimé qu'il manquait des informations et de l'apprentissage pour que leur PNP leur conviennent.

6. Évaluation globale

a) Satisfaction

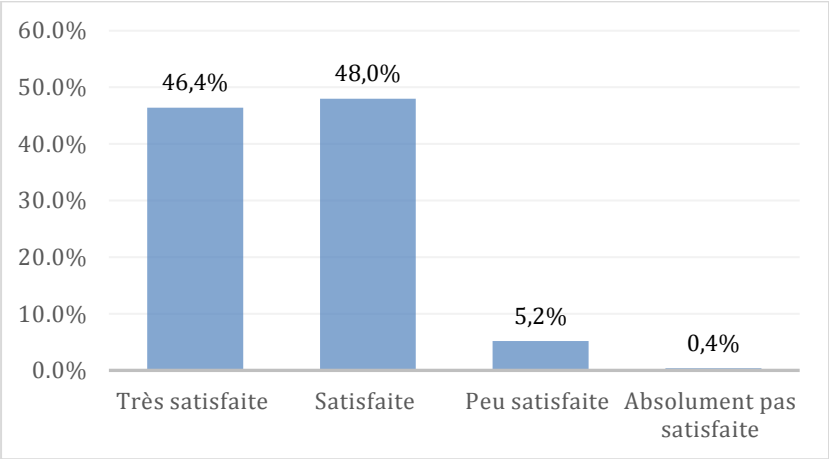

Figure 7a: Répartition de la satisfaction des patientes par rapport à leur PNP.

D'après le graphique ci-dessus, la presque totalité de l'échantillon, soit 94,4% des patientes, sont satisfaites ou très satisfaites de leur PNP.

5,2% des répondantes sont peu satisfaites de celle-ci. Et enfin une seule patiente (n=250) n'est absolument pas satisfaite de sa PNP.

b) Utilité

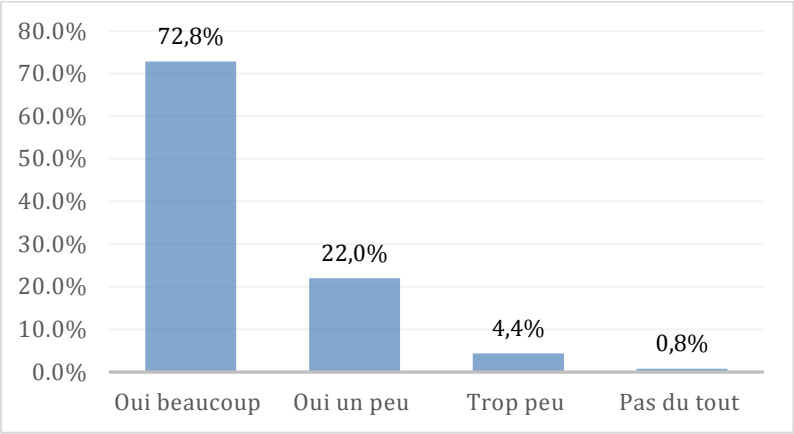

Figure 7b: Répartition de l'utilité de la PNP effectuée d'après les patientes.

D'après le graphique de résultats ci-dessus, une grande majorité de l'échantillon correspondant à 94,8% de la population étudiée a trouvé une certaine utilité dans les séances de PNP concernant la grossesse, l'accouchement, et l'accompagnement à la parentalité.

Pour 4,4% de la population soit 11 patientes (n=250) la PNP n'a été que trop peu utile.

Et enfin 2 patientes (n=250) ont estimé que la PNP dont elles avaient bénéficié n'a pas du tout été utile dans les différentes étapes de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité.

D'après les résultats aux questionnaires concernant la satisfaction et l'utilité, il a paru judicieux de faire un comparatif entre utilité et satisfaction en fonction du nombre de séances réalisées. On peut donc voir que les patientes non satisfaites de leur PNP ont réalisé en moyenne moins de séances (5,4+/-1,3 séances) que les femmes satisfaites (6,2+/-0,9) (p=0,03). La satisfaction et l'utilité étant colinéaires dans cette étude, on retrouve donc le même résultat concernant l'utilité de la PNP, les femmes ayant trouvé leur PNP insuffisamment utile ont réalisé moins de séances (5,4+/-0,2) que les femmes ayant trouvé la PNP utile (6,2+/-0,9) (p=0,03). Il s'avère que les femmes insatisfaites ont toutes, sauf une, déclaré avoir trouvé la PNP insuffisamment utile.

7. Conformité

a) Respect des critères de qualité de la HAS

Au total, aucune des patientes de l'échantillon n'a eu une PNP 100% conforme aux critères de qualité de la HAS.

Le graphique ci-dessous permet de dépister les facteurs qui ont posé problème de manière générale.

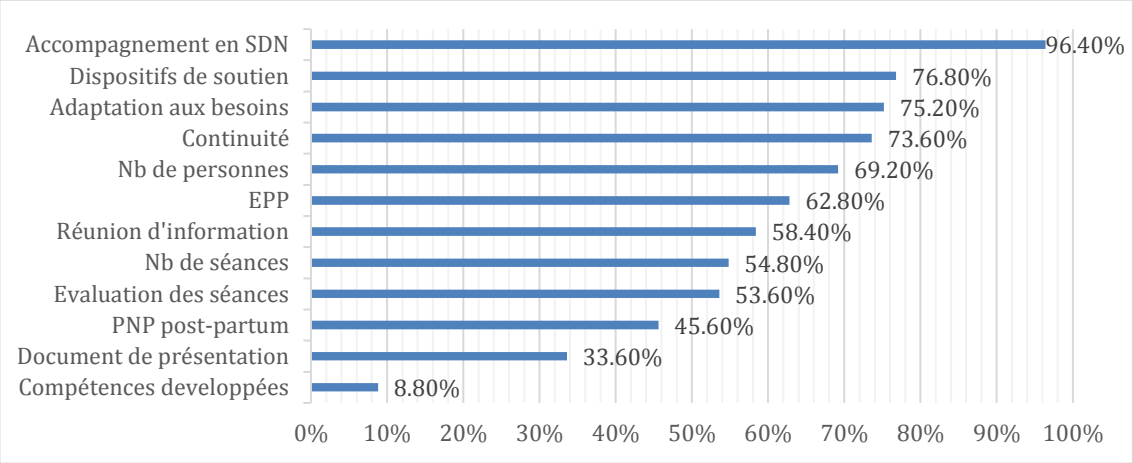

Figure 8: Distribution du respect des recommandations et critères de qualité de la HAS selon les réponses aux questionnaires

D'après le graphique ci-dessus, qui reprend de manière plus synthétique les grands critères de qualité de la HAS et quelques recommandations, on conclu que les critères de qualité les moins bien respectés lors d'une PNP dans cette étude concernent en priorité les compétences développées avec 8,80% de l'échantillon soit 22 patientes (n=250) seulement qui ont eu les 5 compétences (gestion de l'impact de la naissance sur la famille, élaboration d'un projet de naissance, apprentissage des techniques de travail corporel, développement des compétences parentales, développement des ressources personnelles) de développées lors des séances.

Vient ensuite le document de présentation des cours du type de PNP choisie, que 33,60% des femmes répondant à ce questionnaire ont reçu.

Enfin vient la proposition de continuer les séances de PNP en post-partum à la maison, où 45,60% des patientes ont eu la proposition de réaliser ces séances.

Les autres critères de qualité sont respectés pour plus de la moitié de la population à chaque fois avec notamment un accompagnement en suites de couches qui se fait dans la continuité de la PNP pour 96,40% des répondantes.

b) Hospitalier vs libéral

Tableau IV: Respect des critères de qualité de la HAS en fonction du lieu où la PNP est réalisée.

	Global	Hospitalier	Libéral	p
Compétences développées	8,80%	7,0%	9,4%	0,78
Document de présentation	33,60%	36,8%	32,8%	0,63
PNP post-partum	45,60%	33,3%	49,5%	0,03
Evaluation des séances	53,60%	49,1%	55,2%	0,45
Nb de séances	54,80%	43,9%	58,3%	0,02
Réunion d'information	58,40%	57,9%	58,9%	0,99
EPP	62,80%	54,4%	65,1%	0,16
Nb de personnes	69,20%	24,6%	82,3%	< 0.001
Continuité	73,60%	71,9%	74,0%	0,74
Adaptation aux besoins	75,20%	71,9%	76,0%	0,6
Dispositifs de soutien	76,80%	71,9%	78,1%	0,37
Accompagnement en SDN	96,40%	93,0%	97,4%	0,22

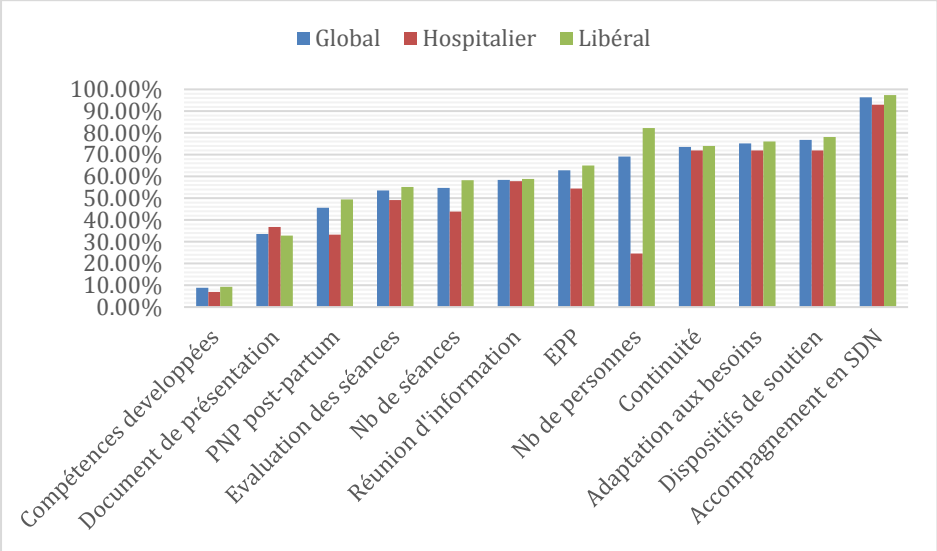

Figure 9: Respect des critères de qualité de la HAS en fonction du lieu où la PNP est réalisée.

