

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2014-2018

**Les déterminants du choix de la
préparation à la naissance et à la
parentalité et son vécu chez les femmes.**

Enquête auprès de 165 femmes

Mémoire présenté et soutenu par

Fanny GUEPIN-LORDEREAU

Née le 21 avril 1995

Directeur de mémoire : Madame Laurence Platel (sage-femme)

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Tout d'abord, Madame Laurence Platel pour son encadrement pendant ce mémoire, sa disponibilité et ses précieux conseils,

Egalement, les femmes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire, ainsi que les maternités du CHU de Nantes, de la clinique Jules Verne et de Challans pour leur accueil pendant la distribution des questionnaires,

L'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Nantes, notamment Madame Philippe, enseignante référente de ce mémoire,

Ma famille pour son soutien et sa présence, qui m'a permis d'arriver jusque-là, et tout particulièrement mon père et son travail de relecture pour ce mémoire,

Je tiens, pour finir, à remercier particulièrement mes amies futures sages-femmes de la promotion 2018 ainsi que tous ceux sur qui j'ai pu compter pendant mes années d'études.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION **1**

PARTIE I - GENERALITES **3**

A. HISTORIQUE DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE **3**

B. ASPECT REGLEMENTAIRE **11**

C. PRESENTATION DES DIFFERENTES PREPARATIONS **12**

PARTIE II - ETUDE ET RESULTATS **17**

A. METHODOLOGIE **17**

1. CHOIX DE LA POPULATION CIBLE 17

2. CHOIX DE LA METHODE D'EVALUATION ET DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES 18

3. METHODE STATISTIQUE 19

B. RESULTATS **20**

1. PRESENTATION DE NOTRE POPULATION 20

2. PARTICIPATION A DES SEANCES DE PNP 29

3. LES RAISONS DE L'ABSENCE DE PNP 43

PARTIE III - DISCUSSION **44**

A. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE **44**

1. REPRESENTATIVITE DE NOTRE POPULATION 44

2. FAIBLESSES DE L'ETUDE 48

B. RETOUR SUR NOS HYPOTHESES INITIALES **49**

C. AUTRES RESULTATS **50**

1. DIFFERENCES SELON LA PARTICIPATION A DES SEANCES DE PNP 50

2. PARTICULARITES DES FEMMES AYANT SUIVI DES SEANCES 51

3. RAISONS DE NON PARTICIPATION A UNE PNP 53

D. PISTES DE REFLEXION ET PLACE DE LA SAGE-FEMME **54**

CONCLUSION **56**

BIBLIOGRAPHIE **57**

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX **60**

ANNEXES **I**

A. QUESTIONNAIRE **I**

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET CONTENU DES SEANCES DE PNP PRESENTES PAR COMPETENCES SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS DE 2005 **III**

C. CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES **X**

RESUME **61**

ABREVIATIONS

AM : Allaitement maternel

APD : Analgésie Péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

Bac : Baccalauréat

CAF : Caisse des Allocations Familiales

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CASSF : Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOSF : Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GO : Gynécologue-Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

Ined : Institut national d'études démographiques

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

INTRODUCTION

Le suivi de la grossesse et de l'accouchement est au cœur de la profession de sage-femme. Parmi les multiples facettes de notre métier, il y a l'organisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) à destination des couples et plus particulièrement des femmes enceintes. Ces séances rythment la grossesse et ont pour but d'accompagner la femme pour qu'elle vive au mieux son accouchement. Il s'agit aussi d'une aide précieuse pour préparer l'arrivée du nouveau-né après l'accouchement. La préparation à la naissance et à la parentalité peut être menée de nombreuses façons et les différents types de préparation se multiplient pour offrir un choix toujours plus grand aux femmes.

L'objectif de notre étude est de comprendre ce qui influence le choix de la méthode de préparation suivie par les femmes. Nous nous sommes demandé quelles étaient les attentes des femmes pour les séances et comment ces dernières les avaient vécues. Dans cette étude, nous avons également souhaité comprendre quels sont les freins à l'accès aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. La compréhension du point de vue des femmes est essentielle pour améliorer notre pratique en tant que future professionnelle de santé.

Nous avons émis plusieurs hypothèses qui ont guidé notre travail :

- Tout d'abord, nous supposons que les femmes font très souvent leurs séances de préparation à la naissance et à la parentalité avec la sage-femme qui suit leur grossesse ou simplement la plus proche de chez elles.
- Ensuite, il semble que les primipares seraient plus nombreuses à rechercher des informations sur la grossesse, l'accouchement et le post partum que les multipares et donc moins nombreuses à participer à des séances contenant du yoga, de l'aquagym, de l'haptonomie ou de la sophrologie par exemple.

- D'après les retours des femmes rencontrées au quotidien pendant les stages, il semble qu'elles aient globalement un bon vécu et estiment que la préparation à la naissance et à la parentalité est utile pour le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du retour à la maison.

- Enfin, nous pensons que les femmes sont encore peu nombreuses à connaître l'existence d'une offre très large de préparations à la naissance et à la parentalité. Il semble que les femmes découvrent certaines préparations directement par le biais de la sage-femme qui suit leur grossesse si celle-ci propose des séances.

Nous commencerons ce mémoire par le contexte d'apparition de la PNP ainsi que son évolution. Nous aborderons ensuite les aspects législatifs et les objectifs de ces séances. Nous terminerons la première partie « généralités » par la présentation des principales préparations disponibles. Dans une deuxième partie, nous vous présenterons les différents résultats de notre étude et la dernière partie de ce mémoire concernera l'analyse de ces résultats.

PARTIE I - GENERALITES

Dans cette première partie, nous allons commencer par un rappel historique sur l'évolution de la préparation à la naissance et à la parentalité. Ensuite, nous aborderons rapidement les aspects législatifs et les objectifs de ces séances. Nous terminerons par la présentation non exhaustive des préparations les plus courantes.

A. Historique de la préparation à la naissance et à la parentalité

La préparation à la naissance et à la parentalité telle que nous la connaissons et pratiquons aujourd'hui a beaucoup évolué depuis ses débuts. Son histoire a commencé il y a moins de soixante-dix ans.

Jusqu'au milieu du XXème siècle, les femmes étaient passives face à leur propre accouchement. Elles n'avaient aucune connaissance sur le processus de la naissance et leur rôle se limitait à répondre aux ordres de l'accoucheur. La seule liberté qu'elles avaient était celle d'avoir mal¹. L'enfantement dans la douleur est décrit dans la bible : « *Il dit à la femme : J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur* »². Il est même question de la souffrance psychologique des femmes pendant la grossesse et l'accouchement : « *La femme, lorsqu'elle enfante, éprouve de la tristesse, parce que son heure est venue ; mais, lorsqu'elle a donné le jour à l'enfant, elle ne se souvient plus de la souffrance, à cause de la joie qu'elle a de ce qu'un homme est né dans le monde.* »³. Il est donc considéré pendant longtemps comme normal la douleur et la détresse des femmes enceintes.

La **médecine ancienne** a une bonne connaissance des plantes calmantes ou anesthésiques qui sont distribuées en potions, décoctions ou cataplasmes comme la belladone, le pavot ou la mandragore par exemple. L'eau de vie est aussi souvent administrée aux parturientes pendant le travail.⁴

¹ Caron-Leulliez Marianne, « L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle », 2008

² Genèse, 3.16

³ Jean, 16.21

⁴ Marie-France Morel, « Histoire de la douleur dans l'accouchement », 2002

Louise Bourgeois, sage-femme au **début du XVIIe siècle**, affirme qu'à défaut de supprimer les douleurs de l'enfantement, nous pouvons les atténuer en veillant à la qualité de l'environnement matériel et psychologique autour de la parturiente. Elle évoque une « *douce obscurité* », un « *bruit uniforme de jet d'eau* », du « *silence* » et du « *repos* ».

En ce qui concerne les méthodes pharmaceutiques pour atténuer la douleur, la fin du XVIIIe siècle voit apparaître le protoxyde d'azote (1776) et l'éther (1792). Au XIXe siècle, les progrès sont plus marqués avec l'arrivée de médicaments comme l'acide salicylique, le quinquina gris, la cocaïne et les alcaloïdes. La morphine découverte en 1803 est utilisée à partir de 1817 en Angleterre. Ensuite c'est le chloroforme utilisé pour la première fois en 1847 qui se popularise après l'accouchement sous chloroforme de la reine Victoria en 1853.

En **1953**, le docteur Fernand Lamaze, médecin accoucheur à la clinique des Bluets à Paris, découvre au cours d'un voyage en URSS une méthode mise en place par le professeur Nikolaïev fondée sur la théorie d'Ivan Pavlov : **l'accouchement sans douleur (ASD)**. D'après ces inventeurs soviétiques « *comme le fonctionnement physiologique d'un corps sain n'est jamais douloureux, la parturition ne devrait pas l'être non plus* ». Cette méthode, sans anesthésie, part du principe que la douleur de l'accouchement est un mécanisme pavlovien qui est ancré chez les femmes conditionnées à souffrir. Il faut donc déconditionner la femme de cette peur transmise de génération en génération.

D'après le docteur Lamaze, un enseignement approprié des femmes sur leur corps et le mécanisme du travail et de la naissance permettrait à ce conditionnement de disparaître. Il met en place des cours collectifs pour les femmes où il explique les bases du conditionnement Pavlovien, le fonctionnement des organes sexuels féminins et le déroulement d'un accouchement. La **psychoprophylaxie obstétricale (PPO)** est née ! D'après le docteur Lamaze, 70% des femmes qui ont suivi les cours n'ont pas ou peu souffert. De nombreuses sages-femmes viennent se former auprès de l'équipe des Bluets et Fernand Lamaze parcourt la France pour diffuser sa méthode. La diffusion de cette méthode se fait rapidement en France puis à l'étranger. De nombreuses maternités mettent en place des cours de psychoprophylaxie obstétricale.⁵

⁵ Lorenza Bettoli, « Fernand Lamaze ou l'accouchement sans douleur », 2003

En **1954**, l'assistance publique des hôpitaux de Paris met en place la méthode. En **1956**, le pape Pie XII proclame que l'accouchement sans douleur n'est pas contradictoire avec la théologie ou la morale chrétienne. En **1959**, la sécurité sociale instaure le remboursement de 6 cours de préparation à l'accouchement, cela est étendu à 8 séances en 1960.

En **1961**, la préparation est inscrite dans la formation des sages-femmes.⁶

Le développement et la réussite de cette technique est en lien avec l'humanisation des maternités qui a lieu en même temps. Les salles communes disparaissent et les soignants s'adressent à la femme comme actrice majeure de son accouchement et non plus comme objet d'où il faut extraire l'enfant. Pour les femmes, c'est une révolution.

L'autre changement majeur à l'époque est l'arrivée dans la salle de naissance du père, tout d'abord dans les maternités qui pratiquent l'ASD. En effet, comme ils sont les bienvenus en cours de préparation pendant la grossesse, leur présence est légitime à l'accouchement. Ainsi, le Docteur Vellay, président de la société française de PPO écrit en 1979 « *La présence du père est utile et nécessaire, il doit participer pleinement à la préparation et être intégré à part entière dans le groupe. Il doit être considéré comme un élément de soutien auprès de sa femme* ». ⁷

La méthode de l'accouchement sans douleur se développe jusque dans les années 1975 où presque une femme sur deux suit des cours de préparation à l'accouchement. A partir de **1968**, la méthode Lamaze est critiquée, accusée de « dresser » les femmes et de les culpabiliser. Les préparations à la naissance vont donc se diversifier petit à petit avec l'apparition du yoga, de l'haptonomie et de la sophrologie. L'idée est de développer des méthodes moins directives qui laissent plus de place à la femme.

La nouvelle génération, née avec l'accouchement sans douleur, ne se satisfait pas de la méthode du docteur Lamaze. A partir de **1975**, les partisans de l'accouchement sans douleur et ceux de l'analgésie péridurale s'opposent.

⁶ Jocelyne George, « Les contestations de l'accouchement sans douleur », 2003

⁷ Pierre Vellay, « La psychoprophylaxie obstétricale après 25 ans d'expérimentation », 1979

En **1979**, Marie-José Jaubert publie « **Les bateleurs du mal-joli** »⁸ dans lequel elle dénonce violemment la notion d'accouchement sans douleur de Lamaze : « *Si elle a suivi la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, aucune femme ne peut ignorer aujourd'hui le chien de Pavlov et ses réflexes conditionnels : ce brave chien qui salive au coup de sifflet* ». Marie-José Jaubert parle même des « *chiennes de Pavlov* » pour décrire les femmes qui ont suivi cette méthode. Elle dénonce le conditionnement des femmes qui n'ont plus le droit de crier, elles ont à tout prix le devoir de rester digne, de ne pas montrer la douleur : « *Muselage et régression de la femme réduite à la situation d'élève* », pour être une bonne élève, il fallait appliquer les leçons apprises à la PPO. Marie-José Jaubert fait partie des partisans de la péridurale et de sa démocratisation, elle dénonce sa diabolisation et le manque d'information des femmes sur son existence : « *Alors que toute autre douleur est devenue insupportable, qu'on met en oeuvre pour l'éliminer toutes les ressources de la science médicale, la douleur de l'enfantement reste une sorte de zone sacrée à laquelle on ne doit pas toucher* ».

A partir des **années 1980**, les termes d' « accouchement sans douleur » et de « psychoprophylaxie » de l'accouchement s'effacent pour laisser la place aux termes de « préparation » et « d'accompagnement ».⁹

Après quelques années militantes, en **1994**, l'**analgésie péridurale** se démocratise grâce à son remboursement pour toutes les femmes par la sécurité sociale et la majorité des femmes font le choix d'un accouchement sous péridurale. La médicalisation de la naissance est en marche. Et cela signe la fin de l'accouchement sans douleur qui prônait un accouchement sans anesthésie contrôlé par la femme. Le « bulletin de la société française de PPO » publie son dernier numéro en 1994.

Avec la démocratisation de l'analgésie péridurale, la préparation à la naissance ne se limite plus à la gestion de la douleur et des contractions, elle se concentre sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement en accompagnant le couple pour devenir parents.

⁸ Marie-José Jaubert, *Les Bateleurs du mal-joli*, 1979

⁹ Les Dossiers de l'Obstétrique, *Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité*, 2006

En **1994**, le Ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, met en place un plan périnatalité avec pour objectif de diminuer la mortalité liée à la naissance d'un enfant, en abaissant la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %.

En **2004**, un nouveau plan périnatalité est lancé par le Ministère de la santé et de la protection sociale pour moderniser l'environnement de la grossesse et de l'accouchement de 2005 à 2007. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il comprend notamment la mise en place de l'entretien individuel du quatrième mois pour la femme enceinte ou pour le couple. ¹⁰

En **2005**, la vision de la PNP change et se définit grâce aux **recommandations de la Haute Autorité de Santé**. Ces recommandations reposent sur un accord professionnel entre les membres des groupes de travail et de lecture. Selon ces recommandations, la préparation à la naissance doit s'orienter vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Elle doit concerner toutes les femmes enceintes en s'adaptant à chacune. ¹¹

En **2007**, Béatrice Jacques, docteur en sociologie, publie « Sociologie de l'accouchement » ¹². Il s'agit d'un livre construit autour de témoignages de femmes et de professionnels de l'obstétrique qui aborde les différentes étapes de la grossesse et les représentations qui y sont liées. Elle aborde le sujet de la préparation à la naissance. Pour elle, les cours se concentrent non plus sur l'accompagnement de la douleur mais sur un accompagnement physiologique et psychologique de la grossesse. Ainsi, les cours mettent l'accent sur la relation avec le nouveau-né en plus d'apporter des connaissances théoriques.

Les séances ont trois grandes fonctions d'après Béatrice Jacques, tout d'abord, il s'agit d'un espace pour poser ses questions à la sage-femme en dehors de la consultation tournée sur la dimension physique de la grossesse. Ensuite, les séances offrent un soutien affectif et un espace de parole. Enfin, la préparation permet d'acquérir des connaissances sur son corps et l'enfant.

¹⁰ Ministère de la santé et des sports, « Plan périnatalité 2005-2007 », 2004

¹¹ Haute Autorité de Santé, « Préparation à la naissance et à la parentalité », 2005

¹² Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, 2007

Dans son livre, la sociologue met en avant l'opposition de la vision de la préparation par le soignant et par les femmes. Les soignants y voient un moyen de faciliter leur travail en maternité. En effet, les femmes ayant les cours de préparation connaissent les étapes de l'accouchement, la maternité, les différents acteurs et vont donc plus facilement accepter les actes médicaux. Elle donne l'exemple de la péridurale, les femmes sont préparées à adopter le bon comportement pour la pose, cela va faciliter le travail des anesthésistes. Au contraire, pour les femmes, la préparation offre un temps privilégié pour s'occuper d'elles et de leur corps, un moment pour discuter entre femmes et rencontrer d'autres femmes dans la même situation. Cette opposition entraîne des incompréhensions, pour le professionnel le plus important est le contenu théorique alors que pour les femmes c'est l'aspect collectif. Globalement, Béatrice Jacques est assez critique sur la réalisation des séances mais accorde un intérêt à ce temps indispensable de communication et d'échanges.

En **2010**, l'Inpes a publié une « fiche action » sur la préparation à la naissance et à la parentalité ¹³. Cette fiche rappelle les grands principes de la préparation à la naissance, ses intérêts et les moyens à mettre en œuvre pour répondre aux attentes des femmes. Ainsi, elle revient sur l'évolution de la PNP, historiquement centrée sur la gestion de la douleur et spécifiquement sur l'accouchement, qui s'élargit aujourd'hui au suivi de la grossesse et à son vécu mais aussi à la préparation de l'arrivée de l'enfant, aux modifications corporelles et aux difficultés psychiques de la future mère et du couple. L'Inpes précise l'intérêt de la PNP pour le conjoint dans le renforcement de ses liens avec l'enfant à naître, mais aussi pour qu'il ait la possibilité d'exprimer ses angoisses et ses doutes afin de mieux s'investir dans la grossesse avec sa compagne.

Selon l'Inpes, qui se base sur les recommandations de la HAS, les 7 séances de préparation à la naissance ont pour objectif d'explorer les besoins, les attentes et les craintes, de développer les savoir-faire pratiques mobilisables avant la naissance (travail corporel) et après la naissance (soins aux nouveau-nés par exemple), de développer les connaissances, la confiance en soi et les compétences parentales et d'encourager les échanges d'expériences entre femmes et couples. L'ensemble des

¹³ Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes), « Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité », 2010

séances doit être ponctué par une évaluation régulière et une adaptation du suivi selon les besoins.

Le premier **référentiel métier et compétences des sages-femmes** écrit en **2010** a été réalisé à l'initiative du Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF)¹⁴. Ce référentiel présente 8 situations non exhaustives mais qui sont considérées comme particulièrement représentatives de la profession. La deuxième situation s'intitule « organiser et animer une séance de préparation à la naissance et à la parentalité ». La présence de la préparation à la naissance et à la parentalité dans ce référentiel montre son importance pour la profession, ces séances d'échanges avec les futurs parents sont mises en valeur par les associations et les syndicats de sages-femmes. A partir de là, la place de la sage-femme dans ce dispositif de préparation à la naissance et à la parentalité est assumée et valorisée. Ces séances prennent une grande place dans l'activité des sages-femmes libérales et de certaines sages-femmes hospitalières.

Dorénavant, l'évolution va plutôt vers une démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement. De nombreuses polémiques récentes sur les « violences obstétricales » remettent en question des actes médicalisés pendant l'accouchement comme l'épisiotomie ou la position gynécologique par exemple. Il y a l'apparition d'unités physiologiques dans les hôpitaux ou les cliniques et de maison de naissances dans plusieurs villes de France. Cette recherche de démedicalisation passe par le développement de la préparation à la naissance. Les femmes sont plus nombreuses à souhaiter un "accouchement naturel", les méthodes de préparation à la naissance tournées vers la préparation corporelle se développent de plus en plus comme le yoga, la sophrologie, l'aquagym prénatale ou l'haptonomie. Les « projets de naissance » rédigés par le couple avant l'accouchement sont aussi de plus en plus nombreux. Les futurs parents ont parfois des idées très précises de ce qu'ils souhaitent pour la naissance du nouveau-né. L'accouchement à domicile montre bien ce phénomène. La naissance tend alors à redevenir une affaire privée où la surmedicalisation est écartée. Il s'agit encore pour l'instant d'un phénomène minoritaire mais il est possible que ce souhait d'accoucher le plus naturellement

¹⁴ Collège National des Sages-Femmes (CNSF), « Référentiel métier et compétences des sages-femmes », janvier 2010

possible devienne petit à petit une norme pour la prochaine génération. Certaines préparations à la naissance proposent des séances spécifiques dont le but est la gestion de la douleur pour préparer un accouchement sans péridurale.

