



HAL
open science

La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier

Marine Brunet

► **To cite this version:**

Marine Brunet. La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881967

HAL Id: hal-01881967

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881967v1>

Submitted on 26 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-femmes de Metz

**La préparation à la naissance et à la parentalité
en secteur hospitalier**
*Pour une meilleure prise en charge
des femmes enceintes primipares*



**Mémoire présenté et soutenu par
BRUNET Marine
Née le 14 Juin 1987**

Promotion 2007-2011

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-femmes de Metz

**La préparation à la naissance et à la parentalité
en secteur hospitalier**

*Pour une meilleure prise en charge
des femmes enceintes primipares*



**Mémoire présenté et soutenu par
BRUNET Marine
Née le 14 Juin 1987**

Promotion 2007-2011

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur...

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce mémoire...

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I : Autour de la préparation à la naissance	
1. La préparation à la naissance à travers le temps	3
1.1 Les « prémices » de la préparation à la naissance et à la parentalité en France	3
1.2 De l'accouchement sans douleur à la psychoprophylaxie obstétricale	4
1.3 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	7
2. Les modifications psychologiques durant la grossesse	8
2 .1 Le désir d'enfant	8
2 .2 La parentalité	9
3. Cadre réglementaire	12
3.1 Textes légiférant la PNP	12
3.2 Compétences de la sage-femme	14
4. La préparation à la naissance en pratique	15
4.1 Objectif de ces séances	15
4.2 Organisation générale	16
4.3 La préparation à la naissance classique	18
4.4 Autres formes d'accompagnements	21
CHAPITRE II : La préparation à la naissance et à la parentalité : la réalité sur le terrain	
1. Méthodologie	23
2. La réalisation de l'enquête	24
3. Les résultats de l'enquête	26
3.1 Caractéristiques de la population	26
3.2 Les séances de PNP	28
3.3 Après l'accouchement	34
CHAPITRE III : Attentes des femmes enceintes participant aux séances	
1. Les constats sur le terrain	41
1.1 Présentation de l'échantillon	41
1.2 Etat des lieux de la PNP en secteur hospitalier	42
1.3 Intérêt des séances de PNP	43
1.4 Impact des séances de PNP sur l'accouchement	49

2. Répondre au mieux aux attentes des femmes enceintes	52
2.1 Des séances de préparation à la naissance reformulées	52
2.2 Pour une meilleure prise en charge des parents	56
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXE	66

INTRODUCTION

L'attente et l'arrivée d'un enfant sont des événements singuliers et inoubliables dans la vie d'un couple. Cette expérience intense, source de bonheur constitue des instants fondamentaux rares et précieux, c'est aussi un moment d'interrogations, de chamboulements, de réalités à accepter : certaines naissances étant parfois très différentes de ce qu'avaient imaginé les parents. Des méthodes permettant de les soutenir, de les informer, de les guider et de les accompagner ont été mises en place.

Dès les années 1950, la volonté de préparer les femmes enceintes à l'accouchement s'est manifestée. Tout d'abord, centrée sur la prise en charge de la douleur, la préparation à la naissance n'a cessé d'évoluer pour répondre au mieux aux besoins des femmes enceintes.

Elle va ainsi s'étendre à d'autres domaines : l'aspect psychologique, la place du père, la participation active des parents revêtent progressivement leur importance. On passe de la préparation à l'accouchement, à la préparation à la parentalité.

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité un document qui définit le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) actuelle : ces séances ont pour objectif d'accompagner le mieux possible les futurs parents dans la traversée de la maternité.

C'est pourquoi, dans ce contexte d'évolutions permanentes autour de la naissance, je me suis posée certaines questions :

- en premier lieu, qu'attendent les femmes enceintes primipares des séances de préparation classique pratiquées en secteur hospitalier ?

- en second lieu, est ce que la préparation à la naissance actuellement proposée répond à ces attentes ?

Ainsi, après avoir retracé l'historique de la préparation à la naissance, j'aborderai les enjeux de la parentalité, ceci me permettra de faire le lien avec la PNP dans son contexte actuel en développant les objectifs, la législation et les différentes méthodes existantes.

Au travers d'un questionnaire et d'un entretien, j'essayerai d'établir un état des lieux de la PNP dans le but de comprendre les demandes actuelles des femmes et d'évaluer leur degré de satisfaction.

Enfin, il sera nécessaire d'interpréter, d'analyser les résultats et de formuler quelques propositions afin de mieux adapter la préparation à la naissance aux souhaits des femmes.

CHAPITRE I

AUTOUR DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE

1. La préparation à la naissance à travers le temps

1.1 Les « prémices » de la préparation à la naissance et à la parentalité en France

Mettre au monde son enfant est un acte naturel, cependant, depuis longtemps, l'accouchement est inséparable de l'idée de douleur.

Dans la religion judéo-chrétienne, cet héritage provient du premier livre de l'ancien testament : la Genèse (du grec naissance). Ce livre vient expliquer l'origine de l'Homme et sert de préface à son histoire, ses lois et coutumes. Eve est considérée comme la toute première femme créée à partir de la côte d'Adam. Dans le jardin d'Eden, Eve et Adam mangent le fruit défendu, ils découvrent alors le bien et le mal. Les douleurs de l'enfantement appartiennent à l'héritage du péché originel.

« J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur » Bible, Genèse IV, 16.

Cette croyance, inscrite dans l'inconscient, constitue un conditionnement culturel pesant. Souffrir en mettant au monde son enfant permettrait de racheter la faute de la première femme, la douleur devient alors un moyen d'obtenir la " *Grâce Divine* " donnant lieu à des siècles de refus de soulagement de la souffrance [29].

Cependant, depuis les temps les plus anciens et dans toutes les cultures, indépendamment des religions, il existe une transmission orale d'attitudes, de comportements et de rituels entourant l'accouchement. Les toutes premières sages-femmes appelées matrones étaient le plus souvent des mères ou des grands-mères issues du village. Elles étaient désignées par une assemblée de femmes et choisies pour leur expérience. Leurs particularités étaient d'avoir elles-mêmes enfanté, d'avoir dépassé l'âge de procréer et d'être de « bonne vie et de bonnes mœurs ». Ce choix devait également être validé par l'église [36, 38].

A partir de 1840, des traitements médicamenteux font leur apparition pour soulager la douleur des femmes : protoxyde d'azote, éther, chloroforme... entraînant de nombreux accidents (on évalue à environ 25000 le nombre de morts lié à l'anesthésie pendant l'accouchement entre 1846 et 1946 en Grande-Bretagne) et une toxicité fœtale alors, très rarement évoquée. Ces techniques ont fait l'objet de critiques et d'attaques par des membres du clergé opposés à ces pratiques [24, 66].

En 1853, la Reine Victoria accouche du Prince Léopold sous **analgésie au chloroforme** administrée par J. SNOW. Cette méthode reçoit dès lors, le nom « d'anesthésie à la reine ». Cet événement historique aura pour effet d'atténuer les critiques religieuses et médicales à l'égard de l'analgésie obstétricale [66].

Au fil des siècles, l'évolution, l'exode rural, les progrès de la médecine ont conduit les femmes à quitter leur foyer pour venir accoucher en milieu médicalisé. Ainsi, elles ont perdu l'accompagnement précieux de leurs familles et se sont retrouvées le plus souvent, seules au moment de leur accouchement.

Très peu d'informations objectives concernant la grossesse et la naissance circulaient alors. Les techniques médicales utilisées avaient pour seul but l'analgésie et ne tenaient absolument pas compte du ressenti de la future mère, ni de la prise en charge de son anxiété. En partant de ce constat, certaines personnes ont alors essayé de répondre aux demandes des femmes : les rendre plus actives au cours de leur accouchement et diminuer les douleurs de l'enfantement.

1.2 De l'accouchement sans douleur (ASD) à la psychoprophylaxie obstétricale (PPO)

En 1880, l'**hypnose** est introduite dans notre pays, par deux médecins français J-M CHARCOT et A. LIEBAULT. Lors du travail et de l'accouchement, celle-ci a pour but de diminuer l'anxiété et la douleur. L'état hypnotique permet : une augmentation importante de sécurité interne chez le sujet, une diminution de l'anxiété et de la souffrance. Cette méthode est rapidement abandonnée à l'époque, car jugée dangereuse, avec des résultats trop inconstants. Elle retrouve actuellement, un regain d'intérêt notamment au Luxembourg [35].

En 1920, les travaux de I. PAVLOV, physiologiste russe permettent d'expliquer et de réhabiliter l'hypnose. Il développe, également, une théorie du conditionnement comportemental selon laquelle les réactions acquises par apprentissage et habitude deviennent des réflexes lorsque le cerveau fait les liens entre le stimulus et l'action qui suit, c'est ce qu'il appelle les réflexes conditionnés.

En URSS, en s'appuyant sur les travaux de I. PAVLOV, le docteur V. VELVOSKI développe une méthode basée essentiellement sur une préparation des femmes enceintes dans le but de les « déconditionner » et de supprimer en elles le réflexe « contraction = douleur ». Cette préparation consiste à éduquer la femme dans le but de lui faire ressentir les contractions non plus comme néfastes et douloureuses, mais comme efficaces et bénéfiques [9, 38].