D'après le tableau ci-dessus (tableau III), donnant des pourcentages du respect des critères de qualité de la HAS tout lieu confondu ainsi qu'en fonction des lieux de pratique de la PNP, on remarque que le nombre de personnes par groupe de PNP est significativement différent entre une PNP effectuée dans le milieu hospitalier et celle effectuée en libéral ($p<0,05$ témoigne d'une différence significative.).

De plus, d'après le graphique ci-dessus (figure 9) on note que de manière générale, la PNP est plus conforme aux critères de qualité de la HAS dans le milieu libéral plutôt qu'hospitalier sauf pour le document de présentation de la PNP qui est plus utilisé en hospitalier qu'en libéral.

IV. Discussion

1. Analyse des résultats

a) Caractéristique de la PNP effectuée par la population étudiée

Dans notre échantillon, plus des deux tiers des patientes ont répondu au questionnaire après avoir effectué une PNP pour la première fois. Nous ne savons pas pour autant si il s'agit d'une première grossesse ou non car ceci n'a pas été demandé. Cela signifie que la majorité de l'échantillon n'avait pas matière à comparer cette PNP avec une autre effectuée antérieurement. Notons aussi que dans les données de la littérature, 72,9% de primipares réalisent une PNP contre 28,4% de multipares [9,10].

La présence ou non d'une PNP antérieure a donc pu influencer les femmes dans leur réponses aux questionnaires. Une patiente interrogée a d'ailleurs confié dans l'encadré réservé à l'expression personnelle en fin de questionnaire que "*lorsqu'il s'agit d'une deuxième préparation, la pratique (position, exercice de respiration etc. ...) prime sur le côté théorique car on sait déjà comment les choses vont se dérouler, quelles sont les situations d'urgences. Mais les rappels sont les bienvenus*."

Concernant le lieu dans lequel se sont déroulées les séances, nous pouvons conclure d'après les résultats qu'il s'agit en majorité du milieu libéral. Ceci vient appuyer ce que l'on sait de la distribution des sages-femmes proposant une PNP dans le milieu libéral et hospitalier. En effet d'après une enquête de l'Observatoire National Des Professions de Santé (ONDPS) et l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) 86% des sages-femmes libérales pratiquent la PNP dont 12,9% à domicile et 46% des sages-femmes en établissement hospitalier la pratiquent [14]. Ce qui explique donc cette proportion plus élevée de femmes effectuant leur PNP dans le milieu libéral. Une patiente témoigne dans son questionnaire: "*C'est mieux de se préparer dans la maternité où l'on va accoucher ou alors avec une sage-femme libérale qui connaît bien les maternités aux alentours*."

Les sept types de PNP, classique, sophrologie, yoga, piscine, qi gong, et chant prénatal proposés dans le questionnaire ont été cochés. La PNP classique est celle la plus effectuée dans notre échantillon mais ceci est également vrai pour la population générale [15-17].

Notre étude a montré que quel que soit le type de PNP, les recommandations ne sont jamais à 100% respectées. De plus, aucun type de PNP n'a jamais été évalué pour son bénéfice par rapport à un autre [15,18]. Les différents types de PNP correspondent à différentes

approches et différents contenus, cependant les grands axes des recommandations doivent y être retrouvés. Notre étude s'intéresse principalement à la "forme" de la PNP, on parle ici de la proposition de l'EPP, des suites de naissances dans la continuité de la préparation ... mais tout de même aussi un peu au "fond" de celle-ci, avec l'adaptation des séances aux besoins de la femme. Le type de PNP choisi va donc peu influencer le respect des critères de qualité.

A propos du nombre de séances réalisées, dans le plan périnatalité 2005-2007, dans les recommandations de la HAS mais aussi dans le code de la santé publique, un minimum de sept séances de PNP remboursées par la sécurité sociale sans prendre en compte l'EPP sont conseillées. [4, 5, 19]. Grâce aux résultats de notre étude, nous avons pu montrer que ce n'est pas toujours le cas (pour 45,2% de notre échantillon moins de sept séances ont été effectuées). Une enquête périnatale a d'ailleurs montré que le nombre de séances suivies était inférieur à six pour 45,5% des primipares, laissant supposer un début tardif des séances qui perdraient alors un intérêt pour la prévention et l'aide apportée [20]. On peut donc se demander si le nombre de séances inférieur à sept a été instauré ainsi au début de la préparation ou si les femmes ont arrêté de suivre les cours par choix ou encore comme dit précédemment si l'organisation des séances a fait que la femme a accouché avant, ne pouvant donc pas suivre les cours jusqu'au bout. Dans les déclarations des femmes sur les questionnaires distribués on lisait notamment: "*J'ai accouché avant la fin des cours de préparation, il aurait été mieux de commencer plus tôt car ma dernière séance se situait la veille de mon terme*." ou encore "*ma sage-femme annulait ses rendez-vous de préparation sans les reporter, j'ai ressenti un gros manque d'implication de sa part et je n'ai donc pas eu l'ensemble du programme de PNP réalisé*."

Le nombre de femmes présentes dans les groupes de préparation à la naissance a en revanche été évalué. En effet, d'après les résultats de notre étude, plus de la moitié des répondantes (69,2%) se sont retrouvées dans des groupes de trois ou moins. Il est logique de penser que plus le groupe est petit, plus la préparation va être basée sur les besoins spécifiques de la patiente et adaptée à ce qu'elle veut et recherche [21,22]. Mais les femmes confient aussi souvent le besoin de partager avec d'autres femmes enceintes [18], dans ce cas là, un groupe plus nombreux peut être bénéfique pour elles (dans notre étude il y avait plus de six patientes par groupe pour 10,4% des répondantes). Tout dépend donc, encore une fois, de ce qu'elles recherchent. Cependant même si les recommandations n'ont pas statué sur un nombre spécifique de femmes, elles insistent bien sur une préparation adaptée à chaque femme, ce qui explique l'aspect législatif du nombre de femmes par groupe qui ne peut dépasser six juridiquement [23]. Concernant le caractère individuel des séances, ce qui fut le cas pour presque 30% de notre échantillon, il est souvent réservé aux femmes en situation de vulnérabilité, surtout concernant les séances du post-partum [19,24], pourtant aujourd'hui, des sages-femmes, principalement en libéral, proposent des séances individuelles. Il est aussi important de noter que le type de PNP

va jouer sur le nombre de femmes. En effet, l'haptonomie par exemple, se pratique avec le couple et lui seul. Parmi les séances en individuel, on retrouve aussi les patientes ayant eu une PNP à domicile par une sage-femme de la PMI ce qui confirme ce caractère de vulnérabilité dans certains cas de séances individuelles. A propos du nombre de femmes par groupe, une patiente interrogée a déclaré dans un questionnaire : "*Ces cours sont primordiaux, ils permettent de mieux se connaître, de se projeter avant, pendant et après l'accouchement, d'échanger ses expériences, de rencontrer d'autres futures mamans, de se soutenir face aux tracasseries de la grossesse, d'atténuer les craintes ensemble."*

b) L'entretien prénatal précoce

D'après les recommandations de la HAS ainsi que les critères de qualité mis en place secondairement [5,12], l'entretien prénatal précoce doit être systématiquement proposé à toute femme enceinte. Celle-ci décide ensuite de le réaliser ou non. Dans notre échantillon, ce dernier n'a pas été systématiquement proposé. Et on peut remarquer que si il n'est pas proposé, les femmes ne le réalisent pas. Par ailleurs, si l'EPP est proposé, les femmes le réalisent dans 80% des cas. Il parait donc indispensable de parler de cet entretien. De plus, dans les critères de qualité mis en place par la HAS, on en retrouve 15 sur les 23 nécessaires pour cette étude (développés en introduction) qui se réfèrent directement à l'EPP ce qui laisse entrevoir son importance. L'EPP parait primordial pour une PNP bien effectuée derrière. Dans cette étude, nous avons volontairement sélectionné les femmes ayant réalisé une PNP. Il est ici important de préciser que même si l'EPP est considéré comme la première des huit séances de PNP [5], il doit être proposé à toutes les femmes, même celles ne désirant pas participer à des séances de préparation. En cas de PNP par la suite, il permettra d'adapter les séances, mais si la femme ne souhaite pas suivre de cours après, il permet également un temps d'échange, de réponses aux questions et de dépistage de facteurs de vulnérabilité. On peut alors s'interroger, sur les 36,8% d'EPP non proposés/non réalisés, combien l'auraient réalisé si elles savaient en quoi cela consistait et qu'il était possible d'en avoir un ? Une enquête réalisée en 2012 sur la prévalence de l'entretien prénatal précoce en France [25] a montré que 40,3% des femmes enceintes le réalisaient, pour 13,2% des femmes, il était proposé et refusé, et pour 33,8% il n'était ni proposé, ni réalisé. Ces chiffres sont tout à fait cohérents avec les nôtres. Tout comme notre étude, ceci montre que la prévalence de l'EPP en France est en progression mais reste encore faible et doit être améliorée. Il serait judicieux de renforcer l'information des femmes enceintes sur la nature et les objectifs de cet entretien, qu'il s'agisse d'une première grossesse ou non. Il faudrait également insister auprès des professionnels pour proposer systématiquement cet entretien qui peut être appréhendé soit comme une action de dépistage avec orientation à envisager, soit déjà comme un début de la prise en charge. (*Critères de qualité 1,2 et 3*).