L'évolution de la préparation à la naissance et à la parentalité est immense. Au milieu du XXe siècle, le docteur Lamaze introduit la méthode de l'accouchement sans douleur qui se basait sur le travail de Pavlov, c'est le corps médical qui avait le savoir et les femmes venaient apprendre comment fonctionnait leur propre corps. Il y avait une relation très patriarcale de sachant à ignorant. Une grande pression était mise sur ces femmes qui une fois conditionnées à accoucher sans douleur n'avaient plus l'autorisation de crier ou d'exprimer leurs douleurs ou angoisses.

Petit à petit, avec entre autre l'avènement de l'analgésie péridurale, les femmes ont pu prendre une plus grande part dans leur propre accouchement, et la gestion de la douleur n'était plus forcément le centre des préoccupations. Cette notion est décrite en 1985 par Cheynier et Gourand, « *La recherche de l'indolorisation, compte tenu des progrès de l'analgésie aussi bien que de l'évolution des idées, a cédé le pas à la prise en compte du vécu de l'accouchement et de l'ensemble de l'aventure maternelle* »¹⁵. Ainsi, la préparation à la naissance et à la parentalité a pu se diversifier et s'orienter vers les différents besoins de la femme et du couple. Les éléments qui passaient avant au second plan comme la place du père, les difficultés psychologiques des femmes ou les changements corporels pendant la grossesse, sont maintenant au coeur des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Désormais, c'est la femme ou le couple qui choisit la préparation selon ses attentes et c'est aux professionnels d'adapter les séances. Comme pour la relation médicale soignant-soigné, qui est passée du patient-ignorant au patient-client avec un soignant qui n'est plus en position d'imposer ses décisions et qui doit s'adapter aux besoins du patient.

L'évolution de la préparation à la naissance et à la parentalité reflète l'évolution de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement mais aussi l'évolution du suivi médical dans la société actuelle.

¹⁵ J-M Cheynier, L. Gourand, « La psychoprophylaxie de 1985 et l'accompagnement de la naissance », 1986

B. Aspect réglementaire

D'après la **Haute Autorité de Santé (HAS)** et ses recommandations de **2005**¹¹, l'objectif de la PNP est de « *contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés* ». Il doit être recherché une participation active de la femme et du couple pendant la grossesse pour que le suivi corresponde vraiment à leurs besoins. L'accompagnement doit être personnalisé.

Les objectifs de la PNP présentés par la HAS sont les suivants :

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

¹¹ Haute Autorité de Santé, « Préparation à la naissance et à la parentalité », 2005

En France, huit séances prénatales sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie, et fait l'objet d'une cotation spécifique (*arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels*). Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1er trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple. L'entretien prénatal précoce doit être proposé systématiquement par le professionnel de santé, il permet de présenter et de mettre en place la PNP. Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien qui doit idéalement se dérouler pendant le premier trimestre de la grossesse. Il est considéré comme la première des huit séances prénatales prise en charge, il reste donc sept séances pour la préparation à la naissance et à la parentalité.¹⁶

Le contenu des séances selon les recommandations de la HAS est disponible en annexe.¹⁷

C. Présentation des différentes préparations

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) exprime la difficulté de répondre aux attentes des femmes et des couples, pendant la grossesse, qui peuvent être très différentes. En fonction des caractéristiques de chacun (parité, âge, niveau socio-économique) et de leurs histoires de vies (antécédents familiaux et médicaux, évènements particuliers, grossesse non désirée ou très précieuse). Ainsi, il peut s'agir d'une recherche d'informations ou de réponses sur des thèmes très variés (obstétricaux, pédiatriques, sociaux, corporels...), d'un besoin de partager ses expériences, de communiquer avec d'autres femmes, d'une recherche de sensations corporelles ou de communication avec l'enfant à naître, d'une volonté de prendre du temps pour soi et de se détendre, d'une préparation pour une naissance la plus naturelle possible ou encore de nombreuses autres recherches. Cette multitude d'attentes et de besoins des femmes et des couples semble pousser les professionnels à se spécialiser dans des préparations pour réussir à répondre à ces attentes. Cette évolution entraîne une

¹⁶ Sécurité Sociale, l'Assurance Maladie

¹⁷ Haute Autorité de Santé, « Préparation à la naissance et à la parentalité », 2005 (page III)

offre de plus en plus large de préparations à la naissance dont le but est de permettre à la femme ou au couple de choisir celle qui va lui convenir le plus.

Normalement, l'un des rôles de l'entretien prénatal précoce est d'identifier les besoins et les attentes des femmes ou du couple pour les diriger vers la préparation qui leur conviendra le mieux ou au moins de leur présenter l'offre disponible de préparation.

Chaque préparation à la naissance et à la parentalité est différente selon la sage-femme qui organise les séances et aussi selon les femmes ou les couples qui y participent. Il n'y a pas de liste exhaustive des sujets à aborder ou une explication précise des exercices à apprendre aux femmes. En fonction de ses intérêts ou de sa patientèle, la sage-femme peut choisir de spécialiser sa préparation à la naissance et à la parentalité. De la même façon, les femmes ont la liberté de choisir la sage-femme et la préparation de leur choix voire plusieurs à la fois et de se faire une préparation « à la carte ». Même s'il y a un maximum de huit séances remboursées par la sécurité sociale, il est possible d'en faire plus si la femme souhaite les financer. Evidemment, l'offre dépend des régions d'habitation et de la densité de sages-femmes libérales.

La description des différentes préparations présentées n'est pas exhaustive et très souvent les sages-femmes libérales utilisent plusieurs méthodes pour la préparation qu'elles proposent aux femmes. Il s'agit simplement d'une présentation de certains types de préparation qui peuvent être utilisées pendant une ou plusieurs séances de la préparation à la naissance et à la parentalité.

L'**haptonomie** a été fondée par Frans Veldman en 1950¹⁸. Il s'agit d'une méthode adaptée à la grossesse pour permettre d'établir un contact entre l'enfant à naître et les futurs parents. Ainsi, il est recherché une communication active intérieure entre la femme et son enfant grâce au mouvement du diaphragme et du périnée, par exemple, la femme peut apporter du calme et de la sécurité à son enfant. Les parents vont découvrir comment échanger avec l'enfant à naître par le contact « thymotactile affectivo-confirmant », cet échange sollicite un engagement affectif de la part des deux parents. L'enfant à naître va chercher le contact et répondre aux sollicitations extérieures. Il y a aussi une reconnaissance des voix du

¹⁸ Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie

conjoint et des éventuels frères et sœurs. Cet accompagnement favorise le développement de la relation affective, active entre la mère, le père et l'enfant. C'est une méthode qui ne peut pas être menée conjointement avec du yoga ou de la sophrologie, en effet, ces approches sollicitent le système nerveux d'une manière contradictoire avec l'haptonomie.

Le **chant prénatal** a plusieurs objectifs, tout d'abord, il cherche à promouvoir le bien être pendant la grossesse grâce aux jeux vocaux et aux exercices corporels. Le chant invite à la mobilisation du corps et la souplesse de la respiration. Il y a aussi une recherche de relation avec l'enfant à naître par le son de la voix mais aussi les balancements du corps. Le chant prénatal a aussi pour vocation d'accompagner l'accouchement, les sons accompagnent les contractions et permettent la détente musculaire. Enfin, le chant prénatal a pour but d'être poursuivi après la naissance de l'enfant pour créer une continuité, cela améliore l'éveil de l'enfant et permet à la mère de se réapproprier son corps par le chant. Les séances de chant prénatal comprennent un premier temps de travail sur le corps, puis, un temps d'exploration vocale par des vocalises, s'en suit un temps de chanson et elles se finissent par un moment de discussion entre les femmes, d'échange et de partage.¹⁹

La **sophrologie** a été mise au point dans les années 1960 par le docteur Caycedo, psychiatre colombien. Il s'agit de parvenir à une harmonisation du corps et de l'esprit, c'est une approche personnelle permettant de trouver des ressources en soi-même, de les développer et de les adapter à nos besoins et objectifs. Cette méthode propose d'atteindre un état modifié de conscience entre la veille et le sommeil pour réussir à stimuler nos ressources intérieures. Elle se base sur différentes techniques comme le schéma corporel, les exercices respiratoires, la relaxation et la méditation par exemple. La préparation à la naissance est un des domaines d'application de la sophrologie.²⁰

L'aquagym prénatale est une pratique qui permet aux futures mamans de continuer à pratiquer une activité physique pendant la grossesse. Grâce à l'eau, les tensions provoquées par le poids du ventre sont soulagées et cela permet plus de mobilité. Les femmes peuvent aussi travailler leur respiration et faire des exercices

¹⁹ Association française de Chant Prénatal Musique & Petite Enfance

²⁰ Fédération française de sophrologie

d'étirements. Par ailleurs, la circulation veineuse est améliorée dans l'eau ce qui est appréciable surtout en fin de grossesse.

Le **yoga** est une pratique originaire d'Inde selon laquelle un esprit sain et un corps sain vont de pair. Il s'agit d'un enchaînement de poses et de mouvements qui entraîne des bienfaits physiques (respiration, souplesse, musculation) et psychiques (relaxation, concentration). Pendant la grossesse, il permet principalement la détente, la découverte du corps, la gestion de la respiration, la lutte contre le stress et l'étirement pour soulager les douleurs de dos notamment. Il y a aussi des exercices qui permettent spécifiquement la préparation à l'accouchement par l'assouplissement du bassin par exemple ou le travail du souffle. ²¹

L'**hypnose** périnatale est une méthode qui propose aux femmes ou aux couples de vivre une grossesse et un accouchement épanouissant, il s'agit de travailler la dimension physiologique et la dimension psychologique avec de nombreuses possibilités de la gestion des émotions, à celle de la douleur ou du sommeil. L'hypnose est un état intermédiaire de conscience modifiée qui permet de mobiliser les ressources. Elle permet de lâcher prise pour réduire le stress et l'anxiété. Cette méthode peut aussi être utilisée pour diminuer la douleur pendant l'accouchement par hypno analgésie et libération d'endorphines. ²²

L'**acupuncture** est une médecine alternative chinoise préventive et curative. Cette méthode peut être utilisée pendant la grossesse notamment pour améliorer les problèmes lombaires ou digestifs, améliorer le sommeil, diminuer la sensation de jambes lourdes. Les séances de préparation en fin de grossesse avec l'acupuncture peuvent permettre de retourner un bébé en siège, faire descendre un enfant à naître ou mûrir le col. Les points d'acupression associés peuvent permettre d'accélérer la dilatation du col ou simplement de détendre la femme en salle de naissance. ²³

La **méthode Bonapace** © fondée par Julie Bonapace est basée sur le couple, il y a une volonté de le replacer au centre de la grossesse et de l'accouchement. Elle critique fortement la surmédicalisation et cherche à donner un rôle primordial au père

²¹ Association Française de Yoga IYENGAR®

²² Arche Hypnose

²³ Les Acupuncteurs Associés en Grossesse et Accouchement

qui est indispensable dans l'accompagnement. Elle se base sur trois techniques, la digito-pression, les massages et la relaxation. La digito-pression permet la libération d'endorphines pour diminuer les douleurs. Les massages et la relaxation permettent d'apaiser les femmes notamment au moment des contractions. Cette méthode prône un environnement agréable pour la salle de naissance avec des lumières tamisées, de la musique, un bain, le tout pour détendre le couple et permettre la libération naturelle d'hormones favorisant la naissance. Il s'agit aussi d'expliquer aux couples les étapes de la grossesse et de la naissance pour qu'ils en deviennent vraiment acteur.²⁴

Chaque préparation à la naissance et à la parentalité a différentes vocations selon la méthode choisie et la sage-femme qui anime les séances. Dans certains cas, les séances peuvent permettre la relaxation et l'étirement pour soulager les petites douleurs de la grossesse ou juste pour avoir un moment de calme. Certaines séances répondent à un besoin de participation active de la femme ou du couple pour créer un lien avec l'enfant à naître. Pour d'autres, il y a une volonté de gestion de la douleur pendant l'accouchement. Pendant d'autres séances, il peut être recherché une transmission des connaissances, une réassurance des femmes, un échange entre les participantes et un temps de réponses aux questions.

Pour conclure, il n'y pas de méthode universelle qui corresponde à toutes les femmes. Chaque femme et chaque grossesse sont uniques et c'est pour cela qu'autant de méthodes sont disponibles.

²⁴ Méthode Bonapace©

PARTIE II - ETUDE ET RESULTATS

Dans cette deuxième partie, nous allons vous présenter notre étude et ses résultats. Nous allons commencer par vous expliquer la méthodologie utilisée pour notre enquête. Par la suite, nous présenterons les résultats globaux de notre échantillon puis, plus précisément, en fonction de la participation ou non des femmes à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

A. Méthodologie

1. Choix de la population cible

Nous avons souhaité interroger des femmes ayant terminé leur préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, pour évaluer les éléments influençant leur ressenti de la préparation à la naissance et à la parentalité, nous avons décidé d'interroger des femmes en post partum. Ainsi, nous avons pu intégrer la composante physiologique ou pathologique de la grossesse et de l'accouchement.

Pour obtenir un échantillon représentatif, nous avons choisi d'inclure des femmes de trois maternités différentes : le **CHU de Nantes**, la **clinique Jules Verne** à Nantes et la **maternité de Challans**. Nous avons ainsi, les trois niveaux de maternité représentés, le CHU de niveau 3, la clinique Jules Verne de niveau 2 et la maternité de Challans de niveau 1. Le secteur public est représenté par le CHU et la maternité de Challans, et le secteur privé mutualiste avec la clinique Jules Verne. Pour finir nous avons le milieu très urbain avec le CHU et la clinique Jules Verne qui diffère du milieu moins urbain de la maternité de Challans. La clinique privée de la PCA (Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain) a été sollicitée mais nous n'avons reçu aucune réponse en retour.

Nous avons inclus toutes les femmes, sans limite d'âge, ayant eu des grossesses physiologiques ou pathologiques et ayant participé ou non à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Seules ont été exclues les femmes ne comprenant pas ou ne parlant pas le français et celles dont la grossesse ne s'est pas déroulée en France.

2. Choix de la méthode d'évaluation et de diffusion des questionnaires

Nous avons mené une **étude rétrospective et descriptive multicentrique** auprès des femmes.

La méthode d'évaluation retenue est la diffusion d'un questionnaire en suites de couches. Nous avons créé la grille du questionnaire parce que nous n'en n'avons pas trouvé d'existante dans la littérature correspondant spécifiquement à notre étude. Dans la première partie, nous avons cherché à établir le profil des femmes. Puis, dans la deuxième partie, les particularités du suivi de leur grossesse et de leur accouchement. Pour la dernière partie spécifique sur les séances de PNP, nous avons cherché à être le plus exhaustif possible dans les possibilités de réponses pour permettre des résultats cohérents avec la réalité. La grille du questionnaire est disponible en annexe A, page I et II.

La distribution des questionnaires a eu lieu pendant deux mois entre le **3 avril et le 7 juin 2017**. Pour conserver une représentativité du nombre de femmes par maternité, la distribution a eu lieu autant de fois dans chaque établissement. Au total, neuf distributions ont été faites avec donc trois passages dans chaque maternité.

A la maternité du CHU de Nantes et à celle de Challans, la distribution des questionnaires et la collecte de ces derniers avaient lieu le même jour après un temps laissé aux femmes pour y répondre. Ainsi, la durée sur place était plus importante mais l'ensemble des questionnaires était récupéré immédiatement et le personnel soignant sur place n'était pas sollicité pour récupérer les questionnaires. A la clinique Jules Verne, la collecte des questionnaires était différée par rapport à la distribution. La collecte avait lieu lors de la distribution suivante. Cela a entraîné un gain de temps sur place et laissait plus de temps aux femmes pour répondre aux questionnaires, par contre certains questionnaires ont été perdus.

Pour obtenir un échantillon représentatif, nous souhaitons obtenir un minimum de 150 réponses avec au moins 100 femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Finalement, **165 questionnaires** ont été récupérés avec 117 femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et 48 femmes n'y ayant pas

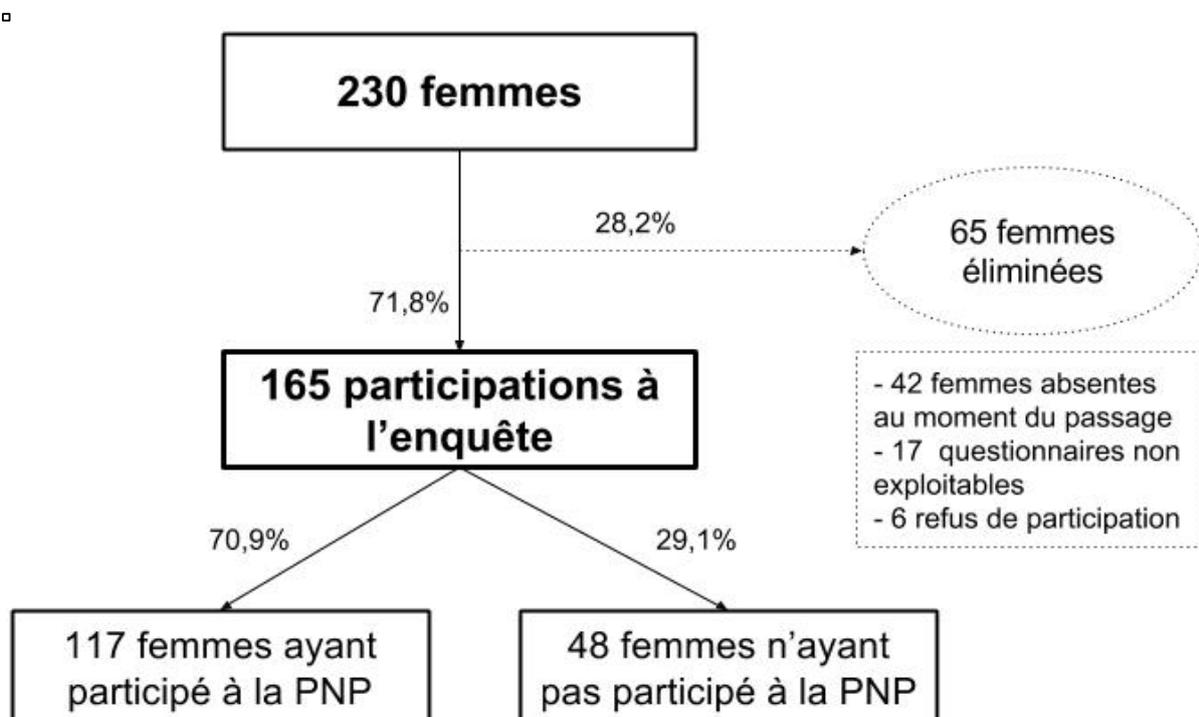
participé. Sur les 165 réponses, 77 proviennent de la clinique Jules Verne, 65 de la maternité du CHU de Nantes et 23 de la maternité de Challans. Au total, les jours de distribution des questionnaires, 230 femmes étaient hospitalisées. Malheureusement, 65 femmes n'ont pas pu être incluses, en effet, 42 d'entre-elles étaient absentes au moment de la distribution, 17 questionnaires ont été non exploitables et 6 femmes ont refusé de participer à l'enquête.

3. Méthode statistique

Le logiciel Voozanoo™ a permis la saisie et l'analyse des données des questionnaires récupérés au format papier. Le site internet BiostaTGV, mis à disposition par l'INSERM et les université Paris VI et Toulouse III, a été utilisé pour effectuer les tests de significativité (Test de *Chi 2* pour les comparaisons de pourcentage et test de *Student* pour les comparaisons de moyennes).

Ci-dessous, le diagramme de flux présente le nombre de sujets participant à notre enquête.