Dans le courant du XX^{ème} siècle, avec les travaux de l'anglais G.D. READ, la préparation à la naissance et à la parentalité est apparue pour la première fois sous sa forme moderne. Pour G.D. READ, si les femmes souffraient en mettant leurs enfants au monde c'est qu'elles s'attendaient à souffrir. Il avança l'idée qu'il fallait lutter contre ce conditionnement psychique. En assistant ses patientes, il mit en évidence que les douleurs de l'accouchement étaient dues à ce qu'il appela le syndrome « peur-tension-douleur ». La peur est un état d'esprit pouvant avoir des conséquences psychiques. Elle s'accompagne de tensions et de contractions musculaires qui augmentent ainsi la souffrance « naturelle » de l'accouchement [53, 54].

En 1933, il mit en place le principe de « **l'accouchement sans craintes** ». Les modifications du corps, la façon dont se déroulaient la grossesse et l'accouchement constituaient des choses mystérieuses et donc angoissantes. Il décida donc, d'éduquer les mères en leur expliquant ce qui se passait en elles et en les encourageant à pratiquer certains exercices physiques et respiratoires [52, 66].

En 1952, le concept « **d'accouchement sans douleur** » ou « **ASD** » est introduit en France à la maternité des Bluets, par le docteur F. LAMAZE. Cette méthode s'inspirait directement des travaux du physiologiste Russe I. PAVLOV. D'après F. LAMAZE, sa technique « *fait appel à la conscience de la femme et en fait un personnage actif dans son accouchement dont elle assure la direction* » [13].

Sa méthode consistait en une éducation rationnelle de la femme enceinte : il faut instruire la femme enceinte sur le mécanisme de la mise au monde [25].

« *Ainsi elle apprendra à accoucher, comme elle a appris dans son enfance à lire et à écrire* » [37].

La peur de l'inconnu vis à vis de la naissance entraînant anxiété et souffrances, l'information de la femme enceinte prit donc une place beaucoup plus importante dans la préparation.

L'éducation commençait vers le 4^{ème} mois de grossesse et comprenait neuf cours basés sur trois points essentiels :

- l'enseignement de la physiologie avec des cours centrés sur l'anatomie et la physiologie de l'accouchement
- une explication du phénomène douloureux
- des moyens concrets pour lutter contre les sensations douloureuses avec des exercices de relaxation et de respiration qui devaient constituer un entraînement quotidien.

Pie XII donna son approbation à la méthode, ce qui leva définitivement les réticences des milieux catholiques :

« *Prise en soi, cette méthode ne contient rien de critiquable au point de vue moral* » [4].

Cependant, l'accouchement sans douleurs a rapidement atteint ses limites. Cette méthode permet certes, à la femme de maîtriser ses douleurs, mais ne tient pas compte du vécu, ni des émotions...

Progressivement, d'autres formes de préparation à la naissance sont apparues, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens se sensibilisant à la psychologie. C'est ainsi, qu'en 1959, la **Société Française de Psychoprophylaxie Obstétricale (PPO)** est créée. Présidée par P. VELLAY, cette société permet la réalisation de congrès, ajoute l'enseignement de la méthode de préparation à la naissance au programme des écoles de sages-femmes et obtient la prise en charge par la Sécurité Sociale de 6 séances de préparation. La PPO reprend les bases de l'ASD. Mais, les docteurs P. VELLAY et F. GALACTEROS ont une nouvelle approche, laissant plus de place à l'échange et au ressenti, avec une expression verbale plus importante du père et de la mère et un partage d'expériences. Les cours magistraux sont remplacés par des débats où la participation de chacun enrichit le groupe. Ils établissent la corrélation entre sécurité physique et psychologique. Il n'est donc pas suffisant, de donner uniquement des informations et une préparation physique, encore faut-il aussi pouvoir exprimer ses craintes. Le lien entre vécu de l'accouchement et future relation parents-enfants devient indéniable, conduisant, dès la naissance, à une plus grande humanisation de l'enfant (éviter les cris pendant l'accouchement, favoriser le contact précoce avec la mère...) [26, 63].

A partir de 1975, le docteur F. LEBOYER, a contribué à mettre en place ces nouvelles idées. Il accompagne les femmes sur la voie d'une préparation différente. L'accouchement sans douleur se prépare, il a permis d'aider les mères qui souffraient, il faut maintenant faire pareil pour l'enfant. Le nouveau-né est une personne, dès la naissance tous ses sens sont en éveil, venir au monde est aussi douloureux pour lui [5, 42].

« L'enfant perçoit les sons du monde, les sons du dehors, tout comme il en sent la lumière » [42].

Avec son livre *« pour une naissance sans violence »*, l'auteur a établi une série de conditions évitant au nouveau-né tout traumatisme suite à la mise au monde. Il prône une nouvelle attitude à adopter en salle de naissance pour faciliter la rencontre mère-enfant :

- favoriser le premier contact : la mère doit parler « d'amour » au nouveau-né, le toucher, le caresser, etc...
- éviter les bruits excessifs, l'enfant entend, ses oreilles sont sensibles
- diffuser la lumière avec une infinie douceur, le nouveau-né a une vue délicate
- respecter le rythme de l'enfant en gardant le cordon intact tant qu'il bat

« Voila tout est prêt : pénombre, silence, recueillement. Le temps s'est arrêté. L'enfant peut arriver. » [42].

A partir de là et à la lumière de ce que met en jeu cet événement, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) s'est développée.

1.3 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Au cours des années 1980, des transformations fondamentales autour des pratiques de la naissance se sont produites : on assiste à une médicalisation de l'accouchement. Pour la sage-femme C.GERBELLI :

« La médicalisation de la naissance peut se définir comme l'appropriation progressive et quasi complète par le secteur médical d'une des expériences humaines les plus fondamentales » [30].

Dans les années 1990, l'avènement de la péridurale marque un tournant incontestable en supprimant les douleurs physiques. Avec sa démocratisation, la préparation à la naissance ne se réduit plus à la simple prise en charge de la douleur, elle devient un accompagnement du couple sur le chemin de la parentalité. Ce mouvement connaît son apogée lorsqu'à la fin des années quatre-vingts, S.VEIL étend le remboursement par la Sécurité sociale de la péridurale à toutes les femmes désirant en bénéficier.

Parallèlement, la société évolue, les mères sont moins présentes aux côtés de leurs filles. Les femmes sont plus demandeuses d'un accompagnement par les professionnels [50].

Dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) a été instaurée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle stipule que :

« Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant repose sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité structurée, dont l'objet est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes et accouchées » [21, 33].

De plus en plus de femmes aspirent à se réapproprier leur accouchement et à respecter la physiologie.

Dans les années 2000, B. GASQUET, médecin et professeur de yoga, s'interpelle sur une approche plus naturelle de la naissance. Elle propose des séances de préparation à la naissance qui associent sens corporels, savoirs traditionnels et médecine, en vue d'aider à bien vivre la grossesse tout en préparant l'accouchement. Elle s'intéresse à des postures plus en accord avec la physiologie des futures mères comme une position d'accouchement aménagée ou l'accouchement sur le côté [28].

La préparation à la naissance accompagne l'évolution qui marque l'environnement de la naissance dans notre société. Les séances de PNP vont assister les couples dans la construction de la parentalité.

« *La préparation à la naissance serait davantage un processus actif de facilitation du passage à la fonction parentale* » [33].

L'accession à la parentalité passe par différentes modifications psychologiques.

2. Les modifications psychologiques durant la grossesse

2.1 Le désir d'enfant

Le désir d'enfant ne date pas du jour où un individu décide d'avoir un enfant. Selon S. BECACHE :

« Il existe chez tout être humain tant de sexe féminin que de sexe masculin, un désir de maternité au sens le plus fondamental du terme c'est-à-dire un désir de faire, de créer un enfant, dans le tréfonds de son être en l'occurrence à l'intérieur de soi-même, de son corps » [6].

Des facteurs psychiques poussent hommes et femmes à désirer des enfants et bien souvent, à se battre pour en obtenir, lorsque la nature ne leur autorise pas. Ainsi, derrière un désir d'enfant se cachent des motivations, un enfant est la réalisation des désirs conscients et inconscients d'une femme et d'un homme.

Dans le champ de la conscience, la naissance d'un enfant est le plus souvent le fruit d'une histoire d'amour entre un homme et une femme. Désirer un enfant, c'est se projeter en tant que futurs parents. Mais, derrière cela, se cachent également des motivations inconscientes, propres à chacun, qui puisent leurs racines dans l'enfance. La construction du désir d'enfant se fait en référence à l'éducation et à l'histoire personnelle de chacun, en rapport avec les images parentales [1, 8].

L'évolution de la société a induit un rapport particulier au désir d'enfant. Pendant longtemps, la sexualité et la fécondité étaient liées par une fatalité biologique : désirées ou non, les grossesses se succédaient ou se refusaient sans qu'on n'y puisse rien. Actuellement, la contraception permet de choisir le moment de la grossesse, ce qui augmente le sentiment de responsabilité des futurs parents. Par ailleurs, comme les familles sont plus petites, que les grossesses sont de plus en plus programmées et que les femmes sont enceintes à un âge plus tardif, le désir d'enfant devient un impératif vécu avec plus d'intensité, voire d'urgence.