Cet entretien est le commencement d'une PNP bien mise en œuvre, mais pour cela les transmissions sont nécessaires d'autant plus si il ne s'agit pas du même professionnel effectuant l'EPP et la PNP. Repérer les vulnérabilités chez la femme est une chose, mais agir pour améliorer sa prise en charge en est une autre. C'est pour cela que la synthèse dans le dossier reste indispensable. Plus de la moitié des femmes de cette étude déclarent ne pas avoir eu de résumé de cet entretien dans leur dossier alors qu'il s'agissait de deux sages-femmes différentes. Il est donc important de rappeler la nécessité de ce compte-rendu écrit en cohérence avec le souhait de la patiente pour assurer une continuité dans les soins et également pour permettre un meilleur suivi du projet de naissance. Une des patientes interrogées a déclaré dans son questionnaire: "*on sent que l'information relative au dossier médical, antécédents mais aussi souhaits et attentes, circule entre les différents services et les différents professionnels et c'est très rassurant*." Ce qui va dans le sens de la nécessité de synthèses écrites et transmissibles qui, rappelons-le, est un des critères de la HAS pour une PNP bien menée [12]. (*Critères de qualité 7 et 8*).

Concernant la période de l'EPP, comme le recommande la HAS, il est judicieux de le réaliser au plus tôt dans la grossesse, pour avoir le temps de dépister, mais aussi de mettre en place un suivi adapté. Cependant, comme nous le montre notre étude, il est plus souvent réalisé aux alentours du second trimestre. Il serait intéressant de sensibiliser les professionnels et organismes au contact des femmes enceintes dans le tout début de la grossesse (médecin déclarant la grossesse, documents envoyés par la sécurité sociale) pour les informer sur la possibilité de réaliser cet entretien et avec qui (rappelons que seul la sage-femme ou un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel il appartient peut réaliser cet entretien [26].)

A propos de la durée de cet échange, il doit être de 45 minutes minimum, le temps de balayer avec la femme ses souhaits et attentes tout en répondant aux questions et en dépistant les facteurs de fragilité de celle-ci et enfin de coordonner un suivi. Il doit évidemment s'agir d'un temps dédié à cela, et donc ne pas avoir lieu lors d'une consultation prénatale. (*Critères de qualité 4 et 5*).

Enfin, on peut s'intéresser au contenu de cet entretien et aux informations qui y sont délivrées. La HAS a mis en place, afin d'aider les professionnels, un exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple [5]. De plus, des ouvrages ont été rédigés et orientés pour les professionnels pratiquant ce dernier [27]. L'EPP est aussi l'occasion de transmettre un certain nombre d'informations, notamment sur les risques liés au mode de vie, mais aussi sur l'offre de soins à proximité. Dans notre étude, nous avons pu voir qu'une réorientation était possible vers d'autres spécialistes si besoin. Une très faible minorité a

exprimé ce manque de réorientation alors qu'elle en aurait eu besoin. Ceci vient donc appuyer l'importance de cet entretien car les femmes ayant besoin d'aide sont le plus souvent renvoyées vers des professionnels pouvant les aider. De même les offres de soins à proximité sont dans la majorité des cas renseignées. (*Critères de qualité 9,10,11*).

Et enfin comme dit précédemment, cette entrevue va également permettre d'organiser la suite de la préparation selon les souhaits de la patiente pour que celle-ci soit le plus adaptée possible à ses souhaits et attentes. (*Critères de qualité 12,13,14*). Cependant cette étude a montré que la présentation des offres de PNP à proximité concerne moins de la moitié de l'échantillon. Il paraît donc important de rappeler que l'EPP est un outil pour dépister les facteurs de fragilité et réorienter en cas de besoin certes, mais il ne faut pas oublier qu'il est la base de la préparation à la naissance et qu'il faut donc également aborder ce sujet lors de celui-ci.

Pour finir, le critère 15 des critères de qualité de la HAS nous apprend la nécessité d'une construction avec la femme enceinte ou le couple des réponses appropriées à leurs besoins d'aide et d'accompagnement, cette étude a pu montrer que la presque totalité de l'échantillon est satisfaite de cet entretien et qu'il a répondu aux questions et attentes. Ce qui vient, encore une fois appuyer l'importance de celui-ci. (*Critère de qualité 15*).

c) Les séances de PNP

Les critères de qualité de la HAS concernant les séances de PNP sont moins nombreux que ceux concernant l'EPP [12]. Cependant il reste important d'en discuter.

Parmi ceux-ci, on retrouve la nécessité de distribuer un document de présentation sur les grandes lignes du programme de la PNP choisie. Pour plus de la moitié de l'échantillon de notre étude, cela ne fut pas le cas. On peut s'interroger sur l'utilité de ce document sachant que les séances sont censées s'adapter aux patientes. Cependant des grands thèmes restent primordiaux à aborder lors des séances et ce document peut éviter de trop s'éloigner de la trame du type de PNP choisie, et permettre de donner un certain rythme à celle-ci. (*Critère de qualité 16*).

Rappelons ensuite que la base d'une PNP bien réalisée, selon la HAS, comme nous l'avons souvent répété dans cette étude, est l'adaptation des séances aux besoins et aux attentes de la femme.

Dans notre étude, ce fut le cas pour les trois quarts de l'échantillon. Les autres ont considéré que le contenu était trop peu flexible. Ceci reprend ce que nous disions dans le paragraphe précédent avec le document de présentation qui pourrait parfois faire entrevoir une préparation trop rigide. Le tout est d'apporter à la femme ce qu'elle recherche dans ces séances.

Les recommandations de la HAS mises en place en 2005 [5], desquelles sont issus les critères de qualité [12] nous apprennent que les contenus essentiels à aborder lors des séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés aux besoins éducatifs identifiés lors de l'EPP; aux besoins différents des femmes selon qu'il s'agisse d'une première grossesse ou non, d'une grossesse multiple, ou d'une grossesse précoce (adolescente); à chaque stade de la grossesse; et aux moments où sont proposées les séances. Si la femme n'émet aucun besoin particulier, une trame de PNP classique pourra alors être effectuée, sinon la priorité sera de répondre à ses besoins et attentes. (*Critère de qualité 17*).

Le développement des compétences dans les critères de qualité de la HAS concerne:

- l'apprentissage des techniques de travail corporel (technique de respiration, apprentissage des postures), abordé pour 93,2% de notre échantillon.
- le développement des compétences parentales (alimentation du nouveau-né, informations diverses sur le développement de l'enfant ...) abordé pour 58,4% de notre échantillon.
- le développement des ressources personnelles (savoir où et quand consulter, maîtrise du stress, connaissance des droits de la femme enceinte...) abordé pour 57,6% de notre échantillon.
- l'élaboration d'un projet de naissance réalisé pour 27,6% de notre échantillon.
- la gestion de l'impact de la naissance sur la famille (dans le couple, la fratrie), abordé pour 26% de notre échantillon.

Les recommandations précisent que ce critère est respecté et que la PNP peut être considérée comme bien faite si au moins une des compétences précédentes est abordée. On remarque que la plus développée est celle sur l'apprentissage des techniques de travail corporel. On peut supposer qu'elle est abordée dans tous les types de PNP ce qui explique qu'elle soit la plus traitée.

Les recommandations de la HAS développent en tout 8 compétences avec des objectifs spécifiques pour chacune d'entre elles concernant le contenu des séances de PNP. Le tableau qui les résume dans le document de la HAS [5] peut servir de guide aux professionnels de la PNP pour la nature de ces séances. Elles mettent également en place des exemples de techniques éducatives à utiliser lors des séances. Nous ne développerons pas davantage celles-ci dans cette étude qui se base principalement sur les critères de qualité de la HAS et dont les 5 compétences développées précédemment en font, pour leur part, partie. (*Critère de qualité 17*).

Les critères de qualité de la HAS mettent également en évidence la nécessité "d'évaluer" les séances de PNP [12]. Au moins à la fin des séances et si possible également pendant les séances. Ceci permet de modifier l'orientation des cours de préparation si ils ne conviennent pas à la femme enceinte. Cette évaluation parait indispensable pour que le professionnel sache si les cours sont bénéfiques pour les patientes, et de remodeler la présentation ou les thématiques en cas de besoin. Pourtant, pour presque la moitié de notre échantillon, aucune évaluation n'a été

réalisée, que ce soit pendant ou après les cours, au moment clé des étapes de la PNP. Il paraît judicieux d'insister sur l'importance de la communication entre la patiente et le professionnel de santé qui accompagne la femme ou le couple. Elle permet également de pallier au paternalisme médical et d'être plutôt dans une situation d'échange, nécessaire au bien être de la femme, dans la période de fragilité qu'est la grossesse. (*Critère de qualité 18 et 19*). Une patiente a déclaré dans le questionnaire à ce sujet: "*la sage-femme nous a demandé ce qui nous manquait aux deux femmes présentes ainsi qu'à moi lors du cours de PNP, et grâce à ça des prises de notes ont été organisées pour avoir un support récapitulatif des séances, c'était très appréciable.*"

Enfin pour les sujets non abordés dont les femmes auraient souhaité parler, 28 femmes se sont manifestées avec sept grandes thématiques: l'allaitement maternel, l'alimentation du nouveau-né, le baby blues, les soins de nouveau-né, l'accouchement autre que physiologique, impact de la naissance sur le couple et la famille et enfin le projet de naissance.

Il est alors intéressant de rappeler que les recommandations ainsi que les critères de qualité que la HAS ont mis en place une série de compétences à aborder en cours de préparation et que ces sujets en font, pour la plupart partie. Bien qu'aucun de ces sujets ne soit indispensable à aborder, cette constatation permet tout de même de montrer que la HAS a mis le doigt sur des compétences fondamentales à traiter qui, lorsqu'elles sont négligées, constituent un manque dans la préparation de certaines femmes d'après elles.

De plus, ces sujets dont les professionnels de la PNP ont trop peu parlé concernent majoritairement le post-partum. Il est intéressant de rappeler que la notion de "parentalité" n'a été rajoutée que plus tard, en effet avant on ne parlait pas de PNP mais de préparation psychoprophylactique (PPO) [13]. La PNP serait alors peut-être encore trop concentrée sur la grossesse et l'accouchement et pas assez sur l'après.

d) Le séjour en maternité

Pour rebondir sur ce qui a été dit précédemment, il est important de rappeler que la PNP ne concerne pas seulement la grossesse et l'accouchement mais également les suites de la naissance. Dans le service des suites de couches, la mise en place d'un soutien à la parentalité après la naissance d'un enfant paraît donc primordiale dans la continuité de la PNP mais également si la femme n'a pas suivi de cours de préparation. Nous nous intéressons ici aux patientes ayant effectué une PNP.