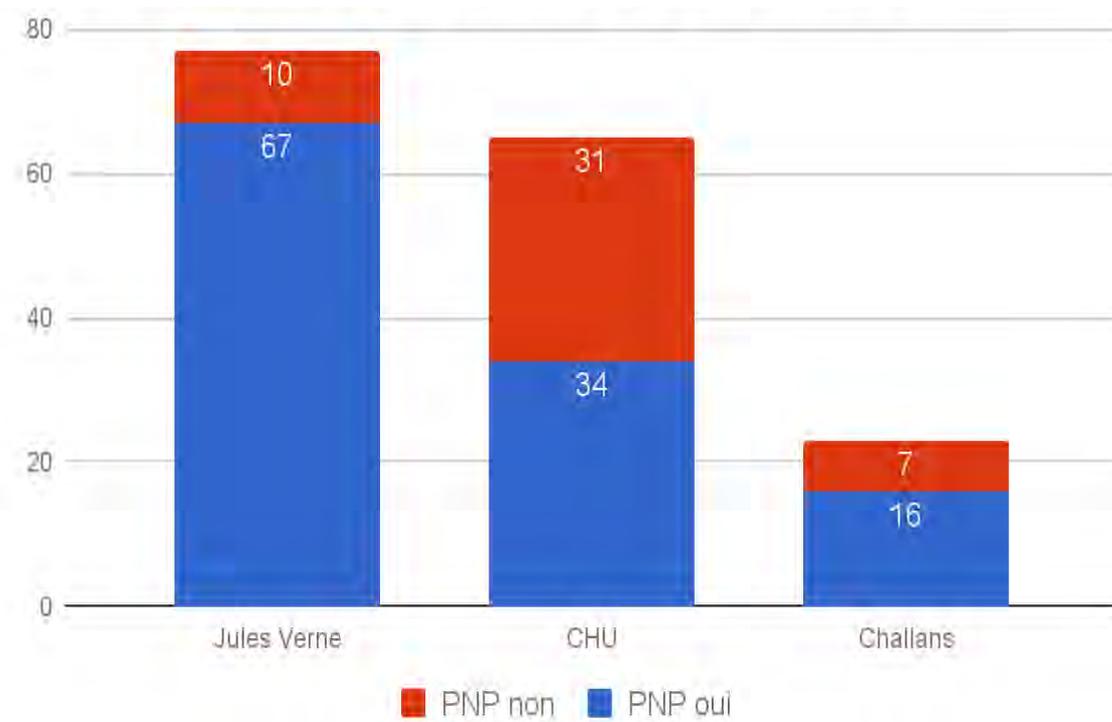
Figure 1 : Flowchart



B. Résultats

1. Présentation de notre population

Figure 2 : Répartition des participantes par établissement

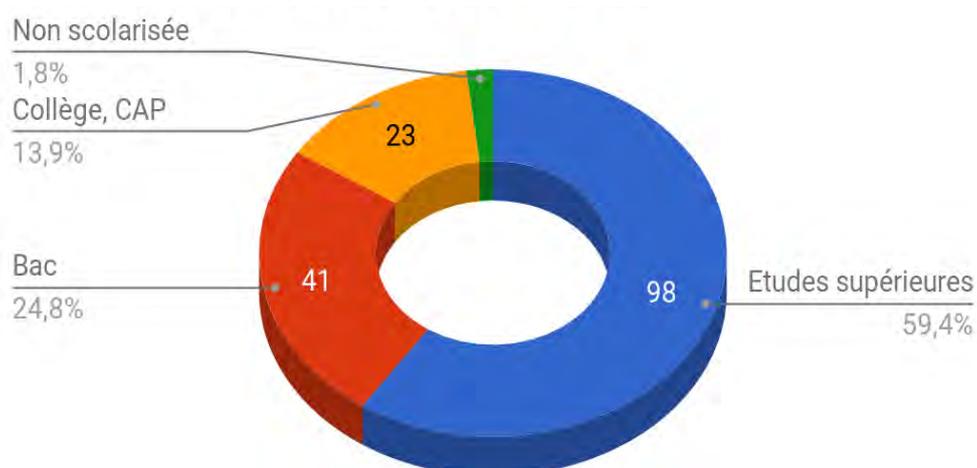


La figure 2 représente la répartition par maternité des 165 femmes qui ont participé à l'enquête parmi les 230 sollicitées. Notre population est constituée de 77 femmes ayant accouché à la clinique Jules Verne (niveau 2) soit 46.7%, de 65 femmes ayant accouché à la maternité du CHU de Nantes (niveau 3) soit 39.4% et de 23 femmes ayant accouché à la maternité de Challans (niveau 1) soit 13.9%.

Ainsi parmi les femmes interrogées, à Jules Verne, 87.0% des femmes ont participé à des séances de PNP. A la maternité du CHU de Nantes, elles étaient 52.3% à avoir suivi des séances de PNP. Enfin à la maternité de Challans, 69.6% des femmes avaient participé à des séances de PNP.

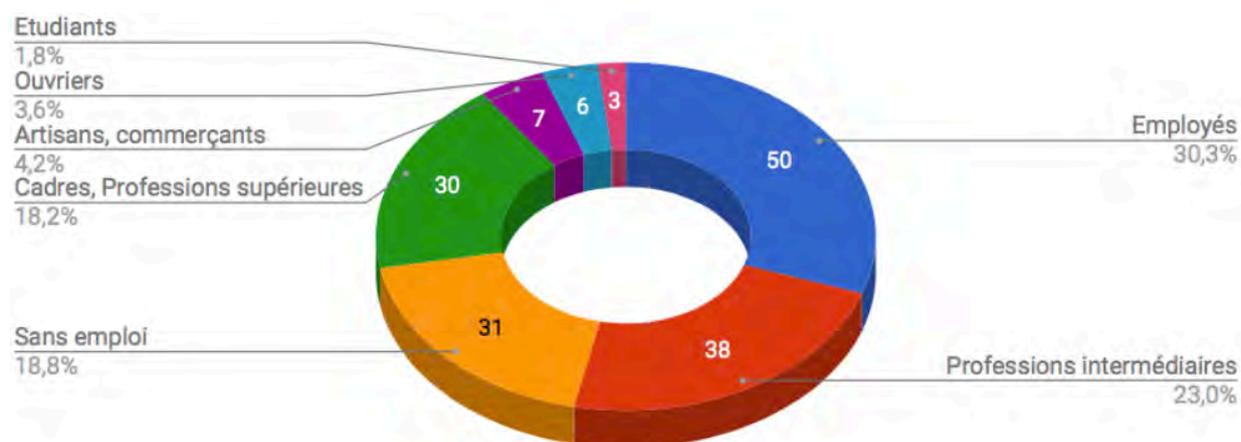
L'âge moyen des femmes dans notre échantillon est de 30.7 ans avec un minimum à 16 ans et un maximum à 43 ans. La parité moyenne dans notre échantillon est de 1.7 enfants avec un maximum à 6 enfants. Il y a 78 primipares soit 47.3% de notre échantillon et 87 multipares soit 52.7% de notre échantillon.

Figure 3 : Répartition selon le niveau d'étude



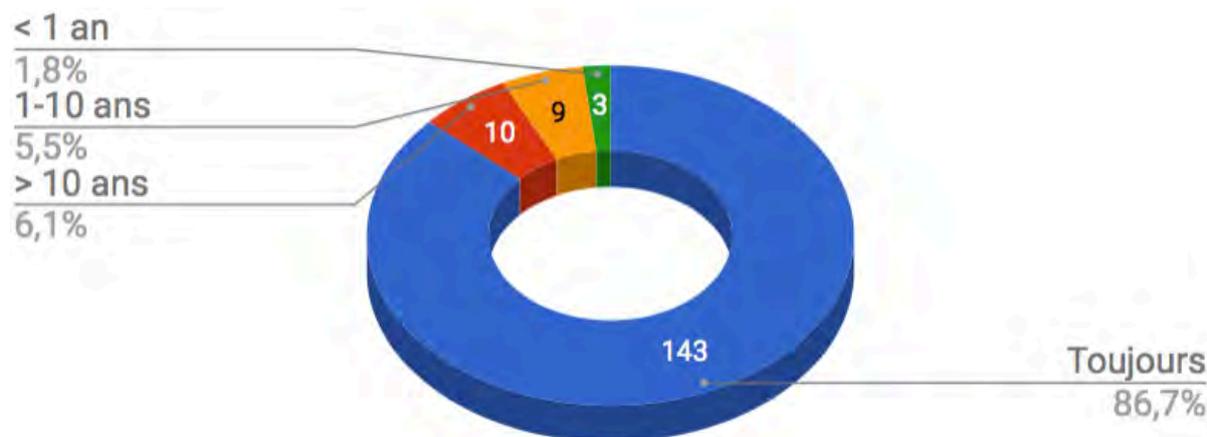
La figure 3 représente le **niveau d'études** des participantes. Il y a 59.4% des femmes de notre population qui ont fait des études supérieures, 24.8% qui se sont arrêtées au baccalauréat, 13.9% qui ont un CAP ou se sont arrêtées au collège et 1.8% des femmes qui n'ont pas été scolarisées.

Figure 4 : Répartition selon la profession



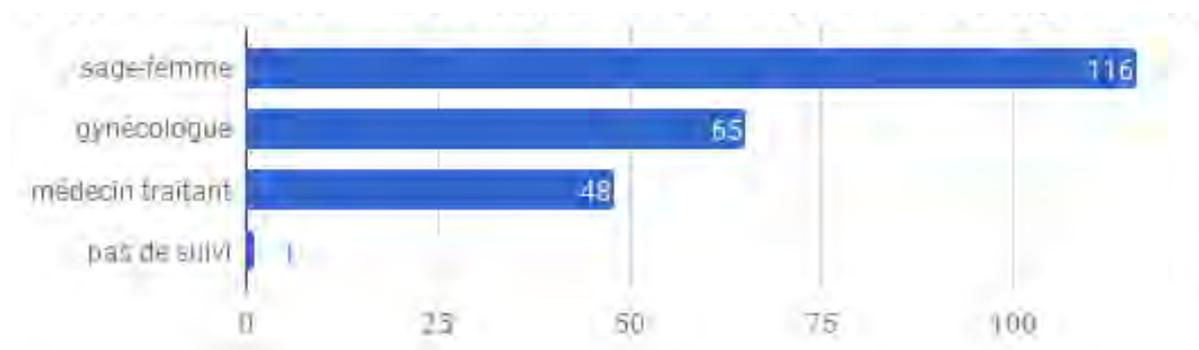
La figure 4 représente la répartition des femmes de l'échantillon selon leur **profession**. Il y a 30,3% des femmes qui sont employées, 23,0% qui ont une profession intermédiaire, 18,8% qui sont sans emploi, 18,2% qui sont cadres ou qui ont une profession supérieure, 4,2% qui sont artisans ou commerçants, 3,6% d'ouvriers et 1,8% d'étudiants.

Figure 5 : Répartition selon le nombre d'années de vie en France



La figure 5 représente la répartition des femmes selon le **nombre d'années vécues en France**. La majorité vivent en France depuis toujours, elles sont 86.7%. Ensuite, 6.1% des femmes vivent dans ce pays depuis plus de dix ans. Elles sont 5.5% à y vivre depuis un à dix ans et 1.8% à y vivre depuis moins d'un an.

Figure 6 : Répartition selon les professionnels qui ont suivi la grossesse



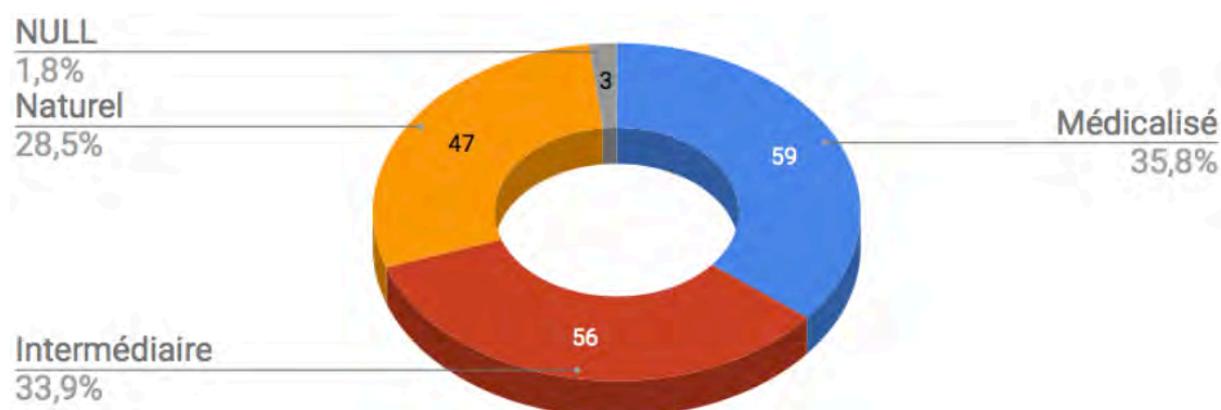
La figure 6 représente les **professionnels de santé** qui ont suivi la grossesse des femmes de l'échantillon. Certaines ont rencontré plusieurs professionnels pendant leur suivi. Elles sont 70.3% à avoir été suivies au moins en partie par une sage-femme, 39.4% par un gynécologue, 29.1% par leur médecin traitant et 0.6% n'ont eu aucun suivi de grossesse.

Pour pouvoir évaluer l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le vécu des séances de PNP, nous avons évalué la proportion de femmes ayant eu **une grossesse ou un accouchement non physiologique**. Ainsi, la grossesse est considérée comme « non physiologique » pour les femmes ayant été hospitalisées ou ayant eu une pathologie pendant la grossesse et l'accouchement est considéré

comme « non physiologique » pour les femmes ayant eu un déclenchement, une extraction instrumentale, une hémorragie du post partum ou une césarienne ainsi que les femmes ayant accouché prématurément (avant 37SA) ou à terme dépassé (à partir de 42SA). Ainsi, dans notre population, 45 femmes (27.3%) ont eu une grossesse « non physiologique » et 77 femmes (46.7%) un accouchement « non physiologique ».

Dans la suite de notre questionnaire, nous avons demandé aux femmes de se positionner selon le **niveau de médicalisation** souhaité pour l'accouchement. Il s'agit d'une évaluation subjective et rétrospective. Nous avons classé les réponses en trois catégories : naturel, intermédiaire et médical selon la place de la croix dessinée.

Figure 7 : Souhait de prise en charge pour l'accouchement



La figure 7 présente le **niveau de médicalisation souhaité** par la femme pour son accouchement. Dans notre échantillon, 35.8% des femmes souhaitent un accouchement très médicalisé ou plutôt médicalisé, 33.9% souhaitent un intermédiaire entre les deux, 28.5% des femmes souhaitent un accouchement plutôt naturel ou très naturel.

Par ailleurs, dans notre population, les femmes sont 85.5% à souhaiter une **analgésie péridurale** le jour de leur accouchement. Finalement, seulement 70.9% d'entre elles auront une analgésie péridurale pour l'accouchement.

Dans notre échantillon, 66.7% des femmes ont commencé un **allaitement maternel** pour leur nouveau-né à la maternité.

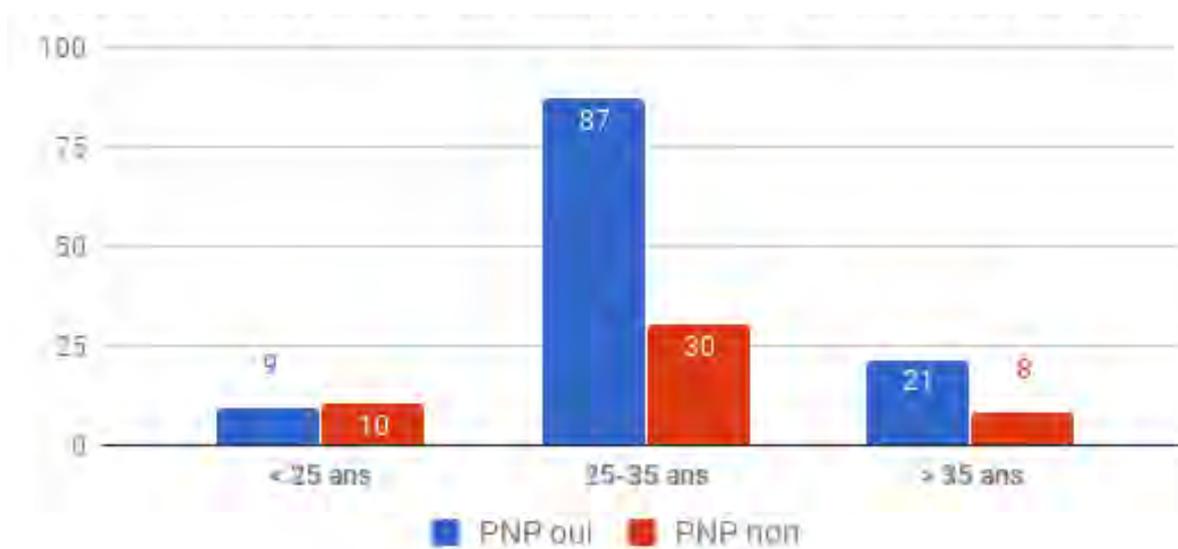
Figure 8 : Présentation de notre population selon la participation à une PNP

Facteurs étudiés		PNP oui (117)	PNP non (48)	P value
Âge moyen		31.2 (117)	29.4 (48)	< 0.05
Niveau d'études	Etudes supérieures	72.6% (85)	27.1% (13)	< 0.001
	Bac	18.0% (21)	41.6% (20)	< 0.01
	Brevet, CAP ou inférieur	9.4% (11)	31.3% (15)	< 0.001
Profession	Professions supérieures ou intermédiaires	49.6% (58)	20.8% (10)	< 0.001
	Artisan, commerçant, agriculteur employé, ouvrier, étudiant	39.3% (46)	41.7% (20)	0.15
	Sans emploi	11.1% (13)	37.5% (18)	< 0.001
Parité moyenne		1.51 (117)	2.15 (48)	< 0.001
Vie en France	Toujours	93.2% (109)	70.8% (34)	< 0.001
	Autres	6.8% (8)	29.2% (14)	< 0.001
Suivi grossesse	Sage-Femme	68.4% (80)	75.0% (36)	0.40
	Gynécologue	41.0% (48)	35.4% (17)	0.50
	Médecin traitant	28.2% (33)	31.3% (15)	0.70
Lieu suivi	Jules Verne	36.8% (43)	14.6% (7)	< 0.01
	CHU Nantes	22.2% (26)	52.1% (25)	< 0.001
	Challans	10.3% (12)	8.3% (4)	<i>non valide</i>
	Cabinet ville	61.5% (72)	54.2% (26)	0.38
Souhait médicalisation	Naturel	31.6% (37)	20.9% (10)	0.16
	Intermédiaire	30.8% (36)	41.7% (20)	0.18
	Médicalisé	36.8% (43)	33.3% (16)	0.68
Souhait APD		83.8% (98)	89.6% (43)	0.34
Grossesse pathologique		25.6% (30)	31.3% (15)	0.46
Lieu accouchement	Jules Verne	57.3% (67)	20.8% (10)	< 0.001
	CHU Nantes	29.1% (34)	64.6% (31)	< 0.001
	Challans	13.7% (16)	14.6% (7)	0.88
Taux APD		75.2% (88)	60.4% (29)	0.06
Accouchement pathologique		48.7% (57)	41.7% (20)	0.41
<i>Accouchement pathologique chez les primipares</i>		51.5% (34)	66.7% (8)	<i>non valide</i>
<i>Accouchement pathologique chez les multipares</i>		43.1% (22)	41.7% (15)	0.89
Allaitement maternel		71.8% (84)	54.2% (26)	< 0.05

Ce tableau reprend l'ensemble des données de la partie - profil - et - grossesse et accouchement - du questionnaire en fonction de la participation ou non à une préparation à la naissance ou la parentalité. Le groupe de femmes ayant suivi des séances de PNP compte 117 femmes et celui n'ayant pas suivi de séances de PNP compte 48 femmes.

Ainsi, **l'âge moyen** est significativement supérieur dans le groupe « PNP oui » (31.2 ans) par rapport à celui « PNP non » (29.4 ans) avec un risque inférieur à 5% de se tromper ($p \text{ value} = 0.03 < 0.05$).

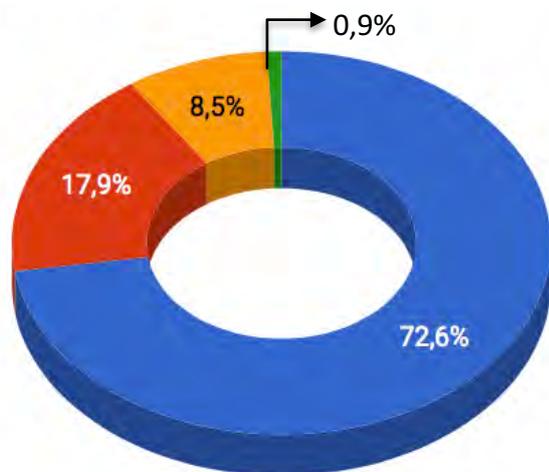
Figure 9 : Participation à des séances de PNP selon la tranche d'âge



La figure 9 représente la **participation** à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité **selon la tranche d'âge** des femmes. Dans notre échantillon, les femmes de moins de 25 ans sont 47.4% à avoir suivi une préparation à la naissance et à la parentalité, les femmes de 25 à 35 ans sont 74.4% à y avoir participé et les femmes de plus de 35 ans sont 72.4% à y avoir participé.

Nous pouvons noter que le **niveau socio-économique** est différent dans les deux groupes. En effet, dans le groupe ayant fait de la PNP, on retrouve significativement plus de femmes ayant suivi des études supérieures et ayant des professions supérieures ou intermédiaires et significativement moins de femmes ayant un niveau BAC, CAP ou inférieur, la proportion de femmes sans emploi est significativement plus importante dans le groupe n'ayant pas fait de PNP.