A .NAOURI, psychanalyste, situe le désir d'enfant comme celui de fonder sa propre famille, d'avoir sa propre descendance, comme l'ultime étape vers l'autonomie par rapport à ses propres parents. Devenir parent serait le signe du renoncement à l'enfance [1].

Comment pourrions-nous alors définir la parentalité qui peut être éveillée lors des séances de préparation à la naissance ?

2.2 La parentalité

La parentalité se caractérise comme l'ensemble des changements psychologiques et affectifs qui permettent aux adultes de répondre aux besoins de leurs enfants tant sur le plan physique, affectif, que psychique.

S. LÉBOVICI nous éclaire :

« Avoir un enfant ne signifie pas qu'on en est le parent : le chemin qui mène à la parentalité suppose qu'on ait "co-construit" avec son enfant et avec les grands-parents de ce dernier un "arbre de vie" qui témoigne de la transmission intergénérationnelle et de l'existence d'un double processus de parentalisation-filiation grâce auquel les parents peuvent devenir père et mère » [41].

Qu'en est-il plus précisément pour la future mère ?

2.2.1 Devenir mère

La grossesse est loin d'être toujours un moment idyllique. Elle peut surprendre en entraînant la mère dans un tourbillon psychique où sont mêlés des sentiments ambivalents, où le passé rejaillit avec violence en remaniant les repères identitaires. La grossesse n'est jamais un événement anodin ou banal, il s'agit d'un phénomène physique dont le moteur est d'abord psychique. Devenir mère demande du temps et parfois, au-delà des 9 mois de grossesse.

Durant les premiers mois, l'enfant n'est pas encore une réalité. Le premier trimestre est une période d'incertitude et d'adaptation. Seules les nausées, les malaises sont des manifestations extérieures de la grossesse. Il y a une incertitude des sentiments (je veux et je ne veux pas être mère) ainsi qu'une ambivalence des émotions (joie/crainte) qui peuvent être très culpabilisantes [7, 47, 62].

La crainte de l'inconnu peut rapprocher la femme de sa mère. Avant de devenir mère, une femme se sent redevenir enfant. La capacité à être mère est liée à cette capacité à régresser où elle devient le bébé de sa propre mère. Pour P. GRODDECK :

« En enfantant, une femme rencontre sa propre mère, elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle » [31].

Ainsi, le passé, l'imaginaire et l'inconscient de la patiente entrent en force dans la relation avec l'enfant qu'elle porte.

Si le premier trimestre est caractérisé comme étant celui de la surprise, le second serait celui de l'apaisement. L'enfant devient réalité, au moment où ses mouvements deviennent perceptibles, la femme sent vivre pour la première fois son enfant en elle, c'est une source de satisfaction intense. L'enfant est présent mais n'est pas encore gênant, c'est la période de rêverie maternelle [1, 11].

La fin de grossesse est une période riche au niveau psychique ; des manifestations anxieuses, avec appréhensions, craintes concernant la « normalité de l'enfant » peuvent apparaître. T.B. BRAZELTON nous dit que cette angoisse participe à la maturation de la jeune femme dans sa capacité à devenir mère [10]. L'enfant est au centre des préoccupations maternelles avec, en particulier, une question fondamentale :

« Suis-je capable de devenir mère ? »

Le fait de devenir parent renvoie à sa propre enfance et à l'éducation reçue. Cela entraîne une fragilisation, une restructuration psychique avec réactivation possible d'angoisses ou de conflits passés. D.W. WINNICOTT évoque le concept de « *préoccupation maternelle primaire* », il s'agit d'un état d'hypersensibilité qui se développe tout au long de la grossesse et dure plusieurs semaines après la naissance avant d'être partiellement refoulé. Il se caractérise par un repli nécessaire de la mère pour lui permettre d'accueillir le bébé, de s'adapter à lui, d'anticiper ses besoins et lui assurer le sentiment d'exister. Il se produit une prise de conscience de l'enfant à naître. Cet état, qui serait considéré comme pathologique s'il ne survenait pas durant la grossesse, peut être comparé à une dissociation, voire à un épisode schizoïde.

Pour WINNICOTT :

« *c'est le bébé qui crée sa mère* » [1].

C. RACAMIER propose le terme de maternalité pour définir :

« *L'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » [57].

C'est durant les neuf mois de grossesse que la femme accomplit l'essentiel du travail psychologique, pour se préparer au processus de maternalité. Afin de vivre sa grossesse au mieux, il est primordial que la femme enceinte soit bien entourée et vive dans les conditions les plus harmonieuses possibles. Accoucher, c'est accepter de se séparer de son enfant, de le partager avec le monde extérieur alors qu'il a été sien pendant 9 mois.

L'accompagnement et les mots utilisés par le personnel soignant lors de la grossesse jouent un rôle primordial, toute parole du personnel médical pouvant être interprétée et avoir des conséquences sur le psychisme maternel.

Si la grossesse représente une crise et une mutation profonde pour la future mère, des modifications psychiques touchent également le père.

2.2.2 Devenir père

Le dictionnaire Larousse définit le père comme étant :

« L'homme qui a engendré, qui a donné la vie à un ou plusieurs enfants »

Le fait de devenir père ne se résume pas uniquement à la paternité (reconnaissance de l'enfant) il faut également prendre en compte le paternage (ensemble des soins fournis à l'enfant) et la paternalité (modifications psychiques vécues par un homme qui devient père).

Tous les hommes ne deviennent pas père au même moment et de la même manière. Dans la majorité des cas, l'homme ne se sent pas père dès l'annonce de la grossesse. Il vit la grossesse dans sa tête et non dans son corps : il n'a pas de témoin physique de la réalité de l'enfant. Cependant, dès le début de la grossesse, les mots employés par la mère impliquent le père dans ce processus : tu vas être papa, nous attendons un enfant...

« L'enfant fait la mère »

« Le père est d'abord dans la tête de la mère »

« La mère nomme le père et celui-ci va reconnaître l'enfant pour l'inscrire dans sa lignée »

Dr. Serge LEBOVICI [41]

Quand un homme sait qu'il va être père et qu'il l'accepte, une représentation de l'enfant imaginaire va se constituer pour lui, à partir des traces inconscientes dont il est marqué comme fils de son propre père et aussi, de ce que dans le présent, sa compagne peut lui communiquer de ses perceptions internes. Pour assurer sa paternité, le futur père va faire des deuils, il se détache de sa propre mère et fait le deuil de son propre père.

Après la naissance de l'enfant, il va lui être demandé pour devenir père, d'accepter l'écart qui existe entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel ainsi que de soutenir la mise en place de la fonction maternelle. La présence du père permet à la mère de structurer sa relation avec l'enfant, de se laisser aller à la fusion puis de s'en défaire. Il instaure la coupure humanisante entre le désir de la mère et le devenir de l'enfant.

Bien que la mère soit le premier objet d'attachement, le père intervient précocement dans la prise en charge de l'enfant. Par exemple, la spécificité dans sa façon de prendre soin de l'enfant (manière de le porter, de lui parler...) va introduire la différence qui permettra à l'enfant de s'individualiser, de se reconnaître lui-même et de prendre conscience des autres [8, 44].

Le remaniement psychique vécu par les pères diffère donc de celui de la femme. La place du père n'est donc pas la même lors des séances de PNP, c'est pourquoi, certaines maternités organisent des séances spéciales réservées aux pères.

Prendre soin des parents c'est une manière de prendre soin de l'enfant et de participer ainsi à une réelle prévention des troubles de la relation humaine.

Ainsi, afin de garantir l'accès à la PNP à un plus grand nombre de couples, celle-ci doit nécessairement disposer d'un cadre légal.

3. Cadre réglementaire

3.1 Textes légiférant la PNP [Annexe I, II, III]

- Arrêté du 10 décembre 2007 [Annexe IV]

Il permet de coter les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. La lettre-clé SF permet la cotation des principaux actes des sages-femmes. Sa valeur est de 2,65 €.

- 1^{ère} séance : SF 15

- séances suivantes dispensées à une seule femme (ou couple) : SF 12

- séances suivantes dispensées à deux ou trois femmes (ou couples) simultanément (par patiente) : SF 11,6

- séances suivantes dispensées à plus de trois femmes (ou couples) simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente) : SF 6

Le tarif de la séance de suivi postnatal sera fixé à 18,55 €.

▪ Le plan périnatalité [21, 33, 39]

Le plan périnatalité de 1994-2000 :

« *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité* »

avait pour objectifs de diminuer la mortalité liée à la naissance, de réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse et le nombre d'enfants de faibles poids de naissance.

Les objectifs de ce plan ont été atteints, mais des progrès sont encore nécessaires et réalisables. P. DOUSTE-BLAZY, ancien Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, a donc décidé de mettre en place le plan périnatalité 2005-2007 « *Humanité, proximité, sécurité, qualité* » qui est « *un plan d'actions ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance . 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* ». Ce plan doit permettre une réduction de la mortalité périnatale de 15 % et de la mortalité maternelle de plus de 40 %.