La majorité de l'échantillon de femmes de cette étude déclare qu'il y a eu une forme de continuité entre les séances et le post-partum. C'est à dire que ce qu'elles ont appris et découvert lors des séances a été confirmé et mis en pratique lors du séjour en suites de naissances. Par exemple, un sujet comme l'allaitement qui peut être abordé dans les séances de PNP, va être mis en pratique [28]. La femme aura déjà des connaissances et des outils à mettre en œuvre, le sujet

aura déjà été abordé avec elle, et l'équipe sera présente pour l'aider et l'accompagner. Ceci n'est qu'un exemple parmi tant d'autres mais c'est en ce sens que l'on parle de continuité entre les séances de PNP et le séjour en maternité. Pourtant, pour certaines femmes, cela n'a pas été le cas, une patiente a déclaré dans son questionnaire: "*J'ai reçu très peu d'aide et je me suis sentie abandonnée dans le service de suites de naissances pendant les nuits principalement."* Une autre signalait: "*Je me suis sentie très encadrée pendant mes séances de préparation, pourtant quand je suis arrivée tant aux urgences qu'à la maternité je me suis sentie seule et l'impression de déranger lorsque je posais des questions."* Il est donc indispensable d'apporter un soutien à la femme après la naissance de son enfant car elle se trouve toujours, si ce n'est plus, dans une situation de vulnérabilité [29]. Rappelons que l'EPP prend alors toute son importance pour le dépistage et la prévention des fragilités de la femme et du couple. De plus, il ne faut pas supposer que le couple est déjà autonome, mais l'accompagner dans ses actions et ce nouveau rôle de parents, répondre aux questions et les rassurer tout en mettant en avant leurs compétences ainsi que celles de leur enfant, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un premier bébé. (*Critère de qualité 20).*

Quant à l'aide apportée en suites de naissances, la majorité des répondantes ont déclaré s'être occupées elles-mêmes de leur enfant avec un soutien et de l'aide de la part de l'équipe. Ce qui va dans la continuité de ce qui a été dit précédemment. En effet la HAS prône un accompagnement de l'autonomie dans les pratiques parentales pour préparer le retour à domicile. Pourtant, pour une minorité (6 femmes) il n'y a eu, d'après elles, aucune forme d'aide que ce soit, et pour 3 femmes, l'équipe soignante s'occupait du nouveau-né à la place du couple. Il n'y a alors pas d'apprentissage ni d'aide à la découverte des fonctions parentales dans ces cas là. Les couples peuvent alors se sentir démunis lors du retour à domicile et ceci pourra également, dans certains cas, altérer la création du lien parent-enfant [30]. Il est alors essentiel de rappeler l'importance de l'accompagnement des couples en suites de naissances pour éviter toutes situations pouvant présenter un risque lors du retour à domicile, dû à des méconnaissances notamment. (*Critère de qualité 21*). La HAS rappelle qu'il ne s'agit pas de "faire à la place" des couples mais de leur apprendre pour introduire l'autonomie parentale. Elle a également développé dans son document regroupant les recommandations [5] des exemples d'actions de soutien à la parentalité pour guider les professionnels. Parmi ces exemples, on trouve notamment : Respecter l'intimité parents-enfants dans les premières heures qui suivent la naissance; donner l'occasion à la femme de s'occuper de son bébé le plus souvent possible; etc...

Le séjour à la maternité permet également de délivrer certaines informations.

D'après la HAS, il doit être demandé à la femme si elle souhaite poursuivre des séances de PNP lors de son retour à domicile. En effet, il est parfois nécessaire de poursuivre la PNP par un contenu ciblé à domicile avec un accompagnement spécifique si le couple le désire. Deux séances postnatales sont possibles. Elles sont prises en charge à 100% si elles sont réalisées

avant le douzième jour suivant l'accouchement [18]. Pourtant, moins de la moitié de l'échantillon s'est vu proposer cette possibilité. La question se pose de savoir si les professionnels de la périnatalité sont au courant de cette éventualité qui fait pourtant partie des recommandations. Ceci devrait être proposé à toutes les femmes lors des conseils de sortie par exemple afin d'assurer une continuité dans l'apprentissage des fonctions parentales et éviter le sentiment d'abandon des couples lors du retour à domicile. Dans le cadre des sorties précoces aujourd'hui très pratiquées [31], une sage-femme passe à domicile après la sortie de la maternité. Celle-ci peut également poser la question et compléter l'accompagnement si besoin. (*Critère de qualité 22*).

Les recommandations de la HAS ainsi que les critères de qualité spécifient que, avant la sortie de la maternité, il faut qu'il y ait des informations ou des mises en relation avec des dispositifs de soutien et d'aide auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoin. Dans les résultats de nos questionnaires, 58,4% des répondantes ont déclaré avoir eu une réunion d'informations individuelle ou en groupe sur le retour à la maison. Cette réunion parait indispensable pour rappeler des consignes et donner des outils avant de quitter la maternité et ainsi éviter des situations à risques, comme dit précédemment. De plus, 76,8% ont eu connaissances des dispositifs de soutien à contacter en cas de besoin. Une enquête de périnatalité de 2012 [26] a mis en évidence que le rôle des différents acteurs, que cela soit de la PMI, des sages-femmes, des médecins généralistes ou des pédiatres, paraît essentiel lors du retour au domicile. Cette aide et ce suivi sont particulièrement appréciés. Il semble, néanmoins, qu'il y ait parfois une information insuffisante des femmes quant à l'aide qu'elles peuvent trouver auprès de ces professionnels ou structures comme en témoignent nos résultats. Une fois encore, il semble exister une marge d'amélioration quant à la diffusion de cette information auprès des futures mères.

Des organismes autres que la HAS tel que l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) participe également à cet encadrement lors du retour à la maison. En effet, elle a mis au point un livret contenant notamment les dispositifs de soutien à contacter lors du retour à la maison. Ce livret est disponible dans certaines des maternités de notre étude [32]. (*Critère de qualité 23*). De plus, notre étude ayant été menée dans le NPDC, il parait également pertinent de parler du site internet du département du Nord qui consacre une rubrique "Engagement Solidarité" sur l'enfance et la famille. Dans cette rubrique, on peut trouver des liens pour la prévention des risques domestiques, les services de PMI, les conseillères en lactation et les aides sociales disponibles [33]. Certaines des maternités concernées par l'étude distribuent leurs brochures en suites de naissances.

Enfin, concernant la PNP et la réponse aux besoins et attentes, la grande majorité de l'échantillon estime que la PNP suivie était complète à ce niveau là. Seulement 4 patientes sur les 250 ne sont pas satisfaites et une minorité n'a pas vu tous ses besoins et attentes respectés.

Ce constat nous permet d'estimer que si la PNP a répondu aux besoins et attentes de la femme, alors c'est une PNP bien faite selon les critères de la HAS car rappelons que l'adaptation aux besoins est la base des recommandations. Pour les patientes insatisfaites, nous possédons déjà une piste sur les sujets qui n'ont pas été abordés et dont elles auraient aimé parler, que nous avons évoqué dans un paragraphe précédent.

e) Satisfaction et utilité

Nous avons également interrogé les patientes sur leur satisfaction vis à vis de leur préparation et l'utilité qu'elles y ont trouvé. La quasi totalité de l'échantillon déclare être satisfait et les trois quarts l'on trouvé utile. Pourtant, aucune des femmes de notre échantillon n'a eu une PNP 100% conforme aux recommandations, même si dans la grosse majorité des cas (cf figure 8) les critères de qualité ont été respectés pour plus de la moitié de l'échantillon. On peut alors considérer qu'à partir du moment où la femme et le couple en ressort satisfait avec les connaissances nécessaires pour se sentir prêt à gérer la grossesse, l'accouchement et les débuts de la parentalité, c'est que la PNP a été correctement effectuée même si tous les points n'ont pas été abordés. Cependant, lorsque l'on compare la satisfaction et l'utilité avec le nombre de séances réalisées, on se rend compte que les patientes les moins satisfaites et qui ont trouvé la PNP peu utile (ce qui correspond, rappelons le, aux mêmes patientes exceptée une) sont celles qui ont effectué le moins de séances. Il paraît alors important d'insister sur la réalisation de toutes les séances pour profiter du bénéfice complet de la PNP.

La satisfaction et l'utilité en fonction du nombre de séances paraissait être un point pertinent à explorer. En effet en bénéficiant de moins de séances, moins de sujets sont abordés et moins de connaissances sont apportées. Le nombre de séances est ce qui aura donc le plus d'influence sur le contenu, plutôt que le milieu dans lequel la PNP a été effectué ou encore le type de PNP ou le nombre de femmes présentes.

Nous n'insisterons pas sur le coté satisfaction et utilité, qui a déjà été traité dans de nombreuses études [15, 16, 17, 34], et qui n'est pas le sujet de la nôtre mais il paraissait intéressant d'introduire un comparatif entre respect des recommandations et satisfaction/utilité.

f) Conformité

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la conformité de la PNP aux recommandations de la HAS, ceci en se basant sur les critères de qualité publiés en 2007 [12].

La figure 8 qui figure dans la partie résultats résume le respect des critères de qualité par des pourcentages en fonction de ce qui a été récolté dans les questionnaires. Tous les critères de qualité de 16 à 23 y sont retrouvé et également le premier critère de qualité qui concerne la proposition d'un EPP. Les critères de qualité 2 à 15 concernant spécifiquement l'EPP n'y sont pas retrouvés car c'est la proposition même de l'EPP qui est importante. Il est ensuite libre à la

femme et au couple de décider de le réaliser ou non. En plus des critères de qualité, on retrouve deux grandes recommandations qui sont le nombre de personnes par groupe de PNP, et le nombre de séances proposées. Il paraissait intéressant de s'y pencher, ceci pouvant avoir un impact sur la PNP.