Figure 10 : Répartition selon le niveau d'études (PNP oui)



● Etudes supérieures ● Bac ● Collège, CAP ● Non scolarisée

Figure 11 : Répartition selon le niveau d'études (PNP non)

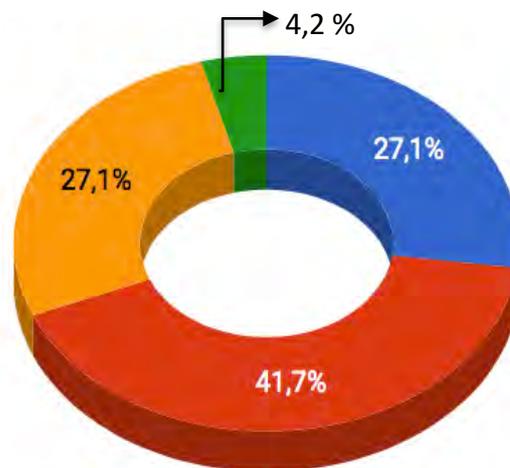
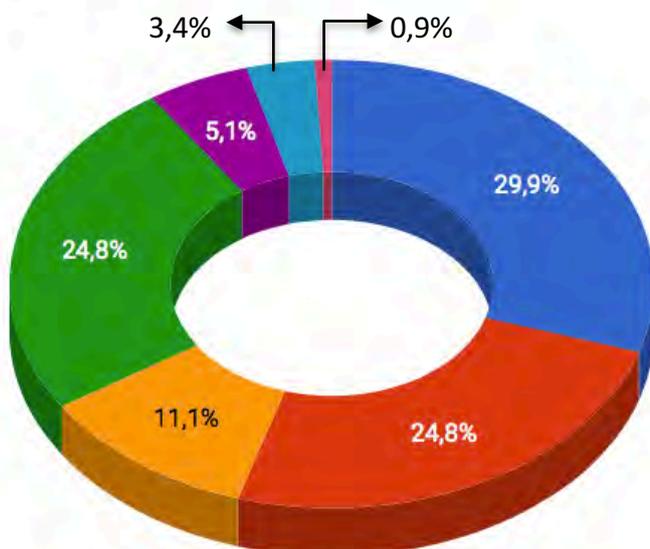
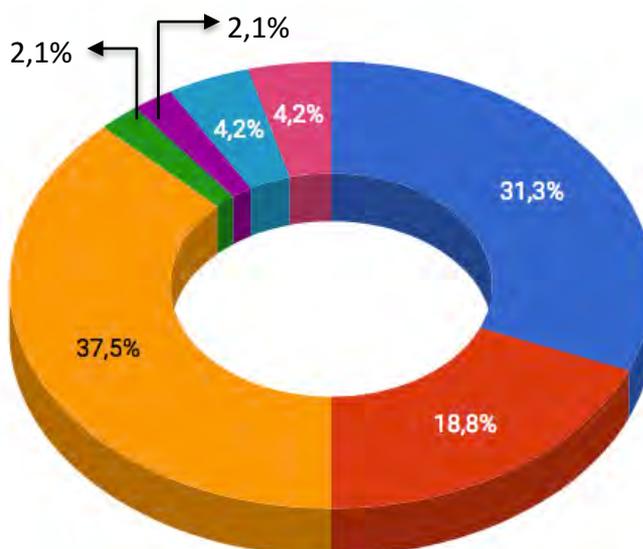


Figure 12 : Répartition selon la profession (PNP oui)



● Employés ● Professions intermédiaires ● Sans emploi ● Cadres, Professions supérieures
 ● Artisans, commerçants ● Ouvriers ● Etudiant

Figure 13 : Répartition selon la profession (PNP non)



La **parité moyenne** est significativement plus basse pour les femmes participant à des séances de PNP (1.51 enfants/femmes) que pour les autres (2.15 enfants/femmes). Globalement parmi les participantes à l'étude, 84.6% des primipares y participent contre 58.6% des multipares.

Dans le groupe ayant participé à des séances de PNP, il y a significativement plus de femmes ayant toujours **vécu en France** (93.2%) que dans l'autre groupe (70.8%). Dans l'ensemble de notre échantillon, 86.6% des femmes vivent en France depuis toujours, 6.1% depuis plus de dix ans, 5.5% depuis un à dix ans et 1.8% depuis moins d'un an.

Figure 14 : Répartition selon le nombre d'années de vie en France (PNP oui)

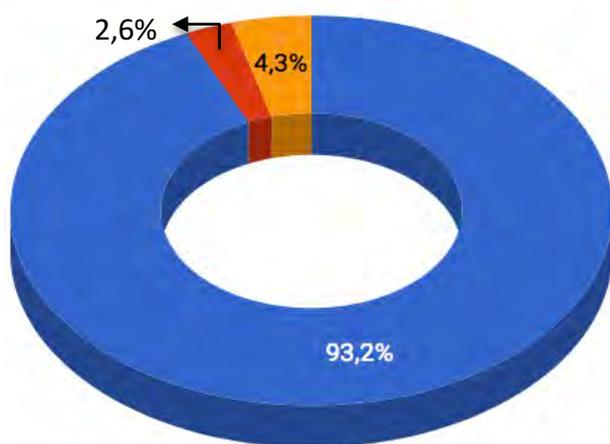
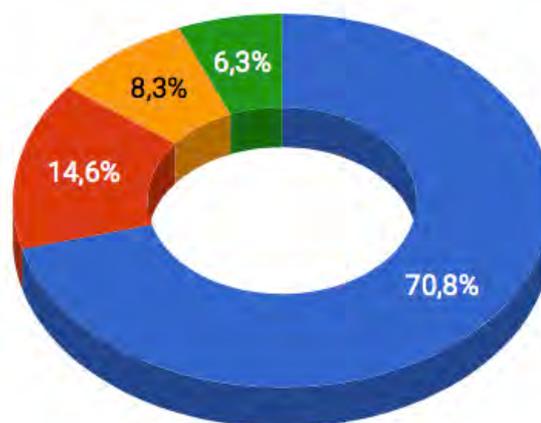


Figure 15 : Répartition selon le nombre d'années de vie en France (PNP non)

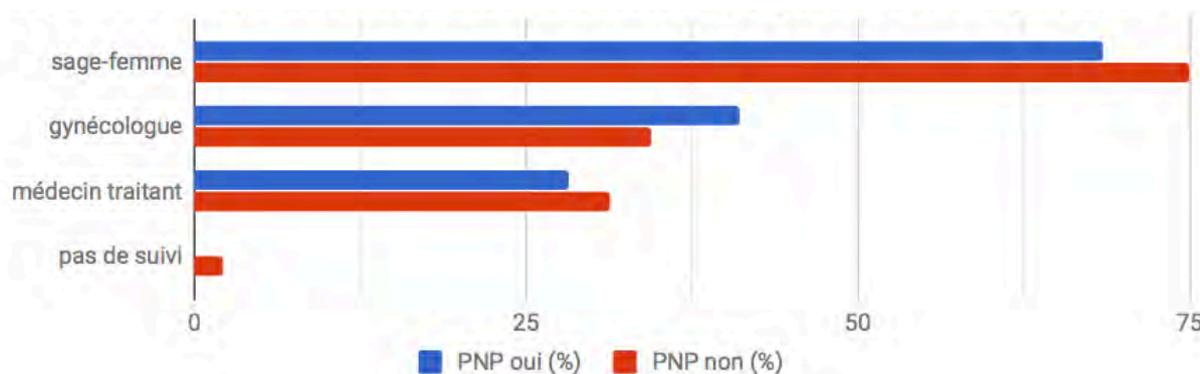


● Toujours ● > 10 ans ● 1-10 ans ● < 1 an

En ce qui concerne le **suivi de grossesse**, il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes quant aux professionnels de santé. Les femmes sont 36.4% à avoir été suivies exclusivement par des sages-femmes, 29.1% exclusivement par des médecins (traitant ou gynécologue) et 34.5% par les deux.

Les femmes suivies à la clinique Jules Verne sont significativement plus nombreuses à participer à des séances de PNP que les autres femmes de notre échantillon. A l'inverse, celles suivies au CHU de Nantes sont significativement moins nombreuses à y participer que les autres femmes. Celles suivies à la maternité de Challans ne sont pas assez nombreuses pour faire un test de significativité. Enfin, pour les femmes suivies en cabinet de ville, il n'y a pas de différence significative.

Figure 16 : Répartition selon les professionnels qui ont suivi la grossesse



Dans notre échantillon, le **souhait de médicalisation** n'était pas significativement différent entre les deux groupes. En ce qui concerne le souhait d'analgésie péridurale pour l'accouchement, la différence n'est pas non plus significative entre les deux groupes, 83.8% pour le groupe de femmes ayant participé à des séances de PNP et 89.6% pour l'autre groupe.

Figure 17 : Souhait de prise en charge pour l'accouchement (PNP oui)

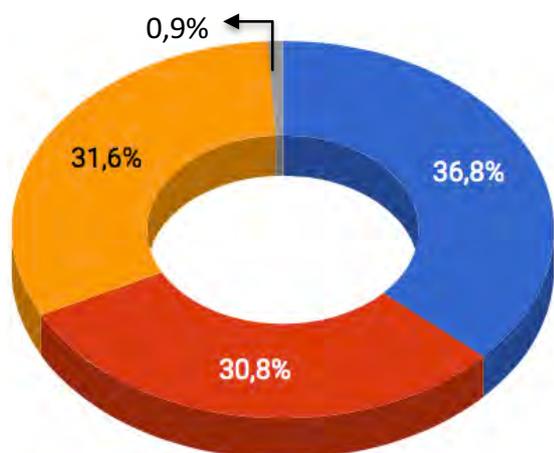
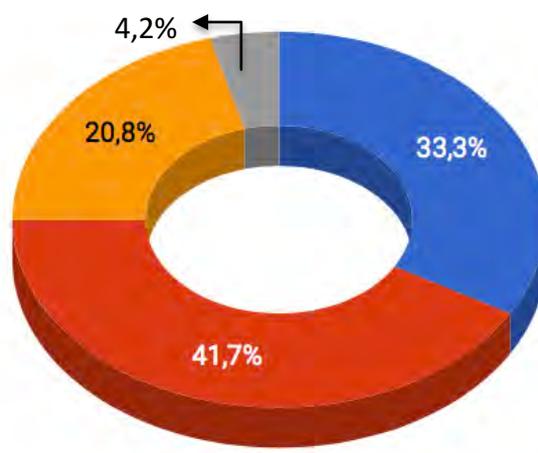


Figure 18 : Souhait de prise en charge pour l'accouchement (PNP non)



● médicalisé ● intermédiaire ● naturel ● NULL

La proportion de femmes ayant eu une **grossesse non physiologique** n'est pas significativement différente entre le groupe de femmes ayant fait de la PNP (25.6%) et l'autre groupe (31.3%). Quant à la proportion de femmes ayant eu un **accouchement non physiologique**, la différence n'est pas non plus significative (48.7% dans le groupe PNP et 41.7% dans l'autre). Nous avons séparé les primipares et les multipares pour savoir si la parité jouait un rôle, mais la différence n'est pas significative pour les multipares et l'échantillon est insuffisant pour les primipares.

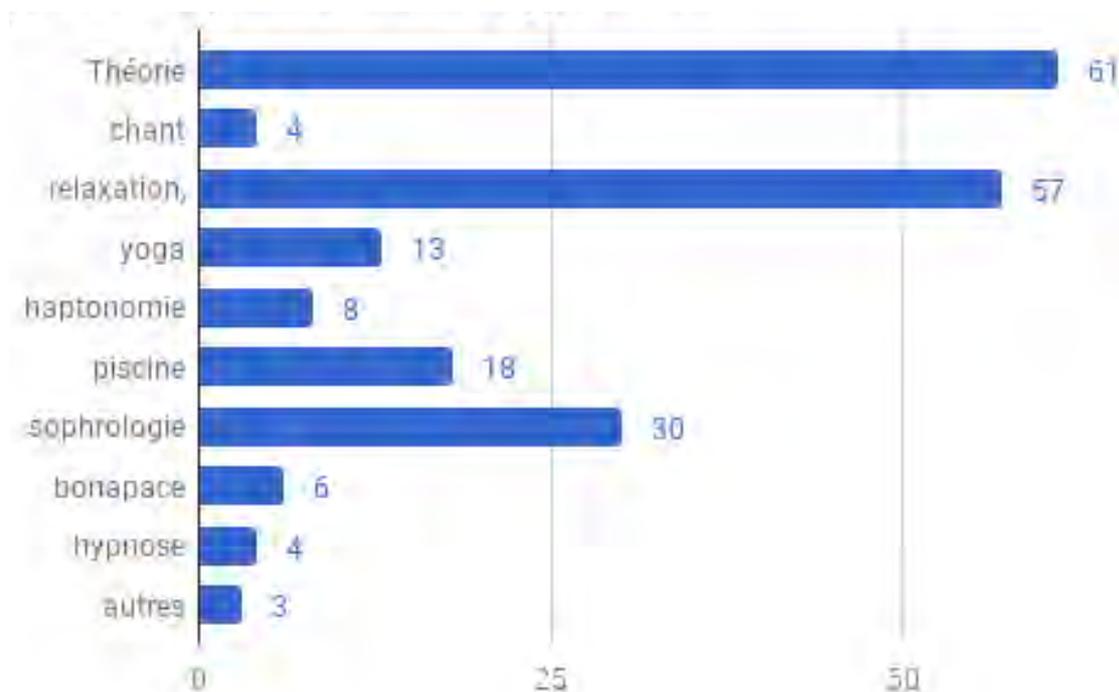
De la même manière que pour le lieu de suivi, dans notre population, les femmes ayant participé à des séances de PNP viennent significativement plus de la clinique Jules Verne et celles n'ayant pas participé aux séances viennent en majorité de la maternité du CHU de Nantes. Ainsi, à la clinique Jules Verne, les femmes sont 87.0% à suivre des séances de PNP, à la maternité du CHU de Nantes, elles sont 52.3% et à la maternité de Challans, elles sont 69.6% à avoir fait des séances de PNP.

Le taux d'**analgésie péridurale** pour l'accouchement est de 75.2% dans le groupe de femmes ayant suivies à une PNP et de 60.4% dans l'autre groupe. Cette différence n'est pas significative pour un risque de 5%. Enfin, le taux d'allaitement maternel est significativement plus important chez les femmes ayant participé à des séances de PNP (71.8%) que chez les autres femmes (54.2%).

2. Participation à des séances de PNP

Dans notre échantillon, 70.9% des femmes ont suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

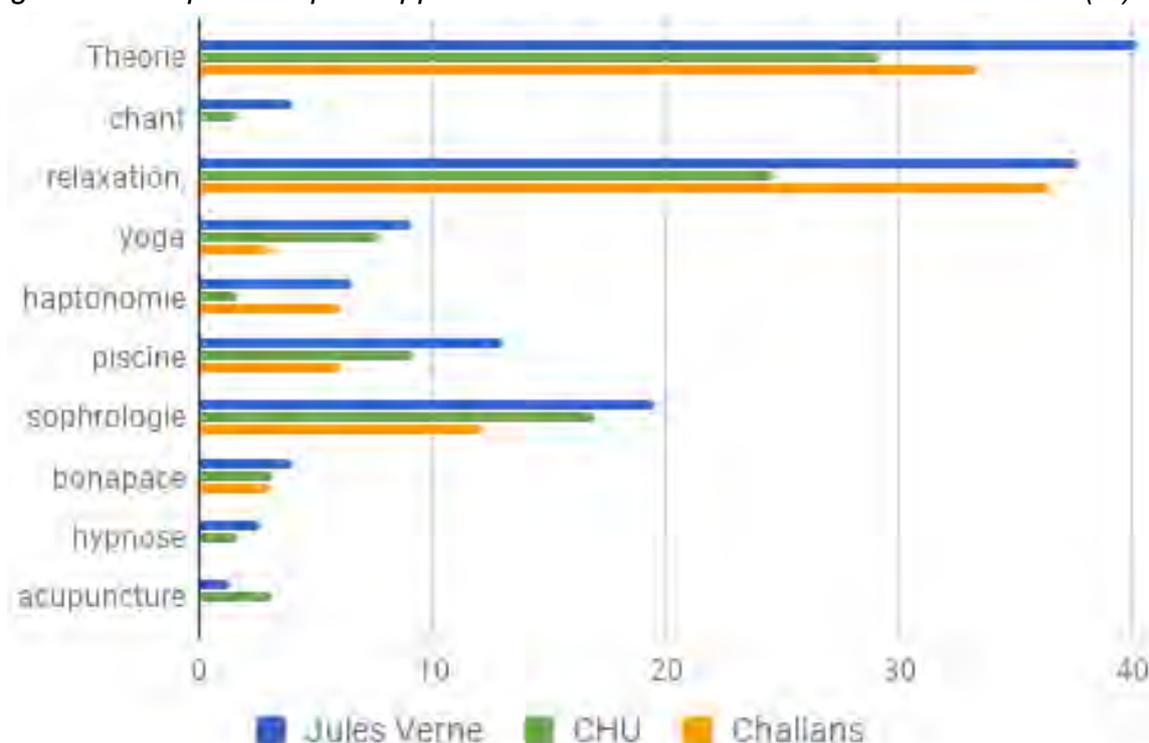
Figure 19 : Répartition selon les supports utilisés lors de la PNP



La figure 19 montre la répartition des différents **supports utilisés** pendant les séances par les femmes. Très souvent les parcours de préparation comportaient des

séances avec plusieurs supports différents. Ainsi, au total 52.1% des femmes ont eu des séances avec de la théorie pendant leur PNP, 48.7% de la relaxation, de l'étirement ou du ballon, 25.6% de la sophrologie, 15.4% à avoir eu de l'aquagym prénatal, 11.1% du yoga, 6.8% de l'haptonomie, 5.1% ont eu de la méthode Bonapace, 3.4% de l'hypnose et enfin 2.6% ont eu des séances d'acupuncture.

Figure 20 : Répartition par supports utilisés lors de la PNP selon la maternité (%)



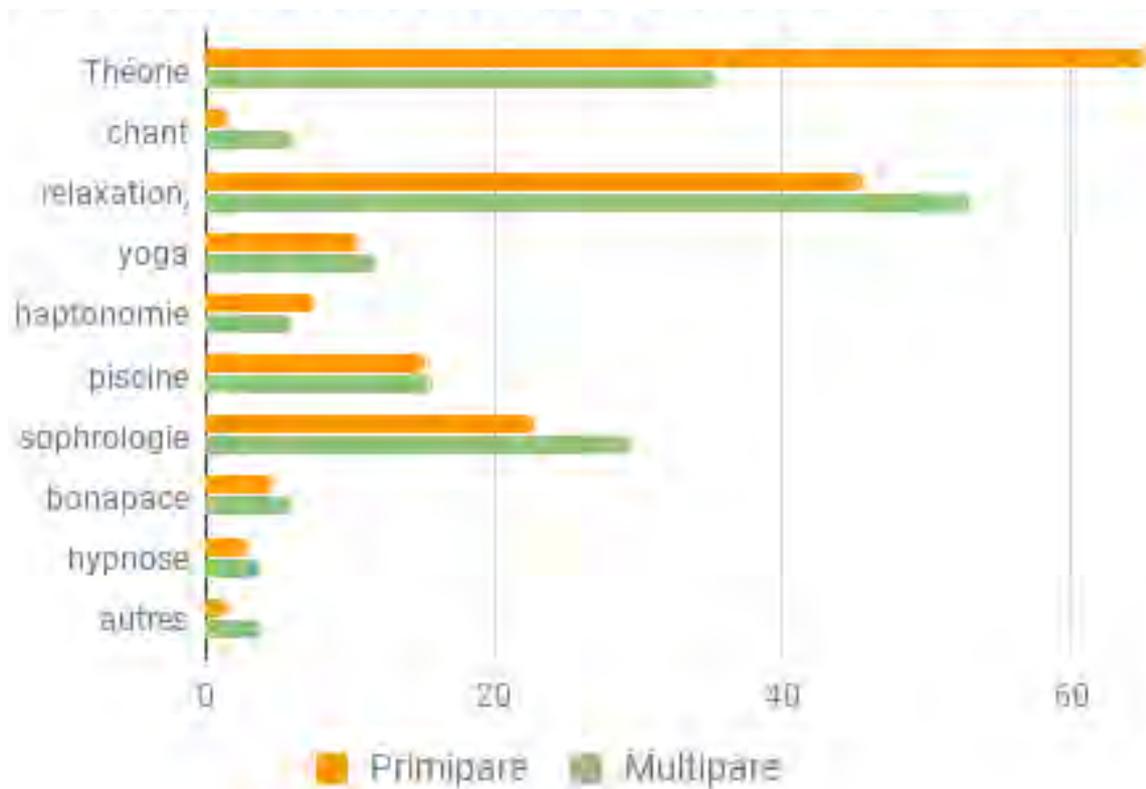
La figure 20 représente la proportion de chaque support utilisé pour la préparation dans les trois maternités, nous constatons quelques disparités.

Ainsi, à Jules Verne les femmes de notre échantillon sont 40.3% à avoir eu des séances avec de la théorie pendant leur préparation à la naissance et à la parentalité, 37.7% ont eu de la relaxation, des étirements ou du ballon, 19.5% de la sophrologie, 13.0% de l'aquagym, 9.1% du yoga, 6.5% de l'haptonomie, 3.9% du chant, 3.9% de la méthode Bonapace, 2.6% de l'hypnose et 1.3% de l'acupuncture.