Les axes principaux de ce projet ciblaient :

- la modernisation de l'environnement médical de la grossesse, de l'accouchement et des services de réanimation pédiatrique
- l'amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant
- l'accompagnement des parents en créant un « entretien individuel du 4ème mois » et la distribution d'un carnet de maternité.

Dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007, la Haute Autorité de Santé a émis de nouvelles recommandations et outils visant à aider les professionnels de santé à mieux préparer la femme enceinte et le couple à la naissance de leur enfant ; la finalité étant d'avoir un contact plus précoce avec la PNP et de promouvoir les compétences des femmes et des couples en matière de santé et de soutien de la parentalité [33].

Afin d'évaluer le plan de périnatalité 2005-2007, une nouvelle enquête périnatale a été réalisée en mars 2010.

Ces recommandations officielles montrent bien que la promotion de la préparation à la naissance et à la parentalité est actuellement nécessaire afin d'avoir une approche plus humaniste de la naissance et une participation plus active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Dans ce sens, l'accompagnement de la sage-femme est également important.

3.2 Compétences de la sage-femme

La sage-femme est un acteur central pour la santé des femmes enceintes. Elle est apte à pratiquer des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (SPNP). D'après l'article L4151-1 du Code de la Santé Publique « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement...* » [Annexe V].

Le référentiel métier prône sa compétence pour organiser et animer ces séances [51].

La formation initiale dispensée dans les écoles de sages-femmes comprend un enseignement théorique et pratique concernant les séances de PNP [60]. L'arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux études de sage-femme stipule qu'à la fin de sa formation, l'étudiant sage-femme doit avoir assuré trois séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La préparation à la naissance et à la parentalité ne se fait pas uniquement au travers des séances proprement dites : elle a lieu tout au long de la grossesse avec l'aide de professionnels de santé, aussi bien lors des différentes consultations que lors des échographies. Dans cet objectif, il est indispensable que tous les professionnels de santé en contact avec des femmes enceintes soient formés et préparés à ces pratiques. La formation des professionnels doit également être centrée sur l'animation de ces séances.

En tant qu'animatrice, tous les efforts de la sage-femme doivent tendre vers un seul but : faire que les séances profitent au maximum. C'est pourquoi, elle doit être sensibilisée à la gestion de groupe, à l'animation et aux techniques de communication.

Dans son ouvrage, C.MACCIO définit trois fonctions inhérentes au rôle d'animateur : producteur, facilitateur, régulateur [46]. La sage-femme écoute, invite à parler, accueille les émotions, démystifie, informe, conseille, prépare et accompagne la femme à devenir mère.

Pour J. SALOME :

« Ecouter, c'est accueillir ceux qui s'exprime sans porter de jugement, en tentant de comprendre le monde intérieur de l'autre dans son système de références à lui. Ecouter activement, c'est permettre à l'autre d'en dire plus et de s'entendre lui-même. » [59].

La position d'animateur ne donne pas un droit d'intervention supérieur à celui des autres participants ; il doit savoir s'effacer et réguler les échanges [67].

Dans cet espace de discussion, d'expression, la sage-femme se place comme pivot, guidant les exercices physiques, restant attentive aux vécus, aux craintes et apportant des précisions si nécessaires. C'est un travail basé sur l'écoute active et la parole.

Tout participant doit ressentir un sentiment d'utilité, de valorisation externe de son expérience, de ses compétences ou connaissances.

4. La préparation à la naissance en pratique

Les séances de préparation à la naissance représentent un moment privilégié entre la sage-femme et les femmes enceintes. Leur but est d'informer les futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, sur les méthodes mises à leurs dispositions pour les aider à préparer et à mieux vivre la venue de leur enfant.

4.1 Objectif de ces séances

La naissance ne se réduit pas qu'à l'accouchement ; la mise au monde d'un enfant a une portée plus importante, une famille va naître ou s'agrandir.

« Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit à grands cris »

Victor HUGO

Si l'accouchement constitue la fin de la grossesse en soi, c'est également le moment du commencement de la vie.

Actuellement la baisse de transmission et d'échanges entre femmes fait que les séances de PNP deviennent des moments privilégiés où les futures mères peuvent laisser libre cours à leurs ressentis. Elles s'inscrivent dans une dynamique d'accompagnement global ayant pour objectif d'appréhender de la meilleure manière l'arrivée de l'enfant. Elles amorcent une réflexion autour de la naissance, incitent les parents à avoir confiance dans leurs capacités et favorisent la relation mère-enfant en incluant le père. En confortant les futures mères, les séances de préparation leur permettent de quitter la sphère du rationnel pour prendre conscience de leur partie instinctive qui sait comment accoucher. Les séances auront alors pour vocation de calmer les inquiétudes et les questionnements [17, 24].

Les raisons invoquées pour assister à ces rencontres sont nombreuses et variées : de la peur de l'accouchement, en passant par la connaissance des positions, de la respiration ou encore la recherche d'informations, etc...

Le fait de se préparer à la naissance s'articule autour de questions fondamentales :

Faut-il apprendre à accoucher ?

A quoi se prépare-t-on au juste ?

Qu'est ce qu'une bonne préparation ?

Comment les parents veulent-ils vivre la naissance de leur enfant ?

Il n'y a évidemment pas de réponse absolue. Afin d'appréhender de la meilleure façon possible les demandes des femmes enceintes, la Haute Autorité de Santé a défini des objectifs concernant la préparation à la naissance et à la parentalité :

- préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur futur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes des futurs parents

- accompagner les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, pour prévenir les troubles de la relation parents-enfant

- apporter des informations aux couples sur la grossesse, l'accouchement et les suites (séjour en maternité, retour à domicile)

- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir

- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal [33].

S'il persiste une demande de la femme ou du couple à la fin de la préparation, il faut proposer un accompagnement complémentaire avec un contenu ciblé et adapté.

4.2 Organisation générale

En France, il existe huit séances prénatales faisant l'objet d'une cotation et d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale.

- **L'entretien précoce individuel ou en couple (EPI)**

La première séance instaurée depuis le plan périnatalité 2005-2007 est particulière, il s'agit de :

- l'EPI

Compte tenu de son importance et bien qu'il n'ait pas un caractère obligatoire pour la poursuite des séances de PNP, il devrait néanmoins être systématiquement proposé au moment de la déclaration de grossesse. Dans l'idéal, il serait réalisé au début du 2^{ème} trimestre de la grossesse par une sage-femme ou un médecin qui délivreraient une information claire et appropriée sur son intérêt. D'une durée d'environ une heure, il ne doit cependant pas se substituer au suivi médical habituel.

Il permet tout d'abord de fournir des renseignements à la future mère ou au couple sur l'offre de soins de proximité, les rôles des différents professionnels de santé et sur les comportements à éviter durant la grossesse, etc... C'est également l'occasion de dispenser des messages de prévention. Par ailleurs, le professionnel pourra identifier les compétences parentales à développer et à soutenir. Il appréciera l'état de santé global de la femme enceinte, sur le plan physique, psychique, social et affectif, afin de pouvoir repérer les situations de vulnérabilité susceptibles de compromettre la santé de l'enfant.

Cet entretien est donc le premier lien contribuant à la mise en place du travail en réseau autour de la femme enceinte et l'orientation si nécessaire vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement [16, 19, 61].

- Les autres séances

Les sept autres séances prénatales se déroulent durant le reste de la grossesse, elles se terminent idéalement à 37 semaines d'aménorrhées (SA). Le rythme dépend de la sage-femme, ainsi que du type de préparation. Chacune peut avoir lieu individuellement ou en groupe de 6 femmes maximum. Le plus souvent réalisées en groupe, elles favorisent un partage d'expérience à de nombreux niveaux. Ces contacts sont essentiels car le cheminement de chacun sert d'éclairage et de stimulation aux questions des autres.

Variant de 45 minutes à 2 heures, la durée des séances doit être adaptée aux thèmes et aux techniques abordées. Ce laps de temps est nécessaire pour diffuser des informations, permettre le développement des compétences et mettre en pratique un travail corporel. Elles sont également réalisables à domicile notamment, en cas de grossesse pathologique. Le programme de préparation est structuré, le contenu est approprié aux stades de la grossesse et sélectionné selon les besoins individuels [9, 43].

- Les séances postnatales

A l'instar des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, des séances postnatales ont été instaurées depuis avril 2008. Deux séances individuelles sont prises en charge par la Sécurité Sociale. Elles peuvent se dérouler à domicile ou au cabinet de la sage-femme, du 8^{ème} jour suivant la naissance jusqu'à l'examen médical postnatal prévu entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement.

Il s'agit de répondre à une demande spécifique des parents, de s'assurer de l'existence de liens mère-enfant satisfaisants et de soutenir la parentalité. Ces séances permettent un accompagnement des soins au nouveau-né, un soutien à l'allaitement et de rechercher des signes de dépression du post-partum [33, 45].