Les résultats traduits dans la figure 8 nous permettent de dire que tous les critères de qualité sont respectés pour plus de la majorité de l'échantillon sauf les critères suivant :

- Le critère 17: Adaptation des thèmes développés au cours des séances de PNP aux besoins et aux attentes des femmes. En effet même si les cinq compétences dont nous avons parlé ne sont pas obligatoires à aborder, il s'agit du contenu à proposer de base [12].
- Le critère 16: Description du programme de PNP dans un document de référence. Tout en insistant sur le fait que ce document peut être modifié en fonction des besoins et attentes de la femme vu lors de l'EPP, si il y en a eu un, ou exprimés par celle-ci à tout moment.
- Le critère 22: Réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile. Ce critère, respecté pour seulement 45,60% de l'échantillon est probablement le plus marquant. En effet, pour éviter un retour à domicile trop pénible pour les couples qui peuvent alors se sentir seuls face aux difficultés que peut présenter un nouveau-né, il parait essentiel de proposer de continuer cette PNP après le retour à domicile.

Même si les critères de qualité ne sont dans aucun des cas respectés à 100%, il est plutôt satisfaisant de voir qu'ils sont abordés dans la majorité des cas exceptés pour ces trois derniers critères.

Concernant le comparatif fait entre hospitalier et libéral, on conclut que les critères de qualité et donc les recommandations sur lesquelles ils s'appuient sont toujours mieux respectés en milieu libéral qu'en milieu hospitalier, sauf concernant le document de présentation de la PNP dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent. Il existe une différence significative concernant le nombre de personnes par groupe, cependant il ne s'agit pas d'un critère de qualité à proprement parler, mais plutôt d'une formalité à respecter [23], nous n'insisterons donc pas plus dessus. Dans le milieu hospitalier moins de la moitié de l'échantillon a eu les critères de qualité 18-19 de respectés : Réalisation d'une évaluation individuelle ou collective au cours de la séance et/ou à la fin des séances. De même pour le nombre de séances qui a été inferieur à sept pour plus de la moitié de l'échantillon en milieu hospitalier. Rappelons que les recommandations fixent le nombre de séances à sept sans compter l'EPP ni les deux séances postnatales. A cela s'ajoute également les trois critères de qualité (16, 17 et 22) peu respectés évoqués dans le paragraphe précèdent.

On peut donc conclure d'après ces résultats que les critères de qualité de la HAS sont moins bien respectés dans le milieu hospitalier que dans le milieu libéral. Cependant, plus de la moitié des critères de qualité sont respectés pour une majorité de l'échantillon. Il semble donc bien exister une marge d'amélioration quant au respect des recommandations de la HAS.

2. Atteinte des objectifs

Notre objectif principal était d'évaluer la conformité de la PNP aux critères de qualité de la HAS de décembre 2007 [12] basés sur les recommandations de 2005 [5].

Nous avons pu, grâce aux résultats des questionnaires montrer qu'en ce qui concerne notre échantillon, représentatif de notre population de par son nombre, aucune femme n'a eu une PNP 100% conforme aux critères de qualité, mais que dans la majorité des cas, les critères de qualité étaient respectés. Les graphiques et tableaux présents dans la partie résultats traduisent cette évaluation.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'utilité de la PNP et la satisfaction des femmes vis à vis de celle-ci. Nous avons pu montrer que la grande majorité des femmes l'ont trouvé utile et en sont ressorties satisfaites.

Il paraissait alors intéressant de faire un parallèle entre la satisfaction/utilité de la PNP et le respect ou non des critères de qualité de la HAS. Nous avons pu dégager le fait que les femmes qui n'ont pas trouvé la PNP utile et qui ne sont pas satisfaites ont effectué moins de séances que les autres femmes. C'est le seul facteur significatif se dégageant, et celui-ci, rappelons le n'est pas un critère de qualité à proprement parler mais une recommandation de la HAS. Nous avons donc pu montrer que même si tous les critères de qualité de la HAS ne sont pas respectés, les femmes restent satisfaites et trouvent la PNP utile.

Il parait nécessaire de rappeler que les critères de qualité sont une sorte de guide pour les professionnels mais en aucun cas une obligation. Il s'agissait d'une évaluation des pratiques professionnelles en passant par les patientes, le but n'était pas de juger ces pratiques, mais simplement d'en connaître l'application ou non. Il faut tout de même insister sur le fait que les critères de qualité et les recommandations ont été élaborés pour que la PNP soit la meilleure possible et apporte à la femme des outils et connaissances qui paraissent indispensables pour que la grossesse, l'accouchement et les débuts de la parentalité se passent aux mieux. La période du post-partum parait être une des plus importantes pour l'accompagnement et la délivrance des informations mais est parfois celle où la femme qui a effectué une PNP peut se sentir le plus délaissée. Il faut donc insister sur cette période et éviter un contraste entre l'encadrement lors des séances de PNP et la sensation d'abandon lors des suites de la naissance et du retour à domicile.

3. Forces et limites de l'étude

Une fois l'étude terminée, nous avons pu mettre en avant les limites de celle-ci.

Pour commencer, l'objectif pour que l'étude soit représentative était de 384 répondantes. Par un souci de temps et de moyens, un total de 250 répondantes a été atteint.

De plus, il existe un biais de mémorisation certain. En effet, les patientes ont répondu à un questionnaire concernant des séances ou des entretiens ayant eu lieu jusqu'à 6 mois

auparavant. Il est donc possible qu'elles y aient répondu sans se souvenir exactement des situations sur lesquelles elles étaient interrogées. Il existe également un biais de sélection. En effet certaines des patientes ont, pour raison organisationnelle, été interrogées 24 heures avant la sortie de la maternité. Des informations concernant le retour à domicile n'avaient alors peut être pas encore été délivrées et des réponses ont alors sans doute été cochées à tort dans le questionnaire, celui-ci étant rendu juste après l'avoir complété.

De plus, dans les limites de notre étude, nous avons relevé des éléments dont il aurait été intéressant de parler mais qui ne faisaient pas partie du questionnaire, parmi ceux-ci, on trouve notamment la parité des répondantes qui n'a pas été demandée. Cela ne paraissait pas pertinent lors de la construction de l'étude mais en analysant les résultats il aurait pu être intéressant de l'utiliser pour comprendre certaines réponses notamment sur les suites de couches et le développement des fonctions parentales. Dans les autres éléments non discutés, on trouve aussi la raison du nombre de séances de PNP inférieur à sept qui n'a pas été explorée. En effet il aurait été judicieux de savoir si le nombre de séances était volontairement fixé à moins de sept ou si la femme n'a pas eu le temps ou l'envie de les finir. Le nombre de séances étant normalement de sept d'après les recommandations de la HAS, la plupart des sujets à aborder concernant la grossesse, l'accouchement et les suites de naissances peuvent être explorés lors de celles-ci. On peut alors aussi s'interroger sur la durée des séances qui n'a pas été évaluée car il ne s'agit pas d'un critère de qualité. D'après les recommandations de la HAS [5], les séances doivent durer au minimum 45 minutes mais la durée doit surtout être adaptée afin de pouvoir donner des informations, permettre le développement des compétences, dans certains cas mettre en pratique un travail corporel et de dégager un temps de questions-réponses. Cela ne faisait pas l'objet d'une évaluation mais pourtant des femmes en ont parlé spontanément dans la zone de commentaires libres du questionnaire. En effet, une des participantes de l'étude a confié à ce sujet: "*un temps de questions serait nécessaire pendant les séances car on a toujours beaucoup de questions "bêtes" à poser à la fin, ce qui retarde la sage-femme dans ses consultations de la journée.*"

Nous n'avons également pas demandé aux femmes si le conjoint pouvait participer à l'EPP et aux séances de PNP. Pourtant, même si ce n'est pas un critère de qualité à lui seul, la HAS insiste sur la notion de "couple" et non pas que de "la femme" dans les critères. De plus les recommandations [5] admettent que les séances doivent être ouvertes aux futurs pères et doivent tenir compte des disponibilités de la femme, du père, et des professionnels de santé. Il aurait donc été intéressant de savoir dans quelles proportions les conjoints étaient présents.

Un élément qui aurait été intéressant de croiser est la satisfaction et l'utilité en fonction de la réalisation ou non d'un EPP, pour savoir si ce dernier a une réelle influence sur la PNP des femmes. Ceci pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. Mais ici, l'absence de variabilité au niveau de la satisfaction et de l'utilité rendait impossible d'étudier les facteurs associés à cette dernière.

Une des limites les plus importantes de notre étude concerne les séances de PNP post-natales qui n'ont pas été évaluées et qui pourtant représentent deux objectifs et deux critères de qualité de la HAS sur les 25 au total. Ce ne fut pas le cas pour des questions organisationnelles de l'étude avec impossibilité de temps et de moyens de rappeler les 250 répondantes afin de savoir si elles avaient bénéficié de ces séances et de les interroger dessus. Pourtant il paraissait intéressant de l'évaluer car ces séances sont nécessaires au développement de la fonction parentale et pour prévenir la dépression du post-partum [20]. Connaître le pourcentage de femmes l'ayant réalisée aurait pu être enrichissant pour l'étude.

Nous pouvons également discuter cette étude car elle s'interroge sur des pratiques professionnelles, concernant la PNP, basées sur des recommandations alors que l'on sait qu'il n'y a pas de protocoles stricts à respecter. Nous nous retrouvons donc face à une non-uniformité de ces pratiques.

Enfin concernant les limites de cette étude, nous pouvons mentionner la bibliographie assez pauvre et le peu d'études à ce sujet ce qui a été une difficulté pour discuter de nos résultats. On retrouve notamment un bon nombre de mémoires d'étudiants sages-femmes sur la PNP. L'efficacité de la PNP sur le bon déroulement de la naissance, le soutien à la fonction parentale, le vécu maternel et la santé de l'enfant reste insuffisamment étudiée et la HAS recommande d'ailleurs que des travaux de recherche soient menées en ce sens [18].

Mais il est également important de parler des forces de cette étude.

Tout d'abord nous avons réussi à remplir notre objectif de 250 répondantes. Pour que l'étude soit représentative, il fallait un total de 384 répondantes. Par souci de temps et de moyen nous avions fixé l'effectif total à 250, ce nombre permet tout de même à notre étude d'avoir une validité externe. De plus, nous avons interrogé des femmes de sept maternités du NPDC, publiques ou privées, et de tous les niveaux, en veillant à ce que le nombre de patientes interrogées par maternité est un sens, ce qui donne également de la validité à cette étude. Nous avons donc ainsi réussi à dégager des résultats intéressants et représentatifs sur ce sujet.