Ensuite, à la maternité du CHU de Nantes, dans notre échantillon, les femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont 29.2% à avoir eu des séances avec de la théorie, 24.6% ont eu de la relaxation, des étirements ou du ballon, 16.9% de la sophrologie, 9.2% de l'aquagym, 7.7% du yoga, 3.1% de l'acupuncture, 3.1% de la méthode Bonapace, 1.6% de chant, 1.6% de l'haptonomie et 1.6% d'hypnose.

Enfin à la maternité de Challans, dans notre échantillon, les femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont 36.4% à avoir eu des séances relaxation/étirements/ballon, 33.3% ont eu des séances avec de la théorie, 12.1% de la sophrologie, 6.1% de l'aquagym, 6.1% de l'haptonomie, 3.0% de méthode Bonapace et 3.0% de yoga. Aucune n'a fait d'acupuncture, de chant ou d'hypnose.

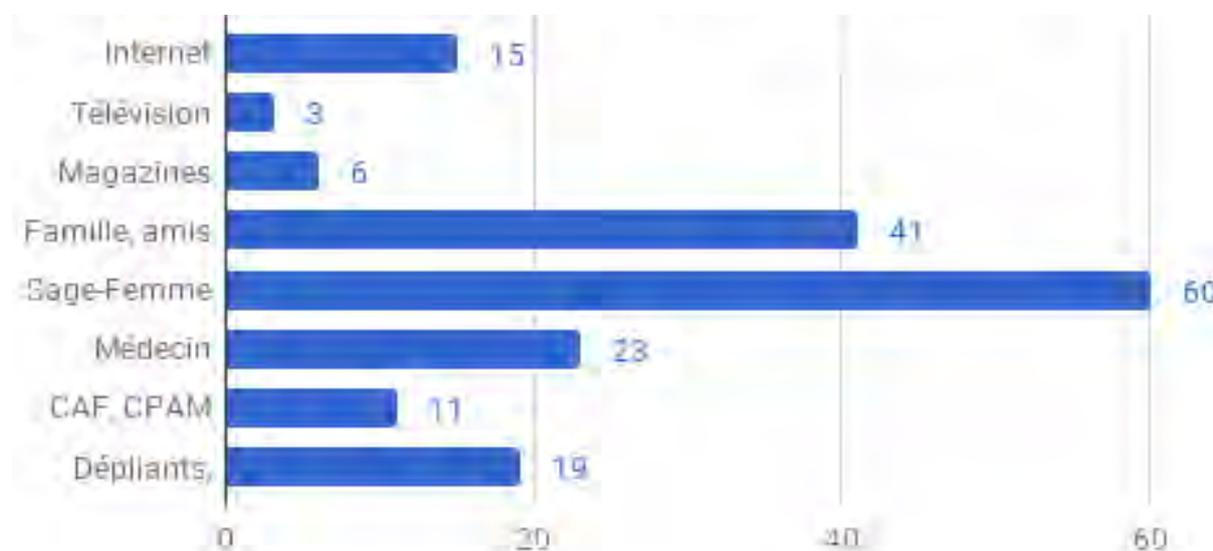
Figure 21 : Répartition par supports utilisés lors de la PNP selon la parité (%)



La figure 21 représente la proportion de chaque support utilisé pour la préparation en fonction de la parité. Ainsi les primipares sont 65.2% à avoir suivi des séances théoriques contre 35.3% des multipares. Pour le chant, cela concerne 1.5% des primipares et 5.9% des multipares. La relaxation, l'étirement ou le ballon ont attiré 45.5% des primipares et 52.9% des multipares. Des séances de yoga ont été suivies par 10.6% des primipares et 11.6% des multipares. L'haptonomie a concerné 7.6% des primipares et 5.9% des multipares. L'aquagym prénatal a attiré 15.2% des primipares et 15.7% des multipares. Des séances de sophrologie ont été suivies par 22.7% des primipares et 29.4% des multipares. Ensuite, la méthode Bonapace a fait partie des préparations de 4.6% des primipares et 5.9% des multipares. L'hypnose a concerné 3.0% des primipares et 3.9% des multipares. Enfin, 1.5% des primipares et 3.9% des multipares ont fait au moins une séance d'acupuncture.

En comparant la proportion de multipares ayant suivi des séances théoriques (35.3%) et la proportion de primipares ayant aussi suivi des séances théoriques (65.2%), on retrouve une différence significative avec un risque d'erreur inférieur à 5% (p value = 0.0014).

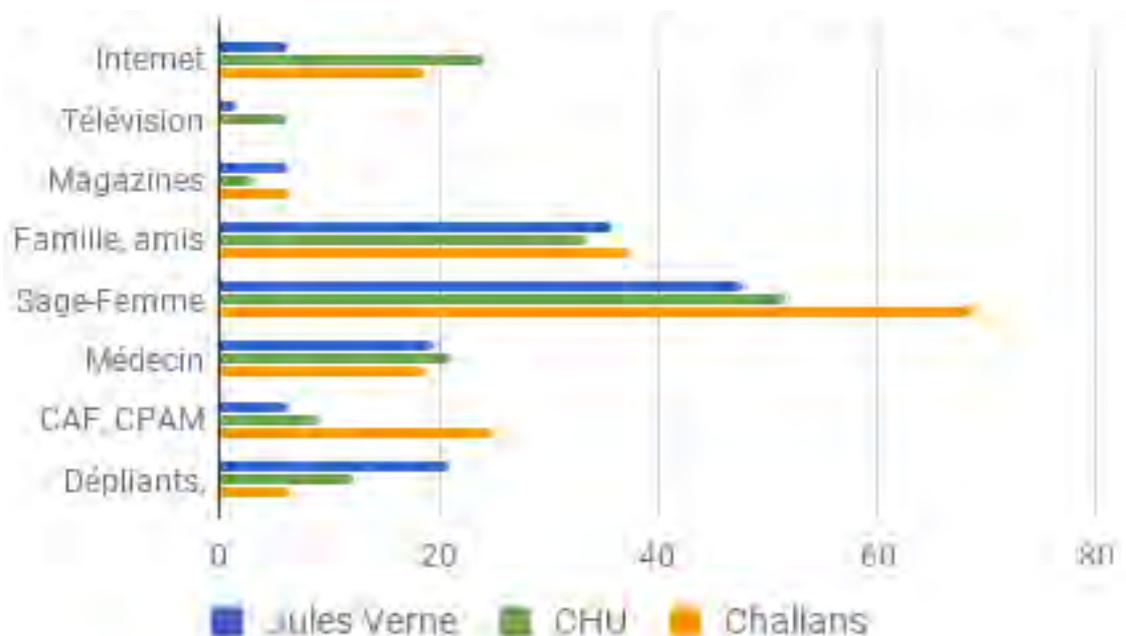
Figure 22 : Répartition selon la méthode d'information



La figure 22 présente les proportions de chaque **méthode d'information** pour les séances de PNP. Ainsi, 51.3% des femmes ayant participé à des séances de PNP ont été informées par une sage-femme de leur existence ou de leurs modalités. Ensuite, 35.0% des femmes en ont entendu parler par des amis ou de la famille, 19.7% par un médecin (traitant ou gynécologue), 16.2% par des dépliants ou des prospectus, 12.8% sur internet, 9.4% par la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse des allocations familiales, 5.1% par des magazines et 2.6% à la télévision. Certaines femmes ont été informées par plusieurs moyens.

Globalement, les femmes étaient 92.0% à connaître l'existence de plusieurs préparations à la naissance et à la parentalité.

Figure 23 : Méthodes d'information selon la maternité (%)



La figure 23 présente les proportions de chaque méthode d'information selon la maternité. Dans toutes les maternités, le premier moyen d'information est la sage-femme, pour 68.8% des femmes à la maternité de Challans, 51.5% des femmes à la maternité du CHU de Nantes et 47.8% des femmes à la clinique Jules Verne. Ensuite, la famille et les amis arrivent en seconde position pour les trois structures avec 37.5% des femmes informées par ce biais à la maternité de Challans, 35.8% des femmes à la clinique Jules Verne et 33.3% à la maternité du CHU de Nantes. Les autres méthodes sont en proportion différentes selon les lieux d'accouchement.

Ainsi, à la clinique Jules Verne, en troisième position, ce sont à 20.9% les dépliants et les prospectus qui informent les femmes, puis les médecins à 19.4%, ensuite, à égalité en cinquième position, l'information passe à 6.0% par internet, les magazines et la CPAM/CAF, enfin, en dernière position, 1.5% ont reçu l'information par le biais de la télévision.

A la maternité du CHU de Nantes, le moyen qui arrive en troisième position est internet qui a permis l'information de 24.2% des femmes. Un médecin a informé les femmes dans 21.2% des cas, ensuite 12.1% des femmes ont reçu l'information par le biais de dépliants ou de prospectus. Les caisses primaires d'assurance maladie et d'allocations familiales ont transmis l'information dans 9.1% des cas. Les femmes sont 6.1% à avoir entendu l'information à la télévision et enfin 3.0% par la lecture d'un magazine.

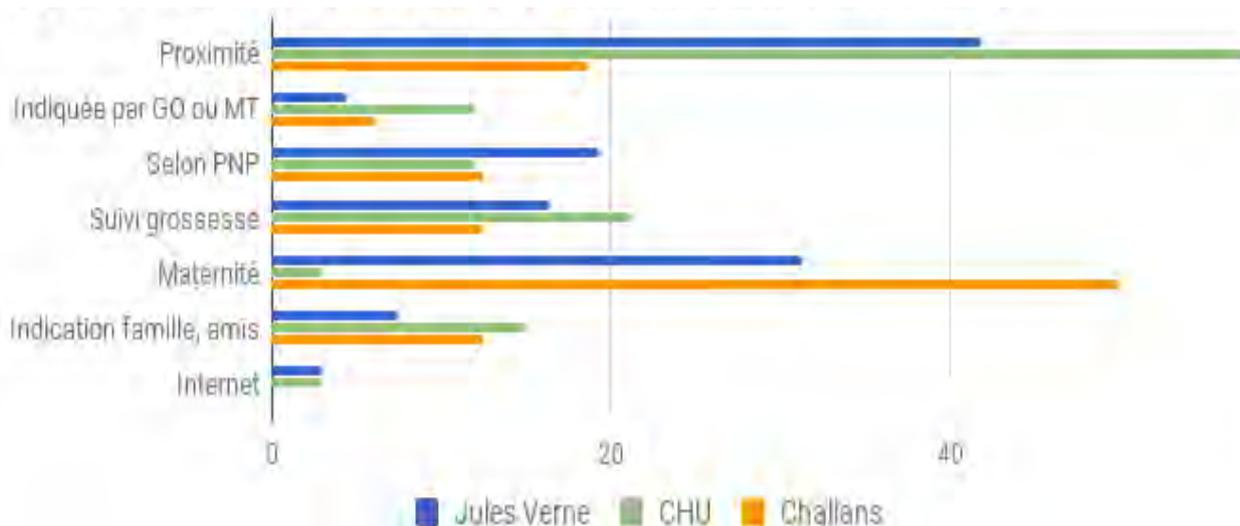
A la maternité de Challans, en troisième position, les femmes sont 25.0% à avoir entendu parler de la PNP par la CPAM ou la CAF, puis 18.8% par le médecin et autant par internet. Pour finir, elles sont 6.3% à avoir été informées par des dépliants ou des prospectus et autant par des magazines. Aucune n'a eu l'information par la télévision.

Figure 24 : Déterminants du choix de la sage-femme



La figure 24 présente les éléments **déterminants du choix de la sage-femme** pour les séances de PNP. Dans notre population, 42.7% des femmes ont choisi leur sage-femme par rapport à la proximité du cabinet. Ensuite, 25.6% d'entre elles sont allées voir une des sages-femmes de leur maternité. Dans 17.1% des cas c'est la sage-femme qui suivait leur grossesse qu'elles ont vu aussi pour la PNP. Pour 16.2% des femmes, le choix de la sage-femme est motivé par le type de PNP proposé. La famille et les amis ont été déterminants dans le choix de la sage-femme pour 10.3% des femmes. Dans 6.8% des cas, c'est le médecin qui a déterminé le choix de la femme. Enfin pour 3.4% des femmes, des recherches sur internet ont déterminé leur choix. Aucune d'entre elles n'a été voir une sage-femme qui la suivait auparavant pour sa contraception. La proportion de femmes ayant choisi selon la proximité géographique est significativement supérieure à celle de femmes ayant choisi selon la maternité (p value = 0.0058) et selon la PNP (p value = 8.82×10^{-8}). La différence entre le choix selon la maternité et selon la PNP n'est pas significative.

Figure 25 : Déterminants du choix de la sage-femme selon la maternité (%)



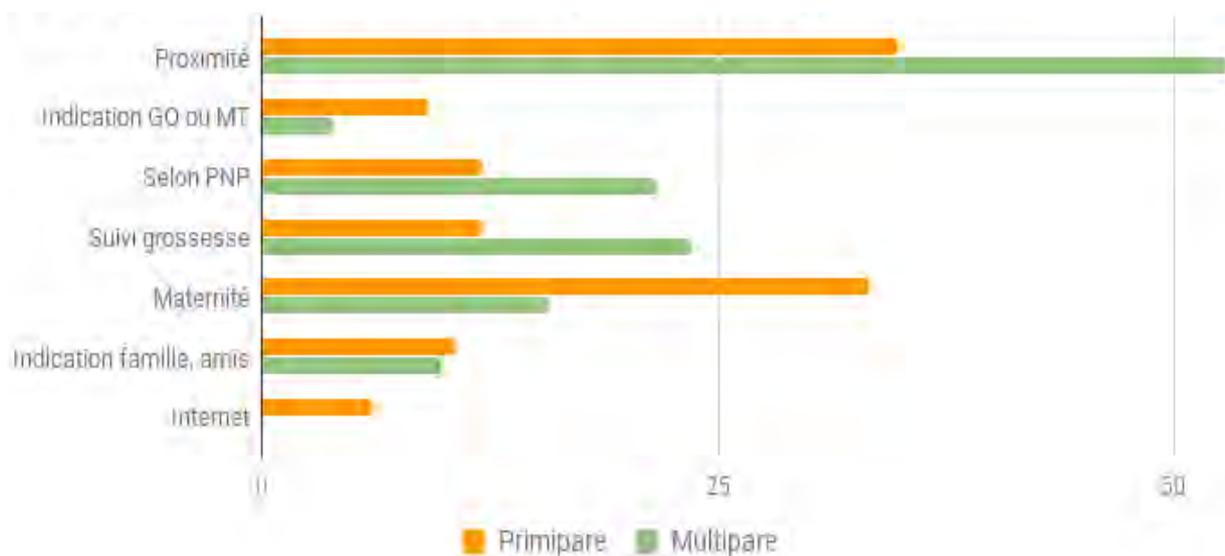
La figure 25 présente les déterminants du choix de la sage-femme selon la maternité d'accouchement. Ainsi, la répartition est différente selon les maternités.

A la maternité de la clinique Jules Verne, la proximité de la sage-femme est le premier déterminant à 41.8%. Ensuite, 31.3% des femmes se sont tournées vers les sages-femmes de la clinique. En troisième position, à 19.4% c'est le type de PNP proposé qui a motivé leur choix. Les autres déterminants sont, dans l'ordre d'apparition, la sage-femme qui suit la grossesse (16.4%), l'indication de la famille ou des amis (7.5%), l'indication du médecin (4.5%) et internet (3%).

A la maternité du CHU de Nantes, la proximité de la sage-femme est aussi le premier déterminant dans 57.6% des cas. Ensuite, la sage-femme qui suit la grossesse est aussi celle qui fait la PNP pour 21.2% des femmes. En troisième position, l'indication de la famille ou des amis est un déterminant pour 15.1% des femmes. Les autres déterminants sont, au même niveau, le type de PNP proposé (12.1%) et l'indication du médecin (12.1%) puis à égalité aussi la sage-femme de la maternité (3%) et internet (3%).

A la maternité de Challans, 50% des femmes vont voir une sage-femme de leur maternité pour la PNP. Ensuite, la proximité est déterminante pour 18.8% des femmes. Les autres déterminants sont au même niveau d'apparition, le type de PNP proposé (12.5%), la sage-femme qui suit la grossesse (12.5%) et l'indication de la famille ou des amis (12.5%), puis l'indication du médecin pour 6.3% des femmes.

Figure 26 : Déterminants du choix de la sage-femme selon la parité (%)



La figure 26 présente les déterminants du choix de la sage-femme selon la parité des femmes de notre population.

D'une part, pour les primipares, les deux déterminants principaux sont la proximité du cabinet (34.9%) et une sage-femme de la maternité (33.3%). Elles sont 12.1% à choisir la sage-femme selon le type de PNP proposé et autant à choisir la sage-femme qui suit déjà leur grossesse. Les autres déterminants sont, par ordre décroissant d'importance, l'indication de la famille ou des amis (10.6%), l'indication du médecin (9.1%) et les recherches sur internet (6.1%). La différence entre le choix selon la proximité et selon la maternité n'est pas significative. Par contre, la proportion de choix selon la PNP est significativement plus basse que celle selon la proximité (p value = 0.0021) et que celle selon la maternité (p value = 0.0036).

D'autre part, pour les multipares, le principal déterminant est aussi la proximité du cabinet (52.9%). Ensuite, elles se tournent vers la sage-femme qui suit leur grossesse dans 23.5% des cas et elles choisissent selon le type de PNP dans 21.6% des cas. Les autres déterminants qui influencent le choix de la sage-femme sont, par ordre d'importance, une sage-femme de la maternité (15.7%), l'indication de la famille ou des amis (9.8%) et enfin l'indication du médecin (3.9%). La différence entre le choix selon la proximité et le choix selon la PNP est significative (p value = 0.0011).

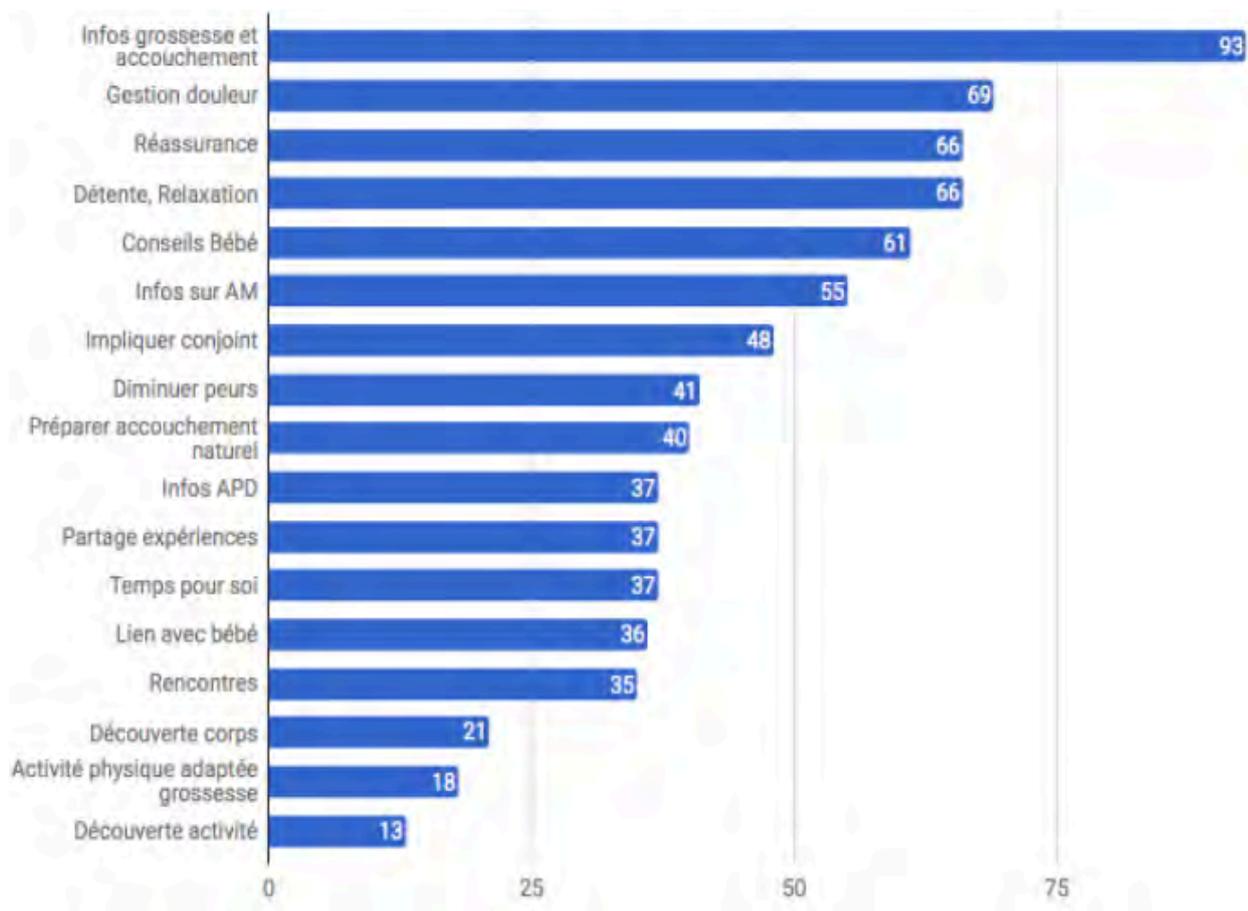
Si on compare la proportion de multipares qui ont choisi la sage-femme selon le type de PNP (21.6%) à la proportion de primipares ayant fait la même chose (12.1%), la différence n'est pas significative (p value = 0.2422).