4.3 La préparation classique

Les séances donnent les moyens à la future mère et au couple de préparer la naissance, de consolider leur confiance en eux et de développer des compétences parentales. La préparation dite classique se base sur un contenu à la fois théorique mais également pratique, c'est-à-dire des exercices de respiration, de relaxation ou des démonstrations de positions.

- Thèmes à aborder [3, 17, 24, 33, 45, 53, 56]

La grossesse est un événement naturel, une expérience humaine, qui se déroule normalement, dans la majorité des cas. Quel que soit le type de séances de PNP, le contenu est à ajuster en fonction des attentes et des besoins de chacun.

Pour comprendre, les femmes enceintes ont besoin d'une information claire et loyale, favorisant leur participation active et leur laissant prendre les décisions adéquates concernant leur santé (Conformément à la loi du 4 mars 2002). Plusieurs thèmes basés sur les besoins informatifs des femmes enceintes sont abordés à chaque rencontre, ceux-ci doivent être en continuité avec ce qui se passe réellement sur le terrain. Les séances de PNP étant, avant tout, un espace d'échanges et de contacts, les participantes doivent avoir la possibilité de trouver des réponses à leurs propres questions. L'information dispensée n'est en aucun cas à séparer du vécu, du ressenti, c'est pourquoi, les couples peuvent, dans cette occasion précise, exprimer leurs sentiments. Les professionnels se tenant à leurs dispositions pour les entendre et les accompagner.

La première séance de PNP classique (après l'EPI) suppose de faire connaissance avec les couples et de savoir quels sont leurs projets, leurs envies et leurs attentes. C'est aussi l'occasion d'échanger sur le vécu de la grossesse, d'apporter des connaissances sur l'anatomie du corps (notamment du périnée et du bassin), sur les modifications physiologiques durant la grossesse et sur le développement du bébé in utéro.

Les rencontres suivantes contribuent à la compréhension de la physiologie d'un accouchement : comment il se déroule, quels sont les signes annonciateurs de la venue au monde de l'enfant... ?

La notion de douleur et plus particulièrement, de la douleur obstétricale y est abordée : savoir comment mieux la gérer, connaître les techniques de respiration, les aides possibles ?

Le thème de la mobilisation est évoqué, il s'agit d'expliquer les différentes positions adoptables par la femme lors du travail et de l'accouchement.

En outre, des informations sur l'allaitement au sein ou au biberon sont données : Comment faire son choix ? Quelles sont les positions d'allaitement existantes ?

Les séances de PNP relatent l'accueil du nouveau-né à la fois en salle d'accouchement mais aussi dans les semaines qui suivent la naissance. Comment encourager l'établissement d'une véritable rencontre entre le bébé et ses parents, quels sont ces besoins ?

Divers sujets tels que, le rôle du père (comment peut-il soutenir sa compagne, quelle place a-t-il envie de prendre ?) la sexualité pendant la grossesse et le post-partum, peuvent faire l'objet d'une discussion.

Une visite des locaux de la maternité peut également être organisée. Elle permet une familiarisation avec les lieux, avec les appareils en salle de naissance et le personnel présent.

Au cours de ces rencontres, des échanges se font aussi autour du projet de naissance. Les parents exprimant, à travers celui-ci, leurs souhaits quant à la venue au monde de leur enfant. Des mots peuvent être mis sur leurs ressentis et sur la manière dont ils veulent aborder la naissance. Son élaboration peut se faire en collaboration avec la sage-femme, qui va aider le couple à avancer dans son devenir parental. Faisant partie intégrante de la préparation à la naissance, il doit, au même titre que l'EPI, être automatiquement proposé [27].

- Préparation physique

La préparation physique peut se baser sur trois points essentiels : connaître son corps, gérer sa respiration, se relaxer.

Pendant la grossesse, l'imprégnation hormonale provoque des changements sur pratiquement toutes les parties du corps. L'apprentissage des techniques de travail corporel trouve une place essentielle en accompagnant ces bouleversements physiques et en aidant les femmes enceintes à mieux connaître leur corps. Au cours des séances de PNP, la sage-femme procède à une démonstration des différentes positions afin que les futurs parents puissent les mettre en pratique. Certaines méthodes proposées, comme par exemple, étirer sa colonne vertébrale ou basculer le bassin peuvent soulager les douleurs de la grossesse. Ainsi, par différents moyens la femme enceinte peut adopter une posture adaptée [12, 28].

Lors du début du travail, les positions sont essentielles pour gérer la douleur, favoriser la descente de l'enfant dans le bassin et protéger le périnée. On peut utiliser le ballon, s'installer en position d'engagement, etc... Au moment de l'expulsion, la sage-femme présente aidera à trouver la position optimale pour l'accouchement (position gynécologique aménagée, à 4 pattes, sur le coté, etc...) [12].

Une position appropriée entraîne une respiration plus efficace et donc une meilleure oxygénation durant le travail. En pratique, il existe trois types de respiration : abdominale, thoracique et complète. En prendre conscience et les maîtriser sont la clé de la détente et aide à gérer les efforts de poussées.

Il existe deux différentes techniques de poussées vues en séance de PNP :

- « inspirer, bloquer, pousser »
- « pousser sur l'expiration » ou « expiration freinée »

Le côté « pratique » des séances de PNP peut prendre fin par un moment de relaxation, fondamental pour améliorer le vécu de la grossesse et du travail. La relaxation optimise un relâchement complet de toute tension musculaire, mentale ou émotionnelle. L'esprit ralentit momentanément ses pensées de sorte que le corps arrête tout effort. Basée sur la prise de conscience entre contraction et relâchement musculaire, c'est un état personnel et non comparable d'une personne à l'autre. Pour réussir la relaxation, il faut la pratiquer dans les conditions les plus favorables possibles (environnement calme, loin du bruit, dans une position confortable) [3, 18].

Chaque femme et chaque accouchement étant différents, la sage-femme accompagne la femme enceinte à choisir quels types d'exercices corporels lui correspondent le mieux.

Au final, la rencontre avec d'autres parents, la recherche d'informations, la prise de conscience de son corps grâce à des exercices corporels sont des questionnements inévitables pour les futurs parents. Toutes les méthodes de préparation tentent de répondre à ces objectifs généraux. Leurs spécificités résident dans les moyens mis en œuvre pour y parvenir. La diversité des techniques actuellement proposées offrent aux femmes un large choix pour se préparer.

4.4 Autres formes d'accompagnements

4.4.1 La sophrologie

La sophrologie est une relaxation dynamique, inventée à Madrid par Alfonso CAYCEDO, elle repose sur 3 degrés.

Le 1^{er} degré est élaboré à partir des techniques de yoga, le but visé étant la détente : si le corps est détendu, l'esprit l'est aussi et inversement. Il y a une alternance entre action/détente, la sophrologie va ainsi aider la femme enceinte à se focaliser sur ses sensations.

Le 2^{ème} degré constitue en des exercices de visualisation/méditation. Le but est d'accompagner les perceptions en les transformant (exemple : transformation de la douleur en chaleur ou en sensation de dispersion)

Le 3^{ème} degré est basé sur le zazen (concentration sur un objet interne ou externe). Fixer son attention sur un point fixe comme, lors de l'accouchement, le bébé ou le col utérin permet de mieux accompagner les contractions utérines [3, 17, 58].

4.4.2 L'haptonomie

Frans VELDMAN est le fondateur de l'haptonomie, c'est donc à sa définition qu'il faut se référer :

« La science du contact psycho-tactile, de l'affectivité »

Il s'agit d'entrer en communication avec son enfant à travers la paroi du ventre maternel, pas nécessairement au moyen d'un toucher ou d'une palpation concrète du ventre, mais plutôt par une façon d'être ensemble. Cette pratique s'adresse à la personne toute entière.

L'haptonomie périnatale vise à accompagner la parentalité dès le début de la vie intra-utérine jusqu'à la découverte de l'enfant lors de la naissance [20,67].

4.4.3 Le yoga

Le yoga, pratique ancestrale, associe un art de vie, une culture, une philosophie et une technique. C'est l'unification du corps et de l'esprit pour arriver à une harmonisation. Cette préparation en douceur aide à la décontraction physique et la concentration psychique. Les exercices de yoga enseignés appartiennent à *hatha yoga*. Le but du yoga est d'apaiser le mental, afin que l'âme individuelle soit en continuité avec l'âme universelle [14, 18].

4.4.4 La préparation aquatique pour femmes enceintes

« L'eau nous porte, l'eau nous berce, l'eau nous rend notre propre mère »

G. BACHELARD

L'activité aquatique est une préparation à la naissance complète, associant exercices musculaires et respiratoires, travail aérobic, ainsi que relaxation et détente. La femme enceinte se trouve dans un milieu favorable et accueillant.

La flottabilité augmente lorsqu'on est enceinte. Ainsi l'équilibre, facteur souvent source de difficultés lors des exercices au sol, n'est plus un facteur limitatif dans l'eau. Entourée d'eau, on ne craint ni de tomber, ni de se blesser. L'eau permet ainsi d'exécuter plusieurs mouvements difficilement réalisables au sol [5, 56].