De plus, la distribution des questionnaires s'est faite, pour cinq maternités sur sept, soit pour 204 patientes sur les 250, en mains propres. Il n'y a donc pas eu de biais dans la sélection à ce niveau là.

Concernant le choix d'interroger les patientes plutôt que les professionnels, ceci s'est avéré être une force car le biais de mémorisation semble être moins contraignant pour cette étude que le biais de minimisation si nous avions directement interrogé les professionnels de la PNP sur leurs pratiques. Le biais de minimisation signifie ici que les professionnels n'auraient pas forcément admis ne pas avoir proposé l'EPP par exemple.

Et enfin, nous avons réussi à traiter 23 critères de qualité en 21 questions les concernant dans le questionnaire pour 28 questions au total. Sur les 25 critères de qualité mis en place par la HAS concernant la PNP seuls trois n'ont pas été traités (le 6ème critère concernait les

professionnels et les patientes ne pouvaient y répondre et le 24ème et 25ème critère concernaient les séances post-natales) mais des recommandations de 2005 ont pu également être abordées (nombre de femmes par groupe, nombre de séances...). Grâce à cela, l'objectif principal et les objectifs secondaires ont été atteints.

CONCLUSION

La préparation à la naissance et à la parentalité fait partie des compétences des sages-femmes. Aujourd'hui de plus en plus de types de PNP existent et de plus en plus de professionnels de santé dont les sages-femmes, en grande majorité, les réalisent.
Les critères de qualité de la HAS ont donc été mis en place pour harmoniser la PNP et aider les professionnels dans cette démarche d'éducation et de prévention.

Notre étude a notamment montré que les critères de qualité ne sont jamais 100% respectés pour la PNP d'une même femme mais que les professionnels en connaissent tout de même les grands principes puisque, globalement, sur les 23 critères étudiés, seulement trois ne sont pas respectés pour plus de la moitié de la population de cette étude. De plus les femmes en ressortent majoritairement satisfaites en l'ayant trouvée utile.

Des éléments intéressants ont cependant pu être dégagés. Concernant les trois critères de qualité majoritairement non respectés, on retrouve le critère 22 qui paraît pourtant essentiel: réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile. Les professionnels ne proposent pas cette possibilité qui peut s'avérer être utile pour une continuité de l'accompagnement lors du retour à domicile notamment en cas de fragilité du couple ou de la femme. De plus, notre étude a mis en avant l'importance de l'EPP qui est la base d'une PNP bien faite car les besoins et attentes seront connus, ainsi que le dépistage de la vulnérabilité, permettant une prise en charge optimale pour la femme et le couple. Il parait alors important d'insister sur la proposition de celui-ci dès la déclaration de la grossesse. Nous pouvons également insister sur l'importance des transmissions dans le dossier médical même si cela concerne la PNP. Enfin le respect des sept séances pour avoir le temps d'aborder différents sujets et répondre aux besoins et attentes est primordial d'après notre étude.

Dans "Préparation à la Naissance et à la Parentalité" il y a "naissance" mais également "parentalité", il faut alors ne pas oublier qu'il s'agit certes d'une préparation à l'accouchement et au vécu de la grossesse, mais également à "l'après" et donc au développement et à l'apprentissage des fonctions parentales. Contrairement à ce qui pourrait paraître, cette étude montre bien que la PNP est une prise en charge globale et ne se limite pas aux simples séances prénatales. Les informations à donner en quittant la maternité sont indispensables pour prévenir les risques d'accidents, la dépression du post-partum... mais aussi pour donner des outils et contacts aux parents. Une étude sur les conseils de sortie et le ressenti des parents une fois rentré à domicile par rapport à ceux-ci pourrait être intéressante à explorer.

D'après notre étude, la PNP dans le NPDC est relativement conforme aux critères de qualité de la HAS, il serait cependant intéressant de faire une étude pour savoir si les professionnels réalisant la PNP sont au courant de ces recommandations et critères de qualité ainsi que des guides qui sont élaborés pour eux, et de trouver des solutions pour que chaque professionnel de la périnatalité ait un rôle dans cette PNP.

Bibliographie

[1] Code de la santé publique Art L4151-1

[2] Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes, Les compétences des sages-femmes [En ligne], [Consulté le 18/12/15], Consultable à l'url: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/

[3] Comité éditorial UVMaF, Préparation à la naissance et à la parentalité, [En ligne], Mars 2011, [Consulté le 16/09/16], [14 pages]. Consultable à l'url: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/1.html

[4] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Plan Périnatalité 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité, Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Décembre 2004, 44 p.

[5] HAS/ Service des recommandations professionnelles, Recommandations pour la pratique clinique, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), Novembre 2005. [En ligne], [Consulté le 10/12/2015] Consultable à l'url : http://www.has-sante.fr

[6] Bernard M.R, Eymard C, Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité, Revue Santé publique, Volume 24, Avril 2012, Pages 283-89.

[7] Bernard M.R, Eymard C, L'éducation pour la santé en périnatalité: pratique des sages-femmes, La Revue Sage-Femme, Volume 11, Numéro 1, Février 2012, Pages 33-39.

[8] Neveux L – La préparation à la naissance dans la région Nord-Pas-De-Calais, place et rôle des sages-femmes - Mémoire – Ecole de sages-femmes de la Faculté Libre de Médecine de Lille – 1996 – 60p.

[9] Bondel B, Kermarrec M, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Enquête nationale périnatale 2010, Mai 2011, Pages 1-132.

[10] Dr Batarec A, Préparation à la naissance et à la parentalité, mon portail grossesse, Décembre 2010 [En ligne], [Consulté le 03/10/16], Consultable à l'url: http://www.mon-portail-grossesse.fr/etre-enceinte-devenir-maman/la-preparation-a-la-naissance/la-preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite.html

[11] Seys B, La profession de sage-femmes : constat démographique et projections d'effectifs, Etudes et Résultats DREES, N°791, Mars 2012, 8p.

[12] HAS/Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles, Préparation à la naissance et à la parentalité, série de critères de qualité, Décembre 2007, [En ligne], [Consulté le 10/12/2015], Consultable à l'url: http://www.has-sante.fr

[13] Azizoudine Kinney A - Évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité: le point de vue des patientes. - Mémoire - École de sages-femmes de Baudelocque Paris - 2011 - 84p.

[14] Observatoire national de la démographie des professions de santé - Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. - Rapport annuel de l'ONDPS - Tome 3 - La documentation française. 2004 - Pages 9-48.

[15] Blondeau M - Influence du type de préparation à la naissance et la parentalité sur la relation femme enceinte - foetus. - Mémoire - École de sages-femmes de Rouen - 2012 - 55p.

[16] Acoulon A - Préparation à la naissance et à la parentalité, ce que veulent les femmes - Mémoire - École de sages-femmes de Clermont-Ferrand - 2008. 63p.

[17] Cova A - Impact du suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité sur le ressenti des primipares - École de sages-femmes de l'Université de Grenoble Alpes - 2016 - 41p.

[18] INPES, Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, Fiche action n°12, [En ligne], [Consulté le 10/11/2016], Consultable à l'url: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3l.pdf

[19] L'Assurance Maladie - Vous êtes enceinte: votre grossesse - [En ligne] - [Consulté le 05/04/2017] - Consultable à l'url: http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/le-suivi-de-votre-grossesse-mois-apres-mois.php

[20] Pauchet Traversat A.F - Comment se prépare-t-on à la naissance et à l'accueil de l'enfant ? - La revue adsp - Actualité et dossier en santé publique n°62/62 - Décembre 2007-Mars 2008 - Pages 58-62.

[21] Brunet M - La préparation à la naissance et à la parentalité en milieu hospitalier, pour une meilleure prise en charge des femmes primipares - Mémoire - École de sages-femmes de Metz - 2011 - 60p.

[22] Lesley A.P - Le nouvel art de la sage-femme: science et écoute mise en pratique - édition ELSEVIER/MASSON - PARIS - 2004 - 418p.

[23] Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux - Journal officiel de la République Française n°271 - Texte 11 - 21 novembre 2004.

[24] Bernon V, Accompagnement par une sage-femme, du nouveau pour les mères en 2008, Communiqué de presse de L'Assurance Maladie, 2008, 8p.

[25] Branger B, Réseaux de santé en périnatalité, Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, Bull Epidémiologique Hebdomadaire, France, 2012.

[26] Brun N, Enquête Périnatalité, regards de femmes sur leur maternité, Union Nationale des Associations Familiales, 2010, 64p.

[27] Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N, Isserlis C, Sutter-Dallay A.L - Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères - Éditions Érès - TOULOUSE - Juillet 2008 - 224p.

[28] HAS - Recommandation pour la pratique clinique - Préparation à la naissance et à la parentalité : Argumentaire - 2005 Novembre - [En ligne], [Consulté le 13/02/2017], Consultable à l'url : http://www.has-sante.fr

[29] INPES - Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum - Fiche action n°16 - [En ligne] - [Consulté le 07/02/2017] - Consultable à l'url: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf

[30] Maury M - Développement affectif du nourrisson, l'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance - Université de Rouen, Faculté de médecine et de pharmacie, Collège National Universitaire de Pédopsychiatrie - Module 3: Maturation et vulnérabilité - 2005 - p. 46-53.

[31] Roy S. - La France tente d'augmenter le nombre de sorties précoces de maternité - Le Figaro Santé [En ligne] - 27 mai 2015 - [Consulté le 08/03/2017] - Consultable à l'URL: http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/05/27/23777-france-tente-daugmenter-nombre-sorties-precoces-maternite

[32] INPES - Devenir Parent - Protection Maternelle et Infantile - Mai 2010 -p.14-15- Brochure téléchargeable en ligne à l'url: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1377

[33] Département du Nord - Accompagner les mamans qui allaitent - Mise à jour du 27 mars 2013 [En ligne], [Consulté le 08/03/2017], Consultable à l'url : https://lenord.fr/jcms/pnw_5437/#1

[34] Michaud A, Gallant S - Enquête de satisfaction : La préparation à la naissance: une activité utile ? - Revue Sage-femme.ch - Janvier 2009 - p.36-37.