En étudiant cette question, nous constatons que dans l'échantillon de femmes à haut niveau socio-économique (femme ayant fait des études supérieures et ayant une profession supérieure ou intermédiaire), 26.0% ont choisi la sage-femme selon le type de PNP proposé. Mais ce pourcentage n'est pas significativement supérieur au 16.2% de femmes de la population totale dans notre étude (p value = 0.1422).

En moyenne, les femmes de notre population ont effectué 6.7 séances avec un minimum de 1 séance et un maximum de 18 séances. Ces séances ont commencé, en moyenne à 6.4 mois de grossesse, entre le deuxième et le neuvième mois. Les femmes de notre population sont 24.0% à avoir suivi plusieurs types de préparation à la naissance et à la parentalité.

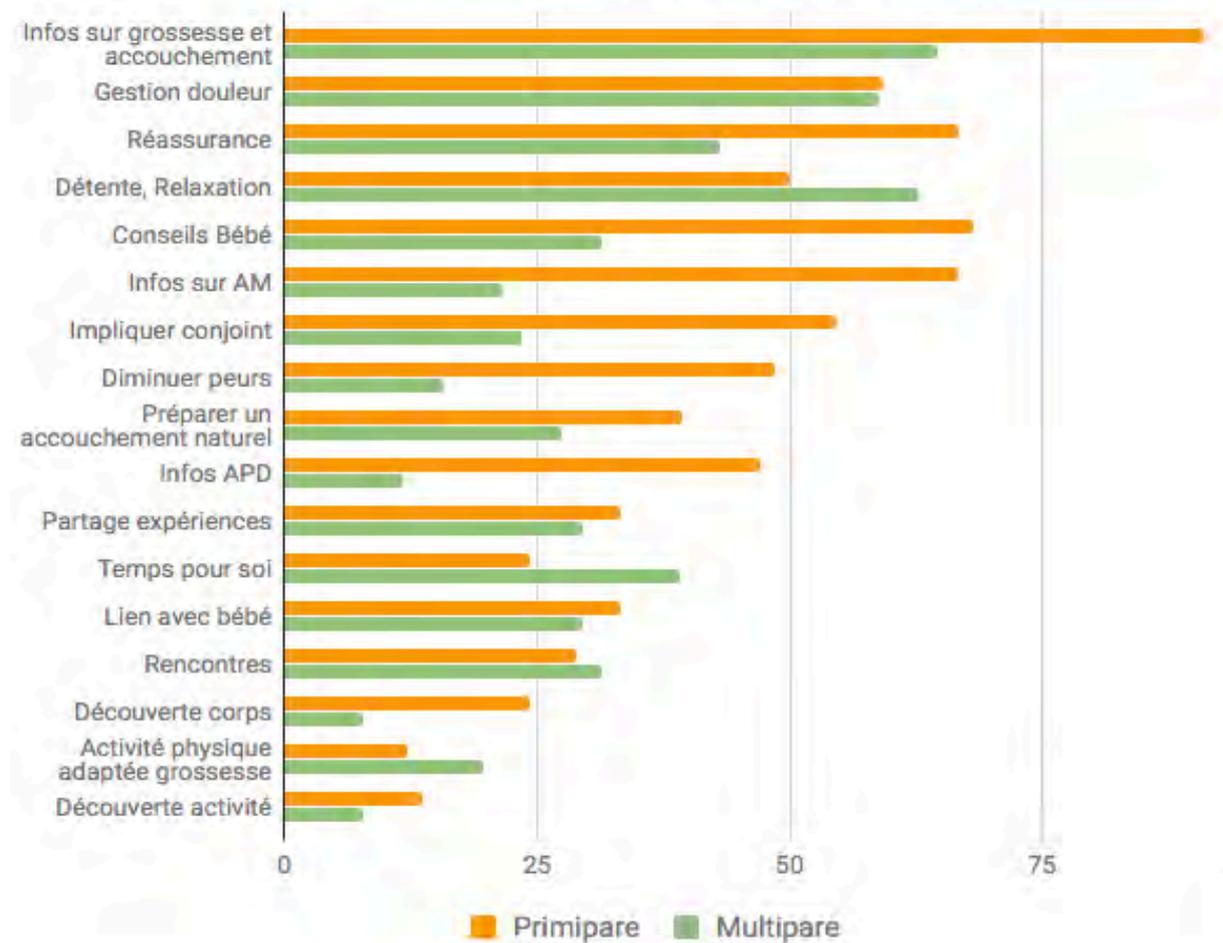
Globalement, les **conjoints** étaient présents à toutes les séances pour 10.3% des couples, au moins une fois pour 52.1% des couples et jamais pour 36.8% d'entre eux. Les horaires étaient adaptés pour les conjoints dans 51.3% des cas.

Figure 27 : Recherches des femmes dans la PNP



La figure 27 présente les différentes **recherches** des femmes pour leur PNP. Elles pouvaient cocher autant de réponses qu'elles souhaitaient. Ainsi pour les 117 femmes ayant participé à des séances de PNP, la grande majorité souhaitaient recevoir des informations sur la grossesse et l'accouchement (79.5%), puis elles sont plus de la moitié à rechercher une gestion de la douleur (59%), à souhaiter être réassurer (56.4%), à chercher la détente ou la relaxation (56.4%) ou des conseils pour le bébé à venir (52.1%). Ensuite, dans l'ordre d'importance, on retrouve les informations sur l'allaitement maternel (47%), l'implication du conjoint (41%), la diminution des peurs (35%), la préparation à un accouchement naturel (34.2%), puis au même niveau, les informations sur l'analgésie péridurale (31.6%), le partage d'expérience (31.6%) et prendre du temps pour soi (31.6%), le suivi du lien avec le bébé (30.8%), les rencontres avec d'autres futures mamans (29.9%), la découverte de son corps (18%), la pratique d'une activité physique adaptée à la grossesse (15.4%) et enfin la découverte d'une nouvelle activité (11.1%).

Figure 28 : Recherches des femmes dans la PNP selon la parité (%)



La figure 28 présente en proportion ce que les femmes recherchent dans la PNP selon la parité.

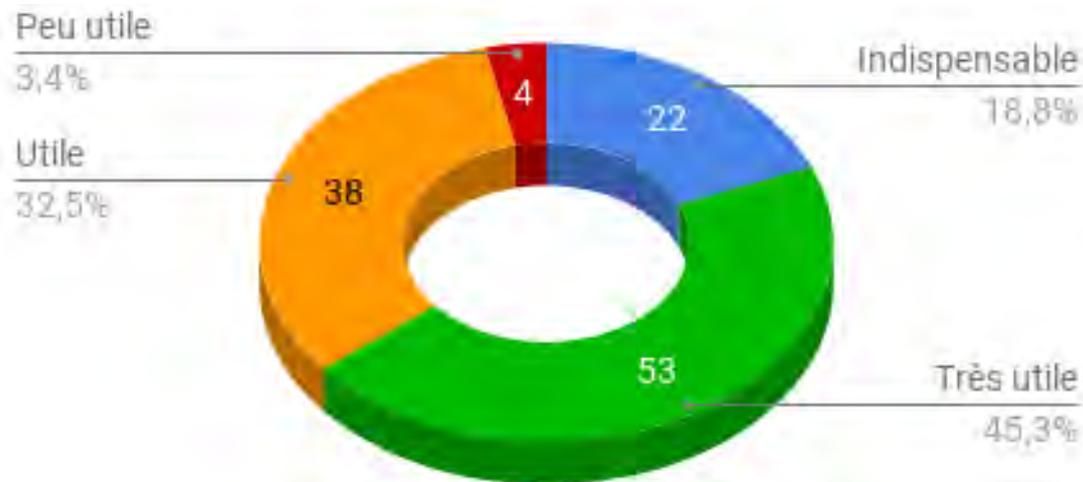
Ainsi, pour les primipares, plus de la moitié d'entre elles recherchent, dans l'ordre d'importance, des informations sur la grossesse et l'accouchement (90.9%), des conseils pour le bébé (68.2%), des informations sur l'allaitement maternel (66.7%), d'être rassurée (66.7%), d'apprendre à gérer la douleur (59.1%), d'impliquer le conjoint (54.5%) puis la détente et la relaxation (50%). Ensuite, elles recherchent la diminution de leurs peurs (48.5%), des informations sur l'analgésie péridurale (47%), à se préparer pour un accouchement naturel (39.4%), le partage d'expériences (33.3%), le lien avec leur bébé (33.3%), les rencontres (28.8%), à prendre du temps pour elles (24.2%), la découverte de leur corps (24.2%), une nouvelle activité (13.6%) et enfin une activité physique (12.1%).

Pour les multipares, la majorité d'entre elles recherchent des informations sur la grossesse et l'accouchement (64.7%), puis la détente et la relaxation (62.8%) et apprendre à gérer la douleur (58.8%). Ensuite, dans l'ordre d'importance, elles cherchent à être rassurées (43.1%), prendre du temps pour elle (39.2%), recevoir des conseils pour le bébé (31.4%), faire des rencontres (31.4%), partager des expériences (29.4%), se préparer à un accouchement naturel (27.5%), créer un lien avec le bébé (27.5%), impliquer le conjoint (23.5%), recevoir des informations sur l'allaitement maternel (21.6%), faire une activité physique (19.6%), diminuer leurs peurs (15.7%), des informations sur la péridurale (11.8%), découvrir leur corps (7.8%) et découvrir une nouvelle activité (7.8%).

Nous avons regroupé les demandes par catégories. Ainsi, 84,6% des femmes souhaitent se préparer pour le travail et l'accouchement (*accouchement naturel, gestion douleur, réassurance, diminuer les peurs*), elles sont 81,2% à rechercher des informations (*grossesse, accouchement, allaitement, APD*), ensuite, les items concernant la cellule familiale sont plébiscités par 71,8% d'entre elles (*conjoint, bébé*), les attentes personnelles (*nouvelle activité, activité physique, détente, temps pour soi, découverte du corps*) concernent 68,4% des recherches et enfin la recherche d'un lien social (*rencontres, partage*) est plébiscité par 42,7% des femmes.

Nous pouvons aussi regrouper les demandes en trois autres catégories. Tout d'abord, les demandes qui concernent la préparation à la naissance : informations sur la grossesse, l'accouchement et la péridurale, la préparation à un accouchement naturel et la gestion de la douleur, cette catégorie de demande est plébiscitée par 94.0% des femmes. Ensuite, les demandes qui concernent la préparation à la parentalité : l'information sur l'allaitement maternel, les conseils pour le nouveau-né, les liens avec le bébé et l'implication du conjoint, elles sont plébiscitées par 80.3% des femmes. Une troisième catégorie est plébiscitée par 88.9% des femmes, il s'agit plutôt d'une recherche d'accompagnement global de la grossesse : rencontrer d'autres femmes, partager des expériences, découvrir une nouvelle activité ou conserver une activité physique, découvrir son corps, prendre du temps pour soi, se détendre et diminuer ses peurs.

Figure 29 : Répartition selon l'utilité des séances de PNP



La figure 29 représente **l'évaluation des séances** par les femmes de notre population. Ainsi, 64.1% des femmes trouvent les séances indispensables ou très utiles, 32.5% utiles et 3.4% des femmes peu utiles, aucune femme n'a trouvé les séances inutiles.

Si on s'intéresse à la parité, les primipares sont 63.6% à trouver les séances indispensables ou très utiles et les multipares sont 64.7%. La différence entre les primipares et les multipares n'est pas significative (p value = 0.9048).

Comme nous avons interrogé les femmes en post-partum, nous nous sommes intéressé à l'impact de l'accouchement sur le ressenti de l'utilité des séances de PNP. Nous avons donc divisé les femmes en deux échantillons, celles avec un accouchement non physiologique (déclenchement, césarienne, instruments, hémorragie du post-partum, prématurité ou terme dépassé) soit 57 femmes et les autres, 58 femmes.

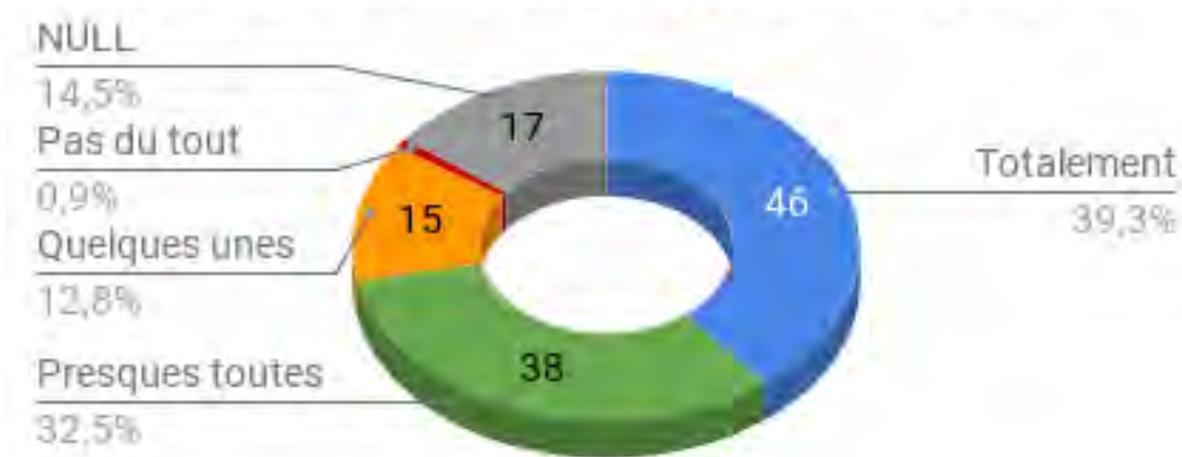
Celles qui ont eu un accouchement non physiologique sont 22.8% à trouver les séances de PNP indispensables contre 15.5% des autres femmes. Cette différence n'est pas significative (p value = 0.3204).

Les femmes de l'échantillon "accouchement compliqué" sont ensuite 42.1% à trouver les séances très utiles, 29.8% utiles et 5.3% peu utiles. Pour l'autre partie de la population, 50% des femmes ont trouvé les séances très utiles, 32.8% utiles et 1.7% peu utiles.

Ainsi, les femmes qui ont eu un accouchement "compliqué" semble avoir un avis plus tranché sur l'utilité des séances de PNP, avec un nombre augmenté de

femmes très satisfaites et aussi une augmentation du nombre de femmes non satisfaites mais la différence n'est pas significative.

Figure 30 : Répartition selon la réponse aux attentes



La figure 30 présente la répartition des femmes de l'échantillon ayant participé aux séances de PNP selon la **réponse aux attentes** qu'elles avaient en amont des séances. Parmi les 117 femmes ayant participé à des séances de PNP, seulement 100 femmes ont répondu à cette question (17 NULL). Ainsi, sur les 100 femmes ayant répondu, 84.0% sont totalement ou presque totalement satisfaites du contenu des séances. Elles sont 15.0% à avoir trouvé la réponse à seulement quelques attentes et 1.0% à aucune attente.

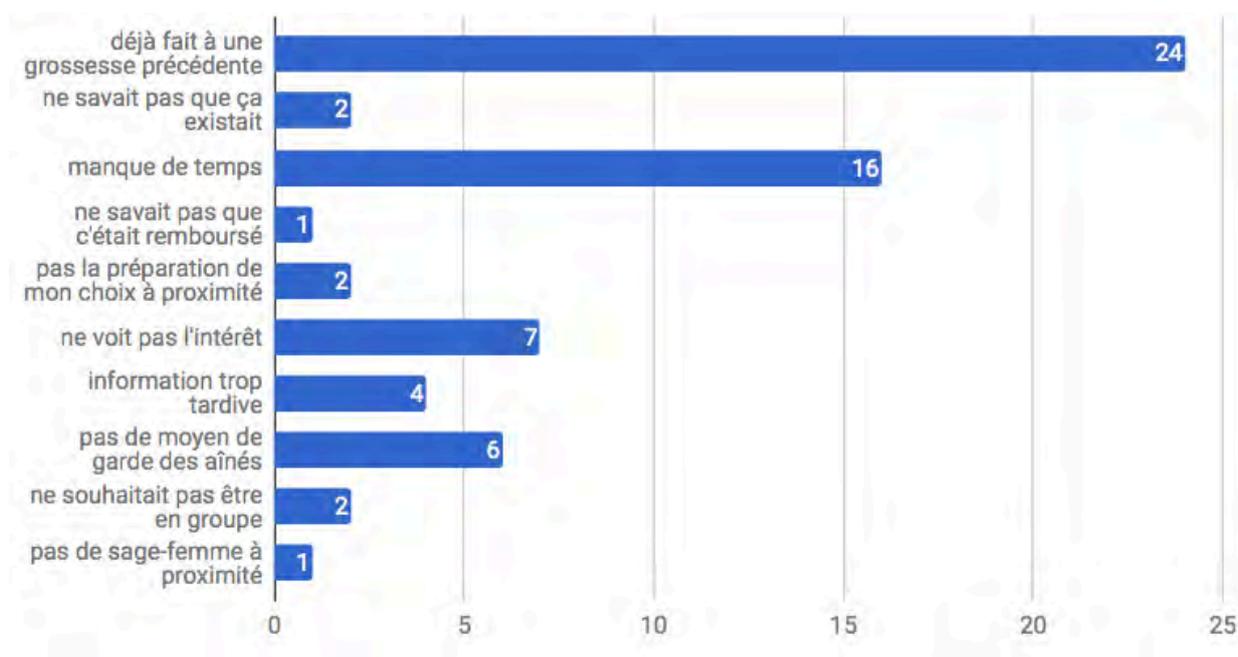
Si on s'intéresse à la parité des femmes de notre population, 78.9% des primipares ayant répondu estiment que les séances ont répondu à toutes ou presque toutes leurs attentes contre 90.7% des multipares. Mais, cette différence n'est pas significative (p value = 0.1043). On ne peut pas conclure sur la satisfaction entre les multipares et les primipares.

Pour 30.8% des femmes de notre population, les séances de PNP ont apporté plus de bénéfices que ceux qui étaient attendus. Par ailleurs, 87.2% des femmes toutes parités confondues souhaitent recommencer des séances de PNP en cas de prochaine grossesse, parmi ces femmes, 55.9% souhaitent faire exactement la même préparation à la naissance et à la parentalité.

3. Les raisons de l'absence de PNP

Parmi notre échantillon, 48 femmes n'ont suivi aucune séance de préparation à la naissance et à la parentalité.

Figure 31 : Raisons de ne pas suivre une PNP



La figure 31 montre les différentes raisons avancées par les femmes de notre échantillon de ne pas avoir participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ainsi, la première raison avancée est celle des femmes multipares qui ont déjà participé lors d'une grossesse précédente pour 50% d'entre elles. Ensuite, le manque de temps est un frein pour 33.3% des femmes, suivi par un manque d'intérêt pour 14.6% d'entre elles et par le manque de moyen de garde des aînés pour 12.5% d'entre elles. Les autres raisons sont avancées par moins de 10% des femmes.

Ainsi, l'absence de préparation à la naissance et à la parentalité n'est pas toujours un choix, on observe que pour 12.5% des femmes c'est l'information trop tardive ou inexistante qui a empêché l'accès aux séances et pour 6.3% des femmes c'est lié à l'absence de sage-femme ou d'offre de préparation de leur choix à proximité de leur domicile.

PARTIE III - DISCUSSION

Nous allons désormais approfondir l'analyse des données que nous venons de vous présenter. Dans un premier temps, nous vous énoncerons les forces et les faiblesses de notre étude ainsi que son niveau de représentativité en comparaison de la population générale. Par la suite, nous reviendrons sur nos hypothèses initiales et les autres résultats les plus pertinents. Pour terminer cette partie, nous aborderons la place de la sage-femme dans l'évolution de la préparation à la naissance et à la parentalité.

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Représentativité de notre population

Dans cette sous-partie, nous allons tenter de voir si la population de notre enquête est représentative de la population générale en comparant nos données à celles de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (publiée le 11 octobre 2017)²⁵, de l'enquête de satisfaction de B. Branger en Pays de la Loire en 2008²⁶ et des données de l'Insee (bilan démographique)²⁷.