4.4.5 Le chant prénatal

Créé en 1977, le chant prénatal se base sur les théories de la psychophonie de Marie-Louise AUCHER.

Par l'intermédiaire des sons, le chant permet la création d'une relation précoce entre la mère et son enfant. Chanter à son enfant, c'est entrer en contact avec lui, créer « un cordon ombilical sonore ».

Grâce au travail de la voix, la patiente va apprendre à respirer correctement et à maîtriser son souffle. Lors de l'accouchement le son bien dirigé détend les muscles, contribue à l'ouverture du col et atténue la douleur [2, 62].

Cette première partie a retracé l'historique de la préparation à la naissance, les évolutions que celle-ci a connues au fil du temps. Dans la suite de ce travail, seront exposés la méthodologie de l'étude et les principaux résultats de l'enquête.

CHAPITRE II

LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE : LA REALITE SUR LE TERRAIN

1. Méthodologie

▪ **Problématique**

Le sujet de ce mémoire concerne les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005-2007 favorisent la préparation des couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant à l'aide de séances adaptées.

Dans ce contexte, il me semble intéressant de savoir si les séances de préparation à la naissance et à la parentalité actuellement proposées dans les hôpitaux publics répondent aux attentes des femmes enceintes primipares.

▪ **Objectifs**

Les objectifs de l'étude que j'ai menée étaient triples et découlaient de cette interrogation.

Il s'agissait :

- d'une part, d'évaluer la satisfaction des femmes enceintes concernant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- d'autre part, de déterminer l'adéquation entre la préparation à la naissance actuellement proposée et les aspirations réelles des femmes.
- et enfin, de proposer des adaptations de la préparation à la naissance afin de répondre au mieux aux souhaits des femmes enceintes.

▪ **Hypothèses**

Je me suis basée, en premier lieu, sur les hypothèses suivantes :

- en donnant des repères anticipatoires et en informant les femmes enceintes, les séances de préparation à la naissance ont une incidence pratique sur le déroulement de l'accouchement
- les femmes enceintes manifestent de nouvelles demandes concernant la préparation à la naissance
- une préparation à la naissance reformulée, serait plus à même d'accompagner les femmes enceintes à mieux vivre leur accouchement.

2. La réalisation de l'enquête

La population cible

Critères d'inclusion

La population cible incluait les femmes primipares ayant participé aux séances de PNP dites classiques, en secteur hospitalier. La primiparité a été un critère de sélection, car voulant étudier les attentes des femmes enceintes, il me paraissait plus juste de le faire auprès de femmes n'ayant pas encore eu d'expérience de maternité. De plus, cette enquête a concerné uniquement la population fréquentant les établissements publics, car l'organisation diffère en comparaison du secteur privé ou libéral.

Critères d'exclusion

Les différents critères d'exclusion ont été la multiparité, l'incompréhension du français, les femmes n'ayant pas participé aux séances de PNP.

Le lieu de l'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique réalisée :

- à l'Hôpital Maternité de Metz, un établissement de type II, département de la Moselle (5 séances de PNP en dehors de L'EPI)

- au Centre Hospitalier de Verdun, un établissement de type II, département de la Meuse (6 séances de PNP en dehors de L'EPI)

La méthode

Le type d'étude choisie

Il s'agissait d'une enquête rétrospective réalisée auprès de femmes enceintes primipares ayant participé aux séances de PNP.

Le recueil des données

Le recueil de données a été réalisé par le biais d'un questionnaire distribué à l'avant dernière séance de PNP afin d'obtenir le maximum de réponse et d'éviter les déperditions liées à un accouchement avant la dernière séance.

Mon étude a débuté le 28 septembre 2010 et a pris fin le 28 novembre 2010.

A ce jour, 32 femmes ont accepté d'y répondre.

Le questionnaire

Mon enquête se composait de deux grandes parties.

Tout d'abord, un auto-questionnaire a été distribué (par l'intermédiaire de la sage-femme animatrice) à toutes les femmes enceintes primipares à l'avant-dernière séance de préparation à la naissance dite classique. Cette première partie a permis de connaître l'état civil des femmes, de faire l'état des lieux de la PNP en France en 2010, ainsi que de se centrer sur les attentes des femmes enceintes.

Dans un deuxième temps, j'ai réalisé un entretien téléphonique avec l'accord des patientes, un mois après leur accouchement (Annexe VI). Cette deuxième partie a permis d'avoir un regard post-accouchement sur les séances de PNP. Le but était de savoir si le contenu des séances semblait toujours adapté aux besoins des femmes enceintes et aussi de voir comment les améliorer. J'ai profité de cet appel pour compléter des données manquantes aux questionnaires et approfondir certaines questions.

Avant le début de cette étude, ce questionnaire a été testé auprès d'un groupe de femmes enceintes participant à des SPNP à l'Hôpital Maternité de Metz ceci afin d'évaluer la compréhension des questions.

Pour l'analyser, j'ai utilisé le logiciel Excel 2003 et afin de pouvoir exploiter les questions ouvertes, j'ai défini plusieurs thèmes représentant les idées principales des réponses obtenues, les réponses types ont été retranscrites entre guillemets.

▪ Les limites de l'étude

La première limite rencontrée dans cette étude se situait dans le nombre de questionnaires exploités. En effet, la première partie du questionnaire a été remplie par 32 patientes, 18 ont accepté de communiquer leurs numéros de téléphone, parmi elles 16 ont pu être recontactées.

Ce nombre restreint ne semble pas permettre aux résultats de l'étude d'être représentatif et extrapolable à l'ensemble de la France.

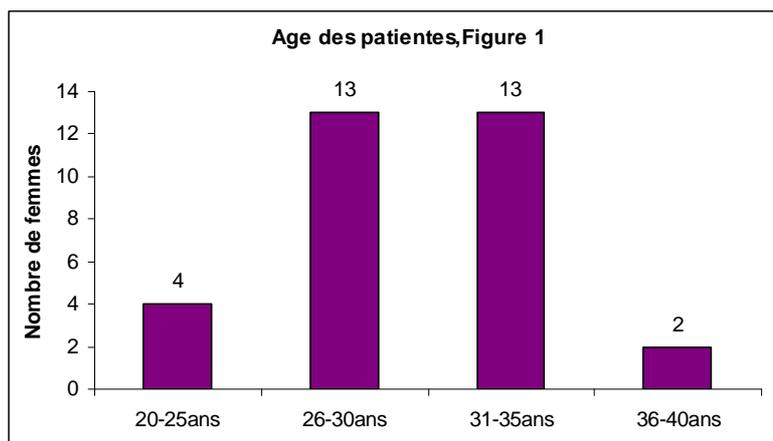
La deuxième limite était liée à la planification des séances de PNP. Effectivement, au moment de la distribution du questionnaire, les cycles de séances de PNP classiques reprenaient seulement dans un hôpital, par conséquent, les formulaires n'ont pu être distribués qu'à un groupe.

3. Les résultats de l'enquête

Première partie de l'étude : le questionnaire (n=32)

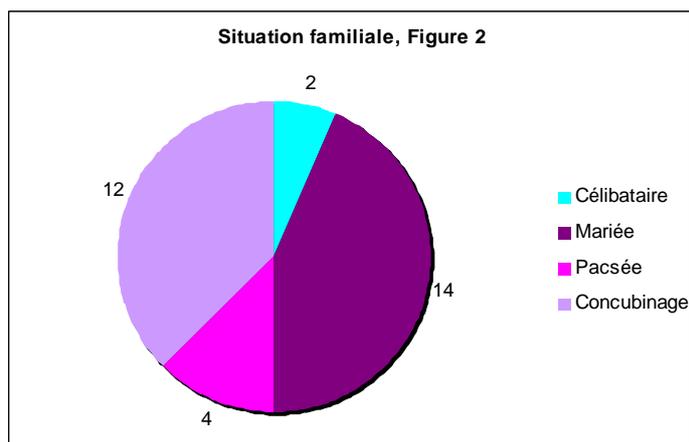
3.1 Caractéristiques de la population

❖ Age des patientes

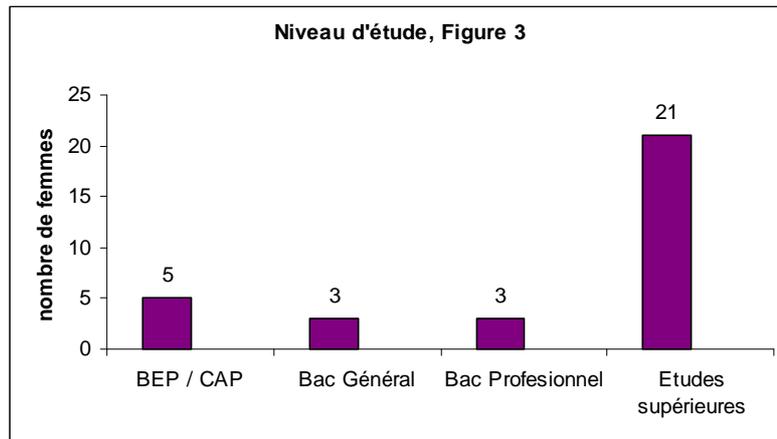


L'âge moyen des femmes était de 30 ans.