ANNEXE I: Questionnaire distribué aux patientes

Questionnaire pour Mémoire de fin d'étude.

Madame, vous avez accepté de répondre à ce questionnaire concernant votre Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Les données seront traitées de manière anonyme et serviront pour mon étude dans le cadre de mon mémoire pour l'obtention du diplôme de Sage-Femme. Il s'agit d'une évaluation de la qualité de votre préparation à la naissance en fonction des recommandations qui sont mises en place pour que celle-ci se passe au mieux.
Merci d'y répondre avec le plus de sincérité possible. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter le personnel soignant. Cochez la ou les réponses exactes concernant votre grossesse et votre Préparation à la naissance et à la Parentalité.
Pour toutes informations complémentaires sur cette étude, vous pouvez m'envoyer un mail à XXXXXXX@gmail.com. Le refus de participer à cette étude sera sans conséquence sur la prise en charge actuelle ou ultérieure. Le traitement de ces données sera codé et donc rendu entièrement anonyme.
Un grand merci pour votre participation.

Partie générale

1- Avez vous déjà effectué une Préparation à la naissance et à la parentalité pour une grossesse précédente ?

- Oui
- Non

2- Concernant cette grossesse, où avez vous effectué votre préparation ?

- En milieu hospitalier
- En milieu libéral
- Autre: .....

3- Quel type de préparation avez-vous effectué ?

- Classique
- Haptonomie
- Sophrologie
- Yoga
- Piscine
- Chant prénatal
- Qi gong
- Autre: .....

4- A combien de séances de préparation avez vous participé ?

- 4
- 5
- 6
- 7
- Plus de 7

5- Avez vous réalisé ces séances :

- Individuellement
- En groupe avec 1,2 ou 3 femmes.
- En groupe avec 4 à 6 femmes.
- En groupe avec plus de 6 femmes.

L'entretien prénatal / entretien de grossesse / entretien du 4eme mois.

6- Vous a-t-on proposé un entretien de grossesse pour parler de vos attentes, vos angoisses, vos projets et vos questions par rapport à votre grossesse ? (Cet entretien s'effectue seule ou en couple avec une sage-femme et se distingue d'une consultation de suivi de la grossesse.)

- Oui
- Non

7- Avez vous effectué cet entretien ?

- Oui
- Non

Si vous avez effectué cet entretien, merci de répondre aux questions suivantes. Sinon, vous pouvez vous rendre à la page 3, question n° 16.

8- Est ce la même sage-femme qui a réalisé cet entretien et votre préparation ?

- Oui il s'agissait de la même personne
- Non c'était deux sages-femmes différentes

9- A quel moment de la grossesse avez-vous réalisé cet entretien ?

- 1er trimestre
- 2eme trimestre
- 3eme trimestre

10- Approximativement combien de temps a duré cet entretien ?

- Environ 15 minutes
- Environ 30 minutes
- Environ 45 minutes
- Environ 1 heure

11- Vous a-t-on proposé de réaliser une synthèse écrite de cet entretien dans votre dossier de grossesse afin que les autres professionnels vous accompagnant puissent y avoir accès ?

- Oui
- Non

12- A-t-on abordé avec vous les informations concernant les risques liés au mode de vie pendant votre grossesse lors de cet entretien ? (Consommation d'alcool, tabac, conseils pour l'hygiène alimentaire et la nutrition)

- Oui
- Non

12 bis- Si oui, vous a-t-on réorienter vers des spécialistes en cas de besoin?

- Oui car j'en avais besoin
- Non mais j'en aurais eu besoin
- Non et je n'en avais pas besoin

13- Vous a-t-on informée lors de cet entretien (à l'oral ou par la remise de documents écrits) des services et professionnels à proximité dont vous pouvez vous rapprocher en cas de difficulté ?

- Oui
- Non

14- Vous a-t-on présenté les différents types de programmes de préparation à la naissance dans les environs ?

- Oui
- Non

15- Globalement cet entretien a-t-il répondu à vos questions et vos attentes ?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Trop peu
- Pas du tout

Les séances prénatales

16- Vous a-t-on remis un document présentant le programme de votre Préparation à la Naissance et à la Parentalité ? (Objectifs, contenu des séances, technique, durée, fréquence, déroulement etc. ...)

- Oui
- Non

17- A-t-on adapté les séances de préparation en fonction de vos besoins ou s'agissait-il d'un programme préétabli que la sage-femme n'a pas modifié ?

- Adaptation à mes besoins au cours des séances
- Contenu peu flexible

18- Parmi les compétences suivantes, la(les)quelle(s) a/ont été développée(s) au sein de votre préparation ? (Plusieurs réponses possibles.)

- Gestion de l'impact de la naissance sur la famille (dans le couple, la fratrie...)
- Elaboration d'un projet de naissance
- Apprentissage des techniques de travail corporel (technique de respiration, apprentissage des postures....)
- Développement des compétences parentales (alimentation du nouveau-né, informations diverses sur le développement de l'enfant...)
- Développement des ressources personnelles (savoir où et quand consulter, maîtrise du stress...)

19- A-t-on réalisé avec vous une évaluation individuelle au cours des séances ou à la fin de la préparation (à l'oral ou à l'écrit) pour être sûre que les informations ont été bien comprises et que le contenu des séances était bien ajusté à vos besoins ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui pendant les séances
- Oui à la fin de chaque séance
- Oui à la fin de la préparation
- Non jamais

20- Y-a-t-il eu des sujets que vous souhaitiez aborder et dont on vous a peu ou pas parlé lors des séances ?

- Oui
- Non

Si oui lesquelles ? .....
.....

Lors du séjour en maternité

21- Avez-vous senti une continuité entre les séances de préparation et l'accompagnement après l'accouchement ? (Réponses à vos questions, informations sur les compétences de votre bébé, encouragement et soutient de la part de l'équipe...).

- Oui beaucoup
- Oui mais trop peu
- Non pas du tout

22- Vous a-t-on laissé vous occuper de votre bébé le plus possible ou le personnel soignant le faisait-il à votre place ? (Change, bain, alimentation).

- On s'occupait de mon bébé à ma place
- Je savais m'en occuper seule dès le début
- Je m'en occupais mais quelqu'un était là pour m'aider
- Je n'arrivais pas à m'en occuper seule et je n'ai pas trouvé l'aide dont j'avais besoin

23- Vous a-t-on proposé de continuer des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité à domicile après la sortie de la maternité ? (Pour renforcer certaines compétences concernant l'allaitement, les soins à l'enfant, la fatigue...).

- Oui
- Non

24- Avez vous eu une réunion d'informations, individuelle ou en groupe, avant votre sortie de la maternité concernant l'alimentation, les conseils de couchage, les besoins du nouveau-né etc. ....?

- Oui
- Non

25- Vous a-t-on parlé des dispositifs de soutien ou d'aide auxquels vous pouvez recourir en cas de besoin (coordonnées des services de la PMI, des services de soins à domicile, des associations, d'écoute téléphonique et réponses aux questions concernant l'allaitement ?)

- Oui
- Non

26- Cette préparation a-t-elle répondu à vos besoins et vos attentes ?

- Oui à tous mes besoins
- Oui mais pas à tous mes besoins
- Non

Evaluation globale

27- Etes-vous globalement satisfaite de votre préparation ?

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Peu satisfaite
- Absolument pas satisfaite

28- D'après vous, cette Préparation à la Naissance et à la Parentalité a-t-elle été utile lors de votre grossesse, votre accouchement et dans l'accompagnement à la parentalité ?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Très peu
- Pas du tout

Le questionnaire est terminé. Merci beaucoup pour votre participation. Si vous souhaitez me faire part d'autres informations concernant votre préparation, n'hésitez pas à le faire dans l'encadré ci-dessous.
Cordialement.
Madeleine Thieffry, étudiante sage-femme.

ANNEXE II: Avis favorable du CIER

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Bureau restreint

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-06-01 FMM

Intitulé de la recherche : Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007: le point de vue des patientes.

Responsable du projet : Madeleine THIEFFRY

Promoteur : GHICL

Lieu où se déroule la recherche : Service de suites de couche des maternités du Nord Pas de Calais. Pour que l'étude soit la plus significative possible, des maternités des 4 niveaux en feront parties. Niveau 1: Hazebrouck; Niveau 2 a: Roubaix; Niveau 2 b : St Vincent de Paul; Niveau 3 Valenciennes, Jeanne de Flandres, Lens; Clinique privée de niveau 2 a: Clinique du Bois Lille.

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou **de consentement remis aux sujets participants...)** : Grille CIER ; Questionnaire, consentement.

Date de réunion du comité d'éthique restreint : 20/06/2016

Personnes ayant délibéré :

- ✓ L'expert médical : Dr Lansiaux
- ✓ Le responsable adjoint du DRM : Mme Demilly

Avis du comité d'éthique du GHICL

- ✓ **Avis favorable sans restriction**
- ☐ **Avis favorable avec demande de modifications** (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
- ☐ **Avis défavorable**
  - motivations :
  - recommandations :

La Responsable adjointe du DRM
Nom : DEMILLY Magali
Date : le 21/06/2016
Signature :

L'Expert médical du GHICL
Nom : LANSIAUX Amélie
Date :
Signature :

Suite aux corrections rapidement apportées, le CIER donne un

Avis favorable sans restriction

Page 1 sur 1

ANNEXE III: Avis CCTIRS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENTSUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Direction générale de la recherche et de l'innovation

Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

DGRI CCTIRS/DH/JD
Fax : 01 55 55 88 50
Mél.secrétariat.cctirs@recherche.gouv.fr
Affaire suivie par : Jany DELHAY

1 rue Descartes
75231 Paris Cedex 05

Paris le 16 Septembre 2016

Recommandé avec AR
Dossier n°**16.618**
(à rappeler dans toute correspondance)

Madame,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée :
« Étude observationnelle, multicentrique et prospective visant à évaluer la Préparation à la Naissance et à la Parentalité selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé de décembre 2007 : le point de vue des patientes ».