Nous pouvons comparer l'**âge moyen** de la population de notre étude (30.7 ans) à l'âge maternel moyen de femmes de la population générale. L'enquête de 2008 dans les Pays de la Loire montre un âge maternel moyen à 30.0 ans (+/- 4.8). D'après l'Insee, en 2016, l'âge moyen à la maternité est de 30.5 ans (*provisoire, actualisé fin 2016*). Enfin, d'après l'ENP, l'âge moyen est de 30.3 ans en 2016. Les données de notre population semblent correspondre à celles de la population générale.

Après l'âge, nous pouvons comparer la **fécondité** et la **parité** des femmes. Selon l'Insee, la fécondité moyenne en France est en baisse avec 1.93 enfant par femme en 2016. Dans notre population, la parité moyenne est de 1.7 enfant par

²⁵ INSERM et DREES, « Enquête nationale périnatale rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 », 2017

²⁶ B. Branger, « Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire », 2014

²⁷ Insee, « L'évolution démographique en France », 2016

femme ce qui est inférieur à la moyenne nationale. Selon l'ENP, en 2016, 42.2% des femmes étaient primipares (47.3% dans notre étude) et 57.8% de multipares (52.7% dans notre étude). Au vu de la parité, notre échantillon semble représentatif.

Nous pouvons nous concentrer ensuite sur le **niveau socio-économique**. Voici un tableau reprenant nos résultats par rapport à ceux de l'ENP 2016. Pour correspondre aux données de l'ENP, nous avons donné ici seulement les résultats pour les femmes majeures de notre étude (164 femmes sur 165). Ainsi, nous observons que notre population a globalement un niveau d'étude semblable à la population générale.

	Notre Population (164 femmes)	Population générale (ENP, 2016)
Etudes supérieures	59.8%	55.4%
Baccalauréat	25.0%	21.7%
Collège, CAP	13.4%	21.3%
Non scolarisé, primaire	1.8%	1.6%

Pour les catégories socio-professionnelles ensuite, voici un tableau reprenant nos résultats par rapport aux femmes de la population générale, uniquement pour les femmes majeures. Nous observons que dans notre population, les femmes sont plus nombreuses à avoir un emploi que dans la population générale. Par ailleurs, parmi les femmes ayant un emploi, les femmes de notre population sont plus nombreuses à avoir une profession supérieure et moins nombreuses avec une profession intermédiaire que la population générale. Globalement, notre population semble avoir un niveau socio-économique légèrement supérieur à la population générale avec principalement un taux d'emploi plus important.

	Notre Population (164 femmes)	Population générale (ENP, 2016)
En emploi	79.9%	68.1%
Sans emploi	18.9%	28.9%
Etudiante	1.2%	2.1%

	Notre Population (131 femmes)	Population générale (ENP, 2016)
Agricultrices	-	0.4%
Artisans, commerçantes	5.3%	3.1%
Cadres, professions supérieures	22.9%	13.3%
Professions intermédiaires	29.0%	40.3%
Employées	38.2%	38.2%
Ouvriers	4.6%	4.7%

Ensuite, le **taux de participation à des séances de PNP** dans la population générale était en 2016 de 77.9% pour les primipares et de 33.8% pour les multipares, d'après l'enquête nationale périnatale de 2016. Dans notre population, le taux est de 70.9% au total, plus précisément de 84.6% pour les primipares et de 58.6% pour les multipares. Pour le taux de participation à des séances de PNP, notre population ne semble pas être représentative de la population générale. Par contre, l'ENP de 2016 présente également des données régionales, ainsi le taux de PNP chez les primipares dans la région Pays de la Loire est de 84.8% (significativement supérieur au taux national). Nos données concernant la PNP sont donc représentatives de notre région.

Par la suite, concernant le **taux de satisfaction** de la PNP exprimé par les femmes, l'enquête de Branger en 2008 dans les Pays de la Loire montre 80.8% de femmes satisfaites, dans notre étude ce taux semble équivalent avec 84.0% de femmes satisfaites de la PNP.

Pendant la grossesse, le **taux d'hospitalisation moyen** mesuré par l'ENP en 2016 est de 18.1% contre seulement 7.3% des femmes de notre étude.

Concernant l'**analgesie péridurale**, pendant la grossesse, les femmes de la population générale sont 85.4% à la souhaiter pour leur accouchement et sont au final 81.4% à l'obtenir réellement selon l'ENP. Dans notre population elles sont également 85.5% à la souhaiter mais seulement 70.9% à l'obtenir. Il y a donc une grande différence dans la proportion finale d'analgesie péridurale.

Pour l'**accouchement**, nous avons, dans notre population, une proportion d'accouchement considéré comme non physiologique de 46.7% (déclenchement, césarienne, extraction instrumentale, hémorragie du post partum, prématurité ou terme dépassé). Voici un tableau qui compare nos données à celles de l'ENP de 2016. Nous observons une diminution de la proportion de déclenchement, de césarienne et de prématurité et une augmentation du taux d'hémorragie du post partum (HPP) et des termes dépassés.

<i>Tableau 4 : Accouchement</i>		
	Notre population (165 femmes)	Population générale (ENP, 2016)
Déclenchement	17.6%	22.0%
Extraction instrumentale	14.5%	12.2%
HPP	6.1%	1.8%
Césarienne	17.0%	20.4%
Prématurité (< 37SA)	4.8%	7.5%
Terme dépassé (> ou = 42SA)	6.1%	0.5%

Enfin, nous pouvons comparer le **taux d'allaitement maternel** de notre population (66.7%) à celui de la population générale qui est de 52.2% d'allaitement maternel exclusif et de 14.5% d'allaitement mixte selon l'ENP de 2016. Ainsi, si on associe les allaitements exclusifs et les allaitements mixtes, nous arrivons exactement au même taux d'allaitement de notre étude, soit 66.7%.

Pour conclure sur la représentativité de notre population, l'âge, la parité, le niveau d'études, le taux de participation à des séances de PNP et le taux d'allaitement sont similaires à la population générale (ou régionale pour la PNP). Par contre, le niveau socio-économique lié aux catégories socio-professionnelles semble légèrement augmenté dans notre population, le taux d'hospitalisation et d'analgésie péridurale est diminué et les taux d'interventions lors de l'accouchement sont également modifiés. Globalement, **notre échantillon semble représentatif de la population générale** aux vues des données de l'enquête nationale périnatale de 2016.

2. Faiblesses de l'étude

Dans ce mémoire, certains biais ont été mis en évidence.

Tout d'abord, il existe un **biais de sélection** lors de la distribution des questionnaires. En effet, seules trois maternités ont été étudiées, on ne retrouve pas de clinique privée non mutualiste, cela exclut une partie de la population. Ensuite, les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français n'ont pas été incluses dans l'étude (soit un total de 13 femmes), il y a de grandes chances que ces femmes n'aient pas participé à des séances de PNP. Cela a donc modifié le taux de PNP dans notre population. De plus, le taux de prématurité est plus faible que dans la population générale, cela est lié au biais de sélection, en effet parmi les femmes absentes au moment du passage (42 femmes), certaines étaient auprès de leur nouveau-né hospitalisé, ces derniers étant souvent nés prématurément. Malgré la présence de ce biais, notre population semble représentative de la population générale sur de nombreux points.

Par ailleurs, il y a aussi un **biais déclaratif** lorsque les femmes remplissent le questionnaire. Comme pour tout questionnaire, les femmes sont libres de répondre aux questions comme elles le souhaitent. Ainsi, il est possible que certaines réponses aient été modifiées inconsciemment ou consciemment par les femmes dans la mesure où il s'agit d'une enquête rétrospective. En effet, nous les avons interrogées sur ce qu'elles souhaitaient pendant leur grossesse et cela a pu changer par la suite. Certaines questions faisaient aussi appel à leur mémoire, ce qui a donc pu entraîner quelques erreurs.

Nous pouvons noter quelques améliorations possibles pour le questionnaire.

Par exemple, le lien entre le taux d'allaitement maternel et la participation aux séances de PNP n'est pas évalué. Nous ne savons pas si les femmes ont modifié le type d'allaitement envisagé suite aux séances, ou si les femmes qui souhaitaient faire un allaitement maternel ont plus participé aux séances.

De plus, la différence est importante entre le nombre d'analgésie péridurale souhaitée et le nombre réel d'analgésie péridurale lors de l'accouchement,

malheureusement, il n'a pas été possible d'évaluer le ressenti des femmes qui n'ont pas pu avoir cette analgésie péridurale souhaitée.

Pour améliorer la puissance de notre étude il faudrait enquêter auprès d'une plus large population. En effet, même si notre échantillon semble représentatif de la population générale sur de nombreux points, une augmentation du nombre de réponses permettrait d'obtenir plus de résultats montrant des différences significatives. Ainsi, avec plus de temps pour le recueil des données, la puissance de notre étude aurait pu être améliorée.

B. Retour sur nos hypothèses initiales

Nous allons revenir sur les différentes hypothèses posées lors de l'introduction.

Hypothèse 1 : Nous supposons que les femmes font très souvent leurs séances de préparation à la naissance et à la parentalité avec la sage-femme qui suit leur grossesse ou simplement la plus proche de chez elles.

Cette première hypothèse semble se confirmer, en effet seulement 16.2% des femmes de notre population ont choisi la sage-femme qui a animé les séances selon le type de PNP proposé, au contraire elles sont 42.7% à choisir la sage-femme la plus proche de chez elles. Ces proportions sont significativement différentes (p value 8.82×10^{-8}).

Hypothèse 2 : Il semble que les primipares seraient plus nombreuses à rechercher des informations sur la grossesse, l'accouchement et le post partum et donc moins nombreuses que les multipares à participer à des séances de yoga, d'aquagym, d'haptonomie ou de sophrologie par exemple.

Cette seconde hypothèse semble aussi se confirmer pour notre population. En effet, on retrouve une proportion de multipares ayant suivi des séances théoriques significativement inférieure à la proportion de primipares ayant aussi suivi des séances théoriques (p value 0.0014). Nous pouvons donc conclure que les primipares semblent participer à plus de séances théoriques que les multipares sur l'ensemble des séances de leur préparation à la naissance et à la parentalité.

Hypothèse 3 : Il semble que les femmes aient globalement un bon vécu et estiment que la préparation à la naissance et à la parentalité est utile pour le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du retour à la maison.

Cette troisième hypothèse se confirme également pour notre population. Ainsi, la grande majorité des femmes ayant participé à notre étude estime que les séances ont répondu totalement ou presque totalement à leurs attentes et elles sont aussi très majoritaires à considérer les séances de PNP comme très utiles ou indispensables. Elles sont également majoritaires à souhaiter participer à nouveau à des séances pour une grossesse future.

Hypothèse 4 : Les femmes sont encore peu nombreuses à connaître l'existence d'une offre très large de préparations à la naissance et à la parentalité.

Cette dernière hypothèse, ne semble pas se confirmer dans notre population. Effectivement, d'après notre étude, la très grande majorité des femmes (92%) ayant participé à des séances de PNP connaissait l'existence de plusieurs types de préparations avant de commencer les séances.

C. Autres résultats

1. Différences selon la participation à des séances de PNP

Nous allons reprendre les résultats de la partie II-B.1. En comparant les femmes ayant participé à des séances avec celles n'y ayant pas participé, nous pouvons noter de nombreuses différences. En effet, pour la première population, l'âge, le niveau socio-économique, la durée de vie en France et le taux d'allaitement est significativement supérieur et la parité est significativement inférieure à la deuxième population. Ainsi, les femmes participant à des séances de PNP sont en moyenne plus âgées, elles ont un niveau socio-économique plus favorable, elles sont plus nombreuses à commencer un allaitement maternel à la maternité et elles ont moins d'enfants.

Une femme « type » participant à des séances de PNP aurait 31 ans, aurait fait des études supérieures et serait employée et ce serait sa première grossesse.

Une femme « type » ne participant pas à des séances de PNP aurait 29 ans, aurait son baccalauréat, serait sans emploi et multipare.

Nous avons mis en évidence des disparités dans le taux de participation à la PNP selon les maternités. Ainsi, nous avons montré que les femmes suivies à la maternité de la clinique Jules Verne participaient plus aux séances de PNP que le reste des femmes de notre échantillon. Au contraire, au CHU de Nantes, la participation est significativement plus faible.

Nous pouvons expliquer cette différence par l'offre de PNP directement par les sages-femmes de la clinique Jules Verne, au contraire, le CHU de Nantes ne propose pas directement de séances de PNP par les sages-femmes de la maternité (*en dehors de deux séances d'informations sur le séjour en suites de couches et le retour à la maison*). Cela se visualise sur la *figure 25 (page 35)* où on note que 31.3% des femmes suivies à la clinique Jules Verne se tournent vers une sage-femme de la clinique contre seulement 3% des femmes du CHU de Nantes. Ainsi, nous pouvons imaginer que la mise en place de séances de PNP disponible directement dans l'enceinte de la maternité permet une augmentation de la participation des femmes aux séances de PNP.

Nous avons vu que le niveau socio-économique est un facteur modifiant le taux de participation à la PNP. Dans cette situation, ce paramètre ne permet pas d'expliquer seul la différence de taux de participation entre les maternités car il n'y a pas de différence significative entre les femmes suivies à la clinique Jules Verne et celles suivies au CHU de Nantes. En effet, concernant la proportion de femmes ayant suivi des études supérieures, la p value est de 0.0669 (68.8% à Jules Verne et 53.9% au CHU) et concernant la proportion de femmes exerçant une profession supérieure, la p value est de 0.0613 (27.7% à Jules Verne et 14.0% au CHU). Cependant, même si la différence n'est pas significative, le niveau socio-économique plus favorable chez les femmes suivies à Jules Verne peut accentuer le phénomène de disparités dans les taux de participation à la PNP.

2. Particularités des femmes ayant suivi des séances

Dans cette sous partie, nous allons reprendre les données concernant les femmes ayant participé à des séances de PNP pendant leur grossesse, hormis les données déjà reprises pour répondre aux hypothèses posées lors de l'introduction.

Nous observons que les méthodes les plus utilisées pendant les séances sont la théorie, puis la relaxation ou les étirements et ensuite la sophrologie. La répartition change assez peu en fonction de la maternité où a eu lieu le suivi.

Concernant les méthodes d'information sur la PNP, l'information provient d'une source médicale dans 55.2% des cas (sage-femme, médecin, CAF/CPAM, dépliants/prospectus), il y a donc 44.8% des femmes qui ont reçu l'information par des sources non professionnelles (amis/famille, internet, magazines, télévision), ces dernières risquent d'être moins bien orientées. L'information par les professionnels de santé reste donc un enjeu primordial.

Pour ce qui est du choix de la sage-femme, comme vu précédemment, les déterminants principaux sont la proximité de la sage-femme et sa présence dans la maternité du suivi, seulement une minorité de femmes choisissent leur sage-femme en fonction de la PNP proposée. Nous avons comparé ces résultats en fonction de la maternité, de la parité et du niveau socio-économique sans différence significative. Nous n'avons pas pu évaluer la différence en fonction de l'âge car l'échantillon est trop faible pour les moins de 25 ans et pour les plus de 35 ans et de plus il existe un biais lié à la parité avec l'âge.

Le nombre moyen de séances de PNP pendant la grossesse pour notre population (6.7 séances) correspond au nombre de séances remboursées par la sécurité sociale (7 séances + entretien prénatal précoce).

Concernant les recherches des femmes pour leurs séances de PNP, la majorité des femmes recherchent plutôt des informations, les séances comprenant de la théorie semblent donc indispensables. Les demandes sont souvent multiples et l'association de plusieurs méthodes de préparation durant les séances peut répondre aux attentes des femmes de manière plus complète qu'un type de préparation unique. Par ailleurs, nous observons que le terme de préparation à la naissance et à la parentalité ne semble pas répondre entièrement aux demandes des femmes. Elles sont nombreuses à rechercher un accompagnement de leur grossesse auprès de la sage-femme qui va faire les séances de PNP. Le terme réducteur de préparation à la naissance et à la parentalité semble désormais obsolète à la vue de l'évolution des séances en faveur d'une amélioration du vécu de la grossesse.

Ensuite, concernant la satisfaction des femmes, nous leur avons demandé d'évaluer l'utilité de la PNP. La quasi-totalité des femmes (96.6%) considère la PNP comme utile, très utile ou indispensable. Ce résultat est très satisfaisant et nous confirme l'intérêt d'informer les femmes pour que ces séances puissent profiter au plus grand nombre.

Nous avons également noté la satisfaction des femmes selon la réponse aux attentes de celles-ci. La parité ne semble pas être un facteur influençant sur la satisfaction. Nous avons noté également que la majorité des femmes souhaitent recommencer une PNP pour leur prochaine grossesse ce qui confirme une satisfaction des femmes.

3. Raisons de non-participation à une PNP

La première raison de non-participation est une participation lors d'une précédente grossesse pour 50% des femmes. Ainsi, nous obtenons un total de 14.5% des femmes qui n'ont jamais suivi de séances de PNP dans notre population.

Il semble important de noter que certains freins à la PNP sont personnels, comme le manque de temps (33.3%) et les difficultés de garde des aînés (12.5%). Par contre, d'autres freins peuvent être diminués par une amélioration de l'information des femmes. Ainsi, le manque d'intérêt (14.6%) est peut-être lié à un manque d'information sur les avantages des séances ou sur la multiplicité des types de séances. De plus, certaines femmes ont eu une information trop tardive (8.3%) de l'existence de ces séances, une absence d'information (4.2%), voire une information incomplète ne sachant pas que les séances étaient remboursées (2.1%). Il existe donc un manque d'information auprès des femmes enceintes qui concerne au moins 14.6% des femmes n'ayant pas participé aux séances soit 4% de notre population totale. La dernière catégorie de freins à la PNP est celle liée à l'offre de soins. Ainsi certaines femmes n'ont pas de sage-femme à proximité (2.1%) et d'autres n'ont pas trouvé les séances de PNP de leur choix à proximité (4.2%). Cela concerne seulement trois femmes, deux d'entre elles ont été suivies au CHU de Nantes et une à Challans.

D. Pistes de réflexion et place de la sage-femme

Il existe encore des femmes qui n'ont jamais entendu parler de préparation à la naissance et à la parentalité. Sachant que les sept séances sont prises en charge à cent pour cent par la sécurité sociale, il ne devrait pas y avoir de frein socio-économique à l'accès à la PNP. Les femmes qui participent le moins à ces séances sont les femmes jeunes et avec un niveau socio-économique plus faible. On imagine pourtant que ce sont ces femmes qui ont souvent le plus besoin de ces séances pour répondre à leurs interrogations et pour recevoir des conseils pour se préparer à l'arrivée d'un enfant. Par ailleurs, l'enquête nationale périnatale de 2016 montre une baisse importante de l'allaitement maternel pour la première fois depuis 1995, hors l'un des rôles de la préparation à la naissance et à la parentalité est la promotion de l'allaitement maternel, la participation aux séances doit être encouragée pour ce point également. Les sages-femmes ont un grand rôle à jouer dans l'information faite aux femmes, c'est aussi à l'ensemble du corps médical et aux pouvoirs publics de se saisir de ce rôle pour continuer d'améliorer la prise en charge des femmes et des couples pendant la grossesse.

L'offre de séances dans l'enceinte de la maternité semble être un facteur favorisant l'accès à la préparation à la naissance et à la parentalité pour les femmes enceintes. Ainsi, le développement de ces séances peut permettre une amélioration de ce taux, notamment au CHU de Nantes, où le taux de participation à la PNP est significativement plus faible que dans les autres maternités.

Le terme de préparation à la naissance et à la parentalité semble désuet tant les femmes sont nombreuses à voir cette préparation comme un accompagnement pour mieux vivre leur grossesse autant que comme une préparation à la naissance ou une préparation à la parentalité. La question du vécu de la grossesse ainsi que de l'accouchement est actuellement au cœur d'un débat dans la société, les femmes sont nombreuses à souhaiter être actrice de leur accouchement et également de leur grossesse. L'accompagnement par la sage-femme pendant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité permet aux femmes de prendre le temps de découvrir leur corps et de savoir comment il fonctionne. Ainsi, les femmes peuvent comprendre les modifications corporelles pendant et après la grossesse mais également les mécanismes du travail et de l'accouchement. L'amélioration du

vécu de la grossesse est une partie indispensable des séances de PNP. Les multipares qui ne participent pas à ces séances pourraient pourtant y trouver des bénéfices dans le vécu de leur grossesse grâce aux rencontres, à la relaxation ou au travail corporel permis par de nombreux types de préparation (yoga, sophrologie, aquagym, etc...). La préparation à la naissance et à la parentalité est aussi un moment propice pour améliorer la connaissance des femmes et permettre ainsi une amélioration constante du dialogue entre elles et les professionnels de santé.

CONCLUSION

La préparation à la naissance et à la parentalité a énormément évolué depuis l'apparition de « l'accouchement sans douleur » en France en 1953. Le développement de nombreuses méthodes de préparation permet une offre de plus en plus variée pour les femmes.