❖ Situation familiale



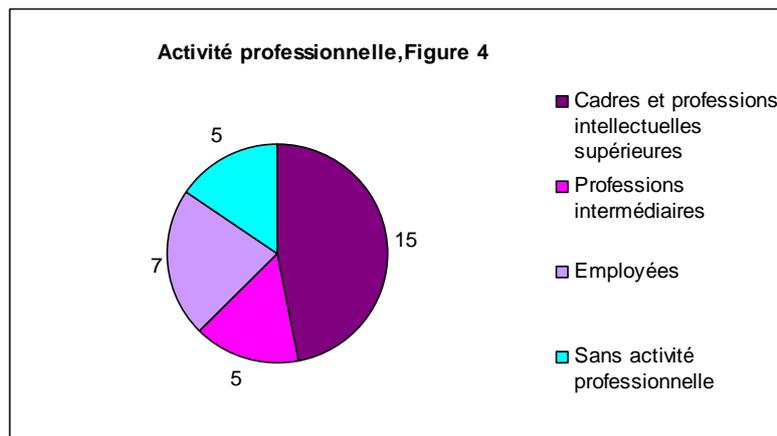
❖ Niveau d'études



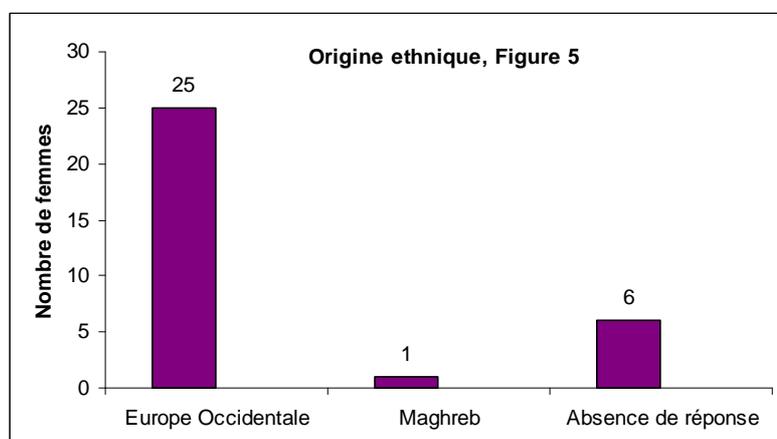
Sur 32 femmes, 5 n'avaient pas d'activité professionnelle avant la grossesse, 27 en avaient une et l'ont exercée pendant la grossesse.

Voici la répartition de ces activités classées en catégories socioprofessionnelles.

❖ Activité professionnelle



❖ Origine ethnique



La majorité des participantes était d'origine européenne.

3.2 Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

❖ **Concernant l'entretien prénatal individuel précoce (EPI)**

➤ Informations concernant l'EPI : Tableau I

	Oui	Non
Nombre de patientes (n = 32)	22	10

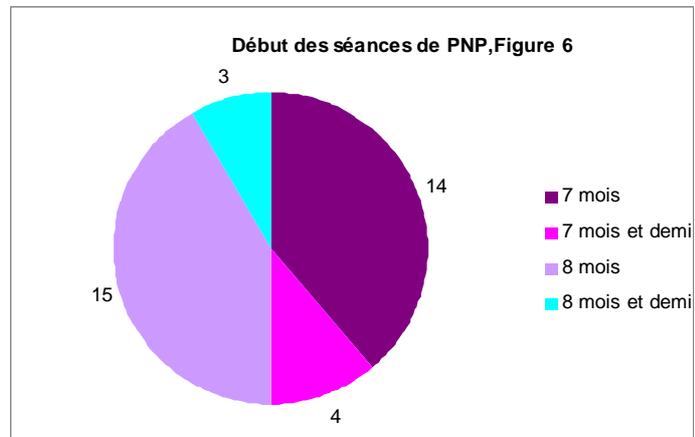
➤ Réalisation de l'EPI : Tableau II

	Oui	Non
Nombre de patientes (n = 32)	17	15

Sur les 15 femmes n'ayant pas réalisé l'EPI, 10 n'en avaient pas eu l'information, une personne ne l'a pas fait suite à un problème organisationnel et 4 n'ont pas répondu à cette question.

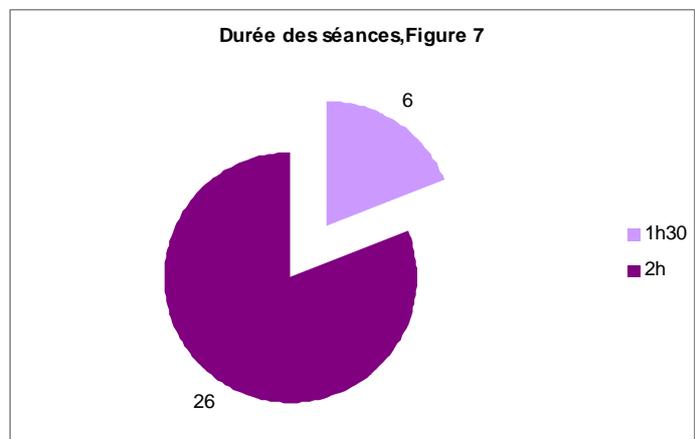
❖ Cadre organisationnel des séances de PNP

➤ Début des séances



Pour 28 femmes interrogées les séances de PNP ont débuté au moment opportun. Quatre patientes auraient souhaité démarrer plus précocement cette préparation, notamment les 3 ayant débuté à 8 mois et demi et une à 8 mois.

➤ Durée des séances



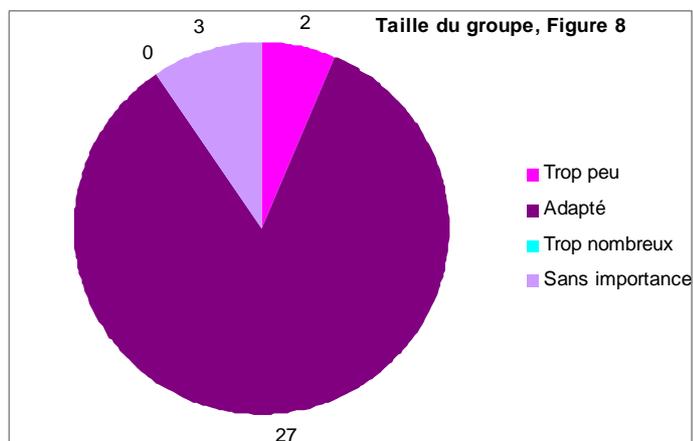
31 femmes sur 32 ont trouvé la durée des séances adaptée. La personne souhaitant des séances plus longues avait participé à des séances de 1h30.

➤ Composition du groupe

Le nombre de participantes femmes s'échelonnait de 4 à 7. Les groupes étaient composés en majeure partie de 7 femmes.

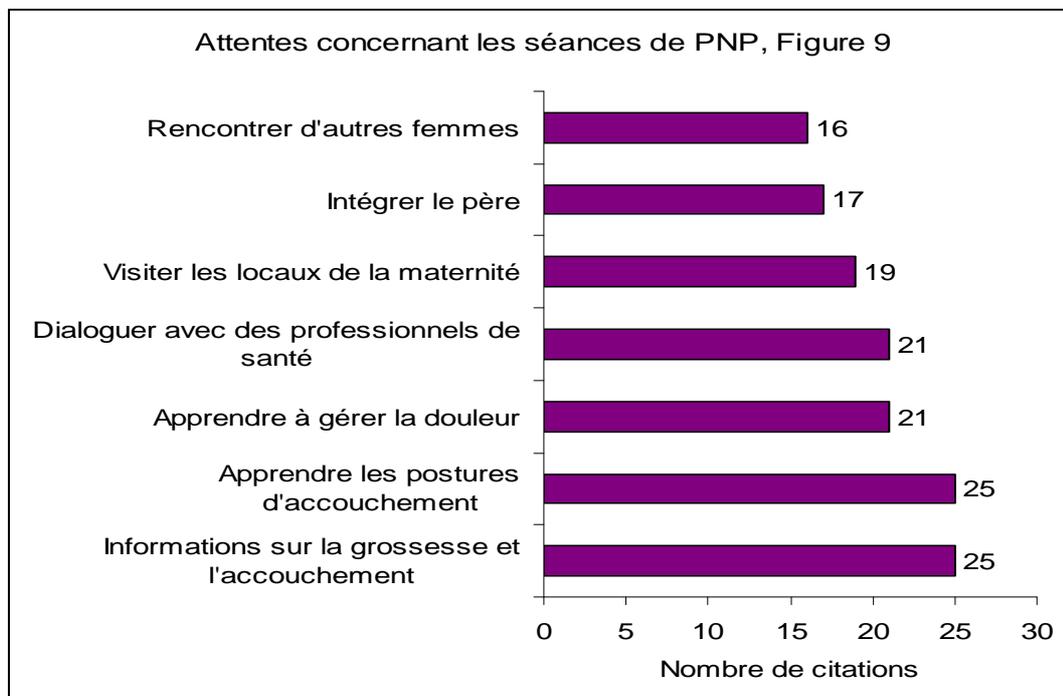
La participation des conjoints était plus aléatoire. Pour 15 femmes, lors des séances, il n'y avait aucun conjoint de présent et lorsqu'ils l'étaient leur nombre ne dépassait jamais 3.