Après examen de votre dossier, le Comité n'émet pas d'avis. L'étude peut être faite de manière complètement anonyme, donc sans liste de correspondance, ni recueil de non-opposition, ni avis du CCTIRS, ni autorisation de la CNIL. Il suffit d'étoffer un peu la partie introductive du questionnaire avec les éléments de votre étude présentés dans la lettre d'information. Bien entendu, dans ce cas, il n'y a pas de retour possible retrait ou possibilité de modification des données.
Par ailleurs, le comité tient à faire les remarques suivantes :
1) Protocole - à préciser dans le document :
- Comment comptez-vous répartir l'inclusion des femmes en fonction du niveau de la maternité ? Quelle méthodologie allez-vous utiliser ? A préciser dans le protocole.
- Comment contactez-vous les patientes ? A quel moment ? Sont-elles toujours hospitalisées ou sont-elles retournées chez elles après l'accouchement ?
- Qui fait l'inclusion des patientes dans les différents centres ? Comment sont transmis les questionnaires à l'investigateur principal ?
- A quoi sert la liste de correspondance puisque le questionnaire est anonyme (sans numéro d'identification de la patiente) et ne collecte aucune donnée médicale ? Si vous intégrez le numéro de la patiente sur le questionnaire, l'étude n'est plus anonyme et vous devez modifier les différents textes en conséquence. Le comité vous rappelle que les termes « anonyme », « anonymat » et « anonymisé » tendent à être délaissés car juridiquement inexacts, les données restant indirectement identifiantes puisqu'une correspondance existe quelque part entre l'identité et le code patient dans la base de données. Il est préférable de notifier que les données sont « rendues confidentielles par un codage sans mention du nom et du prénom » ou « codées sans mention du nom et du prénom » ou simplement « codées »

- Fournir un calendrier selon l'obtention des avis et autorisations.

2) Lettre d'information

- Ajouter que le refus de participer est sans conséquence sur la prise en charge actuelle ou ultérieure.
- Puisqu'il y a une table de correspondance, le traitement des données personnelles est codé. Il faut modifier la lettre d'information en conséquence.

Le Comité appelle par ailleurs votre attention sur le fait que toute modification ultérieure du projet que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance, par courrier postal incluant un dossier unique où les éléments anciens figurent en **«barrés »** et les éléments nouveaux sont **surlignés**.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Le Président du Comité Consultatif
Jean-Louis SERRE

Madame Agnès D'ARRIPE
Equipe HaDePaS (Handicap, Autonomie et Développement de la Participation Sociale)
Université Catholique de Lille (UCL)
60 boulevard Vauban
59016 LILLE Cedex

Copie : Madame Amélie LANSIAUX
GHICL – Département de Recherche Médicale
Hôpital Saint-Philibert
115 rue du Grand But – BP 249
59462 LOMME Cedex

ANNEXE IV: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maïeutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-38
flm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION
pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 29/08/2016

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007 le point de vue des patientes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	Jeanne de Flandre
Service	Maternité - Suite de Naissance
Période de l'étude	Septembre - Octobre -
Modalités de l'étude	Questionnaire ☒ Entretiens ☐ Recueil de données ☐ Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arrisse Agnès	Christiane Roux
Qualité :	Maître de conférences	Assesseur Maïeutique
Signature :	d'Arrisse	

AUTORISATION

Nom :	C. JONGHMANS	
Qualité :	SF Coordinatrice	
Signature :		

Remarques :

ANNEXE V: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maieutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
flm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION
pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 31/08/2016

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007 : le point de vue des patientes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	St Vincent de Paul
Service	Maternité - Salle de Naissance
Période de l'étude	Septembre - Octobre
Modalités de l'étude	Questionnaire [X] Entretiens [ ] Recueil de données [ ] Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arcine Agnès	Christiane Roux
Qualité :	Maître de conférences	Directeur Scientifique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	COIRET Claire	
Qualité :	SF cadre	
Signature :		

Remarques :

ANNEXE VI: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maïeutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
flm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION
pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 08/09/2016

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007 : le point de vue des patientes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	Monaco - Valenciennes
Service	Maternité - Suite de Naissance
Période de l'étude	
Modalités de l'étude	Questionnaire [X] Entretiens [ ] Recueil de données [ ] Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arcoire Agnès	Christiane Roux
Qualité :	Maître de conférences	Assesseur Maïeutique
Signature :	d'Arcoire	

AUTORISATION

Nom :	CLAUDIN Brigitte	
Qualité :	SF coordinatrice	
Signature :	Claudin	

Remarques :

ANNEXE VII: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maieutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
flm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION
pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 12/09/16

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007 : le point de vue des patientes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	Clinique Du Bois
Service	Maternité - Suites de Naissance
Période de l'étude	Octobre - Novembre
Modalités de l'étude	Questionnaire [X] Entretiens [ ] Recueil de données [ ] Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arcine Agnès	Christiane POUX
Qualité :	Maître de conférences	Assesseur Maieutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	THIEFFRY - LORET	Madeleine
Qualité :	Sage - Femme	
Signature :		

Remarques :

ANNEXE VIII: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maieutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-38
fm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION
pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 20/09/2016 .

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007 : le point de vue des parentes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	HAZEBROUCK.
Service	Maternité - Suite de Naissance
Période de l'étude	Novembre
Modalités de l'étude	Questionnaire ☒ Entretiens ☐ Recueil de données ☐ Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arcaine Agnès	Christiane Roux
Qualité :	Maître de conférences	Sage-femme Maïeutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	DECOUVELAERE Lucile	
Qualité :	SF PF Cadre	
Signature :		

Remarques :

ANNEXE IX: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maïeutique
55 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
fm-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION
pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 26/09/16

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007 : le point de vue des patientes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	LENS
Service	Maternité - Suite de Naissance
Période de l'étude	Octobre -
Modalités de l'étude	Questionnaire ☒ Entretiens ☐ Recueil de données ☐ Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arcaya Agnès	Christiane Roux
Qualité :	Maître de conférences	Enseignant Maïeutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	TALLARICO	
Qualité :	SF Cadre.	
Signature :		

Remarques :

ANNEXE X: Autorisation maternité

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maïeutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
fim-maieutique@univ-catholille.fr

DEMANDE D'AUTORISATION

pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : THIEFFRY Madeleine	Date de la demande : 11/10/16.

DEMANDE

Sujet de la recherche :
Evaluation de la Preparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2009 : le point de vue des patientes.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	Roubaix.
Service	Maternité - Suite de Naissance
Période de l'étude	Novembre - Décembre.
Modalités de l'étude	Questionnaire [X] Entretiens [ ] Recueil de données [ ] Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	d'Arripe Agnès	Christiane Roux
Qualité :	Maître de conférences	Assureur Maïeutique
Signature :	d'Arripe	

AUTORISATION

Nom :	Hermetz Anne	
Qualité :	SF cadre	
Signature :	Hermetz	

Centre Hospitalier de Roubaix
Anne VERHEYDE HERMETZ
Mat. 10 n° RPPS : 10000847733

Remarques :

ANNEXE XI: Recueil accord patiente

Faculté de médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : THIEFFRY
Prénom de l'étudiant : Madeleine
Tel : 03 20 13 41 30 (secrétariat FMM)

Numéro de code :

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale dont l'objectif principal est d'évaluer la conformité de votre préparation à la naissance par rapport aux critères de qualité mis en place par la Haute Autorité de Santé:

" Evaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) selon les critères de qualités de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2007: le point de vue des patientes."

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais de questionnaires et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.
Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière ***anonymisée****. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.*

Fait en double exemplaires à …….. Le……
Signature

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉÉ: 2017

TITRE: Évaluation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité selon les critères de qualité de la Haute Autorité de Santé de décembre 2007.

AUTEUR: Madeleine THIEFFRY

Sous la Direction de : Agnès D'Arripe

MOTS-CLÉS: Préparation à la naissance et à la parentalité, critères de qualité, HAS, recommandations, entretien prénatal précoce.

RÉSUMÉ: La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) s'est développée au cours de ces dernières années, elle est aujourd'hui un outil permettant une prise en charge adaptée, englobant des dimensions de prévention, d'information et d'éducation. L'entretien prénatal précoce (EPP) en est devenu un élément essentiel. La sage-femme est le professionnel au 1er plan de cette PNP, qui fait partie de ses compétences. Aujourd'hui, la demande et l'offre de PNP continuent d'augmenter. En novembre 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie une édition de recommandations de bonnes pratiques concernant la PNP, puis en décembre 2007, une série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles concernant la PNP. L'objectif étant de favoriser le développement de la PNP tout au long de la grossesse et en post-natal et de s'assurer de la qualité de cette PNP mise en œuvre.

Ce travail est une étude multicentrique prospective menée auprès de 250 patientes ayant réalisé une PNP. Un questionnaire basé sur les critères de qualité de la HAS concernant la PNP leur était distribué. Cette étude a été menée dans 7 maternités de différents niveaux du Nord et du Pas-de-Calais sur la période du 29/08/16 au 14/12/16. Cette recherche a permis d'évaluer la conformité de la PNP en fonction des critères de qualité de 2007 ainsi que d'aborder la satisfaction des femmes envers leur PNP et l'utilité qu'elles y ont trouvé.

Notre étude montre que majoritairement les femmes sont satisfaites et trouvent leur PNP utile. L'EPP n'est pas proposé pour 37,2% des femmes mais dans le cas ou il est proposé, il est presque toujours réalisé. Les résultats montrent également que la PNP est plus conforme dans le secteur libéral mais qu'aucune PNP n'est 100% conforme aux critères de qualité. 3 critères ne sont majoritairement pas respectés dont le critère 22 qui paraît essentiel: réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile. Les professionnels ne proposent pas cette possibilité qui peut s'avérer être utile pour une continuité de l'accompagnement lors du retour à domicile notamment en cas de fragilité.

Cette étude montre que la PNP est une prise en charge globale qui ne se limite pas aux simples séances prénatales, et les critères de qualité de la HAS , guide pour les professionnels, sont là pour le rappeler.