Selon les enquêtes nationales périnatales de 2010 et 2016, le taux de participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité est en augmentation depuis 2003. L'augmentation du nombre de sages-femmes libérales a permis d'augmenter l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité sur le territoire et a certainement participé à l'augmentation du taux de participation aux séances de PNP. Ces données sont encourageantes mais les professionnels de santé doivent continuer leurs efforts pour améliorer l'information des femmes. En effet, les participantes aux séances sont en très grande majorité satisfaites des séances et estiment que les séances sont utiles. Il semble donc important de pouvoir en faire profiter toutes les femmes.

Actuellement, les femmes qui participent le moins souvent aux séances sont des femmes plus jeunes avec un niveau socio-économique plus faible alors que les séances pourraient leur être très profitables. Le manque d'information est un frein à la participation à la préparation pour une partie de notre population. Il est donc indispensable que l'ensemble des professionnels de santé continuent à diffuser l'information pour les femmes dès la déclaration de grossesse après la première échographie par exemple ou lors de l'entretien prénatal précoce aux alentours du quatrième mois.

Pour répondre à notre problématique, nous avons démontré dans notre étude que le déterminant principal du choix de la préparation à la naissance est la **proximité de la sage-femme**, devant le type de préparation proposé, pour la majorité des femmes de notre enquête. A noter la présence de la sage-femme dans la maternité est un déterminant équivalent à celui de la proximité pour les primipares. Par ailleurs, le **vécu global** de la préparation à la naissance et à la parentalité est **très bon**, les femmes estiment, pour la majorité, que les séances sont utiles et qu'elles répondent à leurs attentes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Caron-Leulliez Marianne. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle. *Spirale* [En ligne], 2008 [cité le 12 fev 2017] ; 47 (3) : 21-26. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-21.htm>
- 2- Genèse, 3.16
- 3- Jean, 16.21
- 4- Marie-France Morel. Histoire de la douleur dans l'accouchement. *Réalités en gynécologie obstétrique* [En ligne], janv 2002 [cité le 10 sept 2017] ; 67 : 31-34. Disponible : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
- 5- Lorenza Bettoli. Fernand Lamaze ou l'accouchement sans douleur. 2003 [cité le 12 fev 2017]. Disponible : http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2003-10-30.pdf
- 6- Jocelyne George. Les contestations de l'accouchement sans douleur. *Les Dossiers de l'obstétrique*. 2003 ; 319.
- 7- Pierre Vellay. La psychoprophylaxie obstétricale après 25 ans d'expérimentation. *Les Dossiers de l'obstétrique*. 1979 ; 55.
- 8- Marie-José Jaubert. *Les Bateleurs du mal-joli*. Paris, Balland ; 1979.
- 9- Les Dossiers de l'Obstétrique. Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Collection Grands Sujets. 2006.
- 10- Ministère de la santé et des sports. Plan périnatalité 2005-2007. Novembre 2004 [cité le 12 février 2017]. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- 11- Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles [En ligne]. Nov 2005 [cité le 6 fev 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

12- Béatrice Jacques. *Sociologie de l'accouchement*. Presse Universitaires de France ; 2007

13- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes). Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Fiche action n°12 [En ligne]. Mai 2010 [cité le 6 février 2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3l.pdf>

14- Collège National des Sages-Femmes (CNSF), « Référentiel métier et compétences des sages-femmes », janvier 2010 [cité le 7 février 2017]. Disponible : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

15- J.-M. Cheynier, L. Gourand. La psychoprophylaxie de 1985 et l'accompagnement de la naissance. *Les Dossiers de l'obstétrique*. Avril 1986 ; 128.

16- Assurance Maladie. Ameli, le site de l'assurance maladie [En ligne]. [Cité le 7 février 2017]. Disponible : <http://www.ameli.fr>

17- Page III des annexes

18- F. Veldman. Centre International de recherche et de développement de l'haptonomie [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <http://www.haptonomie.org/fr/>

19- Association française de chant prénatal et petite enfance. [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <http://www.chantprenatal.com/chant-prenatal>

20- Fédération française de sophrologie. [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <http://www.federation-sophrologie.org>

21- Association française de yoga iyengar. [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <https://www.afyi.fr>

22- Hypnose périnatale. [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <http://www.arche-hypnose.com/hypnose-perinatale/>

23- Les acupuncteurs associés en grossesse et accouchement. [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <http://accouchement-aaga.com>

24- Méthode Bonapace. [En ligne]. [Cité le 8 février 2017]. Disponible : <https://www.bonapace.com/fr/>

25- INSERM et DREES. Enquête nationale périnatale rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017 [Cité le 12 octobre 2017]. Disponible : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

26- B. Branger et al. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. [En ligne]. 2014 [Cité le 8 février 2017] ; 43 : 361-370. Disponible : <http://www.em-consulte.com/en/article/891965>

27- Insee, Bilan démographique. L'évolution démographique en Etat. *Population* [En ligne]. 2016, [cité le 12 août 2017] ; 3. Disponible : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/état/naissance-fecondite/état-moyen-maternite/>

Autres :

Adèle Cortet. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la HAS de Novembre 2005 [Mémoire sage-femme en ligne]. Paris : Baudelocque ; 2010 [Cité le 7 février 2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00564332/document>

Laura Devin. La préparation à la naissance et à la parentalité : étude qualitative à partir de sept entretiens de femmes [Mémoire sage-femme en ligne]. Nantes ; 2010 [Cité le 7 février 2017]. Disponible : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/880b3301-7977-4868-b174-f565f90fde4b>

Pauline Poirier. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents [Mémoire sage-femme en ligne]. Angers ; 2011 [Cité le 6 février 2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735/document>

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1 : FLOWCHART	19
FIGURE 2 : REPARTITION DES PARTICIPANTES PAR ETABLISSEMENT	20
FIGURE 3 : REPARTITION SELON LE NIVEAU D'ETUDE.....	21
FIGURE 4 : REPARTITION SELON LA PROFESSION	21
FIGURE 5 : REPARTITION SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE VIE EN FRANCE.....	22
FIGURE 6 : REPARTITION SELON LES PROFESSIONNELS QUI ONT SUIVI LA GROSSESSE.....	22
FIGURE 7 : SOUHAIT DE PRISE EN CHARGE POUR L'ACCOUCHEMENT	23
FIGURE 8 : PRESENTATION DE NOTRE POPULATION SELON LA PARTICIPATION A UNE PNP .	24
FIGURE 9 : PARTICIPATION A DES SEANCES DE PNP SELON LA TRANCHE D'AGE.....	25
FIGURE 10 : REPARTITION SELON LE NIVEAU D'ETUDES (PNP OUI)	26
FIGURE 11 : REPARTITION SELON LE NIVEAU D'ETUDES (PNP NON).....	26
FIGURE 12 : REPARTITION SELON LA PROFESSION (PNP OUI)	26
FIGURE 13 : REPARTITION SELON LA PROFESSION (PNP NON)	26
FIGURE 14 : REPARTITION SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE VIE EN FRANCE (PNP OUI)	27
FIGURE 15 : REPARTITION SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE VIE EN FRANCE (PNP NON) ...	27
FIGURE 16 : REPARTITION SELON LES PROFESSIONNELS QUI ONT SUIVI LA GROSSESSE.....	28
FIGURE 17 : SOUHAIT DE PRISE EN CHARGE POUR L'ACCOUCHEMENT (PNP OUI).....	28
FIGURE 18 : SOUHAIT DE PRISE EN CHARGE POUR L'ACCOUCHEMENT (PNP NON)	28
FIGURE 19 : REPARTITION SELON LE TYPE DE PNP	29
FIGURE 20 : REPARTITION DU TYPE DE PNP SELON LA MATERNITE (%)......	30
FIGURE 21 : REPARTITION DU TYPE DE PNP SELON LA PARITE (%)......	31
FIGURE 22 : REPARTITION SELON LA METHODE D'INFORMATION.....	32
FIGURE 23 : METHODES D'INFORMATIONS SELON LA MATERNITE (%)	33
FIGURE 24 : DETERMINANTS DU CHOIX DE LA SAGE-FEMME	34
FIGURE 25 : DETERMINANTS DU CHOIX DE LA SAGE-FEMME SELON LA MATERNITE (%)	35
FIGURE 26 : DETERMINANTS DU CHOIX DE LA SAGE-FEMME SELON LA PARITE (%)......	36
FIGURE 27 : RECHERCHES DES FEMMES DANS LA PNP	38
FIGURE 28 : RECHERCHES DES FEMMES DANS LA PNP SELON LA PARITE (%)	39
FIGURE 29 : REPARTITION SELON L'UTILITE DES SEANCES DE PNP	41
FIGURE 30 : REPARTITION SELON LA REPONSE AUX ATTENTES	42
FIGURE 31 : RAISONS DE NE PAS SUIVRE UNE PNP	43
TABLEAU 1 : NIVEAU D'ETUDE	45
TABLEAU 2 : CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	45
TABLEAU 3 : CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	46
TABLEAU 4 : ACCOUCHEMENT.....	47

ANNEXES

A. Questionnaire

Bonjour Madame, je suis étudiante sage-femme à Nantes et je fais mon mémoire de fin d'études sur la préparation à la naissance et à la parentalité. Ce sont les séances qui vous sont proposées pendant la grossesse par des sages-femmes en cabinet libéral ou dans votre maternité. Merci d'avance si vous acceptez de remplir ce questionnaire (anonyme) cela m'aidera pour mon travail. Fanny GUEPIN

PROFIL

Âge : Etudes : Primaire Collège, CAP Bac Etudes supérieures Non scolarisée

Profession Artisans, commerçants Agriculteurs Sans emploi
 Cadre supérieur, ingénieur, professeur, libéral Ouvriers, chauffeurs Étudiants
 Instituteur, santé, social, commerciaux Employé, policier/militaire

Vie : en couple célibataire Nombre d'enfants (y compris le nouveau-né) :

Vit en France depuis : Toujours > 10 ans 1 à 10 ans < 1 an

CONJOINT :

Âge :

Etudes : Primaire Collège, CAP Bac Etudes supérieures Non scolarisé

Profession Artisans, commerçants Agriculteurs Sans emploi
 Cadre supérieur, ingénieur, professeur, libéral Ouvriers, chauffeurs Étudiants
 Instituteur, santé, social, commerciaux Employé, policier/militaire

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Suivi de la grossesse par : Sage-femme Médecin Traitant Gynécologue Pas de suivi

Lieu du suivi CHU Nantes Jules Verne Polyclinique Atlantique CH Challans Cabinet ville

Souhait pour l'accouchement : Naturel  Prise en charge médicale
(Mettre une croix là où on se situe)

Souhait d'une péridurale pour l'accouchement : Oui Non

Evènements survenus pendant la grossesse ? Hospitalisation Pathologie (prééclampsie, diabète,...)
 Autres (précisez) :

Lieu d'accouchement CHU Nantes Jules Verne Polyclinique Atlantique CH Challans

Evènements survenus à l'accouchement ? Péridurale Forceps / ventouse Déchirure / épisiotomie
 Hémorragie Césarienne Déclenchement

Accouchement à semaines Souhait allaitement maternel Oui Non 1er allaitement

PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

Participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité : Oui Non

Si NON, pourquoi ?
(plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Déjà fait à une grossesse précédente	<input type="checkbox"/> Ne voit pas l'intérêt
<input type="checkbox"/> Ne savait pas que ça existait	<input type="checkbox"/> Information trop tardive
<input type="checkbox"/> Manque de temps	<input type="checkbox"/> Pas de moyen de garde des aînés
<input type="checkbox"/> Ne savait pas que c'était remboursé	<input type="checkbox"/> Ne souhaitait pas être en groupe
<input type="checkbox"/> Pas la préparation de mon choix à proximité	<input type="checkbox"/> Pas de sage femme à proximité

Si OUI, merci de tourner la page -->

Si OUI :

Quels supports physiques utilisés pendant les séances ? (plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Aucun, juste de la théorie	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Sophrologie
<input type="checkbox"/> Chant prénatal	<input type="checkbox"/> Haptonomie	<input type="checkbox"/> Bonapace
<input type="checkbox"/> Relaxation, étirement	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Hypnose
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :		

Saviez vous que plusieurs types de préparations existaient ? Oui Non

Si vous avez déjà des enfants, est-ce votre 1e préparation ? Oui Non, déjà fait à une autre grossesse

Comment en avez vous entendu parler ?

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Télévision	<input type="checkbox"/> Magazines	<input type="checkbox"/> Famille, amis
<input type="checkbox"/> Sage femme	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> CAF, CPAM	<input type="checkbox"/> Dépliants, prospectus

Comment avez vous choisi la sage-femme pour les séances de préparation ? (plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> La plus proche de votre domicile	<input type="checkbox"/> Celle qui suivait ma grossesse
<input type="checkbox"/> Celle qui suivait ma contraception	<input type="checkbox"/> Celle de ma maternité
<input type="checkbox"/> Indiquée par mon médecin/gynécologue	<input type="checkbox"/> Indiquée par ma famille/amis
<input type="checkbox"/> Elle proposait la préparation de mon choix	<input type="checkbox"/> Conseillé sur internet

Début des séances (mois de la grossesse)

Nombre total de séances (habituellement 7 séances)

Avez vous suivi plusieurs types de préparations ? Oui Non

Qu'est ce que vous avez recherché dans vos séances ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informations sur grossesse, accouchement | <input type="checkbox"/> Informations sur péridurale | <input type="checkbox"/> Être réassurée |
| <input type="checkbox"/> Informations sur l'allaitement | <input type="checkbox"/> Conseils pour le bébé | <input type="checkbox"/> Détente, relaxation |
| <input type="checkbox"/> Se préparer à un accouchement naturel | <input type="checkbox"/> Apprendre à gérer la douleur | <input type="checkbox"/> Diminuer peurs |
| <input type="checkbox"/> Rencontrer d'autres futures mamans | <input type="checkbox"/> Partager des expériences | <input type="checkbox"/> Prendre temps pour soi |
| <input type="checkbox"/> Impliquer le conjoint | <input type="checkbox"/> Lien avec votre bébé | <input type="checkbox"/> Découvrir votre corps |
| <input type="checkbox"/> Découvrir une nouvelle activité | <input type="checkbox"/> Pratiquer une activité physique adaptée à la grossesse | |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez): | | |

Le conjoint était il présent aux séances ? Oui, à chaque fois Non, jamais Parfois

Est ce que les horaires proposés lui permettaient de venir ? Oui Non

Comment évaluez vous les séances ? Indispensable Très utile Utile Peu utile Inutile

Ont elles répondu à vos attentes ? Totalement Presque toutes Quelques unes Pas du tout

Les séances ont apporté d'autres bénéfices ? Non Oui (précisez) :

Pour une prochaine grossesse voudriez vous refaire des séances ? Oui Non

Si oui, avec la même préparation ? Oui Non, laquelle :

Merci de votre participation !

B. Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP présentés par compétences selon les recommandations de la HAS de 2005

Les objectifs spécifiques et le contenu sont hiérarchisés et adaptés :

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

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

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

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

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

5. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation

<p>Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant</p>	<p>Activité physique, gestion du stress Aménagement du temps de travail et du temps de transport Conseils pour le choix du matériel de puériculture Conseils pour la qualité de l'environnement à domicile : température ambiante, tabagisme de l'entourage y compris passif, plomb</p>
<p>Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions</p>	<p>Modalités de sortie précoce de la maternité Organisation des conditions domestiques de retour à domicile (aide de la famille proche, congé du père, travailleuse familiale, etc.)</p>
<p>Résoudre des difficultés d'allaitement</p>	<p>Position pour une succion efficace Reconnaissance d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée Vérification à la maternité ou à domicile de la prise correcte du sein et de l'efficacité de la succion Recours à des associations de soutien, à la PMI Conseils de prévention de l'engorgement (tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée)</p>
<p>Comprendre la prévention des risques pour l'enfant</p>	<p><i>La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit ● éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les surpyjamas ou les turbulettes ● préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des 6 premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée ● limiter la température de la pièce à 19 °C ● éviter le tabagisme autour de l'enfant. <p><i>Les circonstances d'accidents le plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte).</i></p>

6. Pratiquer, faire

<p>Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins</p>	<p>Exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme Techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter le travail et la naissance Positions de protection du dos pendant la grossesse Positions de protection du dos pour la période postnatale (soulever et porter l'enfant, ramasser les jouets) De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée), sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, acupuncture, yoga.</p>
--	--

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

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

C. Catégories Socio-Professionnelles

1 - AGRICULTURE

- 10 - Agriculteur exploitant

2 - ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE

- 21 - Artisan
- 22 - Commerçant et assimilé
- 23 - Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus

3 - CADRES, PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES

- 31 - Profession libérale
- 33 - Cadre de la fonction publique, officier et élève officier des armées
- 34 - Professeur et profession scientifique
Médecins hospitaliers et internes des hôpitaux
- 35 - Profession de l'information, des arts et du spectacle
- 37 - Cadre administratif et commercial d'entreprise
- 38 - Ingénieur et cadre technique d'entreprise

4 - PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

- 42 - Instituteur et assimilé, conseiller d'éducation, maître auxiliaire, maître d'internat, surveillant d'externat
- 43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social
- 44 - Clergé, religieux
- 45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
- 46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprise
- 47 - Technicien
- 48 - Contremaître, agent de maîtrise

5 - EMPLOYÉS

- 52 - Employé civil, agent de service de la fonction publique, aide éducateur
- 53 - Policier, militaire
- 54 - Employé administratif d'entreprise
- 55 - Employé de commerce
- 56 - Personnel des services directs aux particuliers

6 - OUVRIERS

- 61 - Ouvrier qualifié
- 66 - Ouvrier non qualifié
- 69 - Ouvrier agricole

7 - RETRAITES

- 71 - Ancien agriculteur exploitant
- 72 - Ancien artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- 73 - Ancien cadre et professions intermédiaires
- 76 - Ancien employé et ouvrier

8 - AUTRES INACTIFS

- 81 - Chômeur n'ayant jamais travaillé
- 82 - Autre personne sans activité professionnelle

9 - AUTRES

- 99 - Non renseigné *inconnu ou sans objet*

Les chômeurs sont codés dans leur ancienne profession

Université Paris Diderot. Catégories socio-professionnelles [En ligne]. Disponible : <https://formation.univ-paris-diderot.fr/file/1567/download?token=Mc2mIVUF>

RESUME

Objectif : Evaluer les déterminants du choix des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et le vécu de ces séances chez les femmes.

Méthodologie : Etude rétrospective descriptive multicentrique, réalisée entre avril et juin 2017, auprès de 165 femmes, en suite de couches, dans les maternités du CHU de Nantes (niveau III), de la clinique Jules Verne à Nantes (niveau II) et de Challans (niveau I).

Résultats : Notre étude a montré un taux de participation à la préparation à la naissance et à la parentalité de 70.9%. Chez les femmes participant aux séances, il y a une augmentation significative de l'âge, du niveau socio-économique, du nombre d'année de vie en France et du taux d'allaitement maternel ainsi qu'une parité significativement plus basse que pour les autres. Le déterminant principal du choix de la sage-femme effectuant les séances est la proximité pour 42.7% des femmes, le type de préparation proposé est déterminant pour seulement 16.2% des femmes. Il ne semble pas exister d'impact significatif de la parité ou du niveau socio-économique sur ces déterminants. Enfin, les femmes ayant participé à ces séances sont 96.6% à avoir un avis favorable sur leur utilité et 84% à trouver que les séances ont répondu à la majorité de leurs attentes.

Conclusion : Le principal déterminant du choix de la préparation à la naissance et à la parentalité est la proximité de la sage-femme. Le vécu des séances est majoritairement très bon. Le rôle de promotion de ces séances par les professionnels de santé est indispensable pour continuer l'amélioration du vécu de la grossesse chez les femmes.

Mots clés : Préparation, naissance, parentalité, sage-femme, grossesse

ABSTRACT

Objective : To evaluate the choice of birth and parenting sessions' determinants and the experiences of these sessions for women.

Methods : Retrospective multicenter study conducted from April to June 2017, on 165 women, during postpartum in three maternities : University Hospital Center of Nantes (level III), Jules Verne clinic in Nantes (level II) and Challans (level I).

Results : Our study showed a participation rate in birth and parenthood preparation of 70.9%. The women attending sessions are older, of higher socioeconomic level, live for a longer number of years in France and have a higher breastfeeding rate than others. The main determinant of midwife performing sessions' choice is the proximity for 42.7% of the women, the type of preparation proposed is crucial only for 16.2% of them. There doesn't seem to be a significant impact of parity or socio-economic level on these determinants. Finally, 96.6% of women who participated to these sessions were positive about their usefulness and 84% found that these sessions have answered the majority of their expectations.

Conclusion : The main determinant of birth and parenting preparation's choice is the midwife's proximity. The experience of those sessions is mostly very good. The promotion's role for these sessions by health professionals is essential to continue to improve the positive experience of pregnancy for women.

Keywords : preparation, birth, parenthood, midwife, pregnancy