➤ Taille du groupe

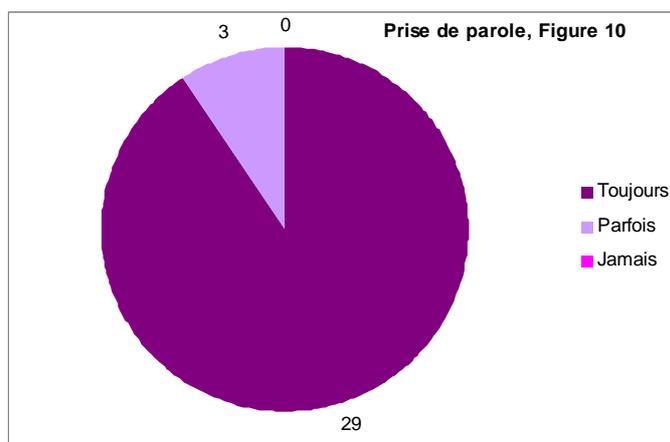


❖ **Impact des séances de PNP**

➤ Les attentes

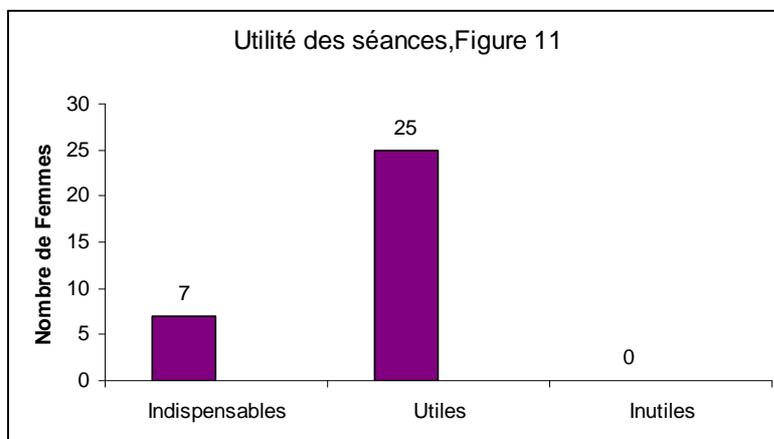


➤ Prise de parole



Trois femmes s'étaient très peu exprimées pendant les séances de PNP, trouvant les réponses à leurs questions grâce au groupe ou à la sage-femme.

➤ Utilité des séances



➤ A la question «les séances de préparation à la naissance ont-elles répondu à vos attentes ? »

L'avis général était affirmatif.

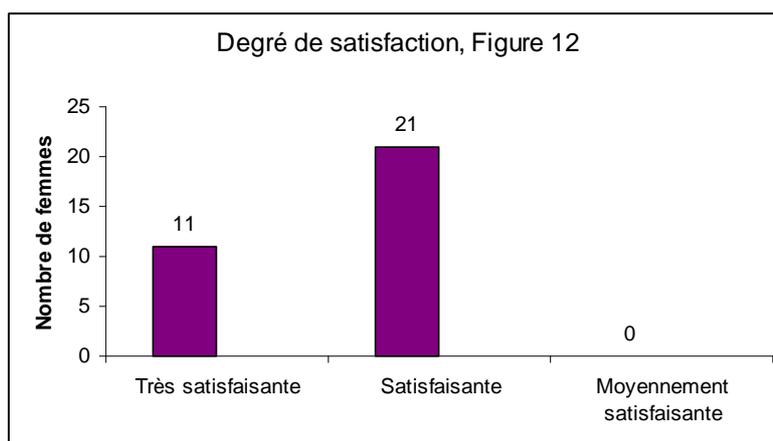
Détails avec citation des patientes :

« Toutes mes interrogations ont trouvé une réponse pendant ces séances »

« Les séances sont rassurantes et concrètes »

« Les séances ont permis de répondre aux questions que je me posais »

➤ Degré de Satisfaction



➤ Suggestions

8 femmes ont émis des suggestions afin d'améliorer l'environnement des séances de PNP, à savoir :

- des horaires plus adaptés à la présence des pères (début de soirée, séances le samedi)
- plus de matériel, type ballons
- acquérir des chaises plus confortables
- installer la climatisation

Concernant le contenu de l'information, 6 femmes ont formulé les requêtes suivantes :

- avoir plus d'informations sur l'allaitement, ainsi que sur les soins aux nouveau-nés
- obtenir à la fin des séances, une documentation qui résumerait l'essentiel avec des schémas

❖ Participation à d'autres types de PNP

Sur 32 femmes, 10 auraient souhaité participer à d'autres types de séances que la préparation classique.

Elles ont cité :

- la sophrologie
- l'haptonomie
- la préparation aquatique
- le chant
- une séance sur l'allaitement avec un représentant d'association
- des groupes de parole d'une heure, une fois par mois, dès le début de la grossesse

Sur 32 femmes, 6 ont effectué, en plus des séances de PNP classiques, une autre forme de préparation à la naissance.

Tableau III

Méthodes choisies	Nombre de femmes
Activité aquatique	2
Sophrologie	2
Haptonomie	2

❖ Concernant le projet de naissance

19 femmes sur 32 connaissaient le projet de naissance.

Elles ont indiqué comme sources d'informations :

- pour 12 participantes, la sage-femme
- pour 2 participantes, les médias
- pour 1 participante, les amis
- absence de réponse pour 5 participantes.

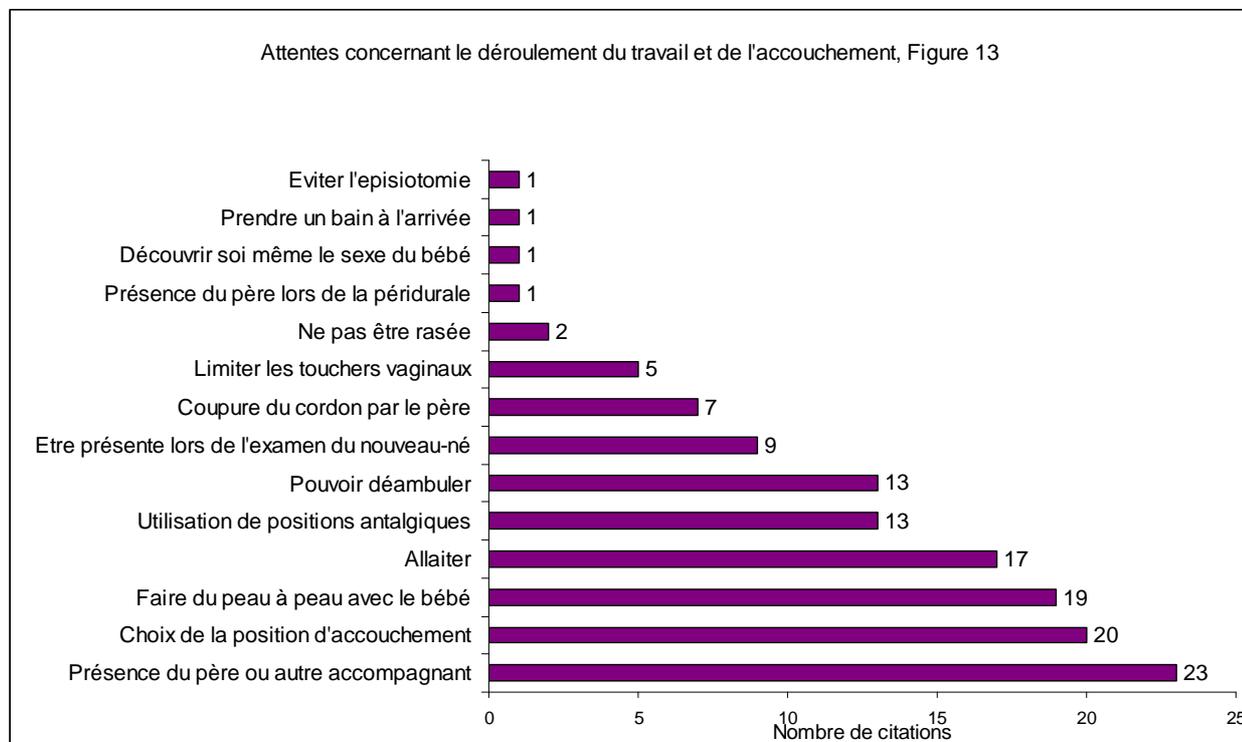
9 femmes sur 32 ont réalisé un projet de naissance :

- 6 avec le conjoint
- 2 avec l'aide du conjoint et de la sage-femme
- 1 avec l'aide de la sage-femme

Dans la majorité des cas, le projet de naissance a été réalisé au 8^{ème} mois de grossesse.

Sur les 10 femmes n'ayant pas réalisé de projet de naissance, une seule a déclaré ne pas avoir d'attentes particulières. Les autres n'ont pas donné leurs raisons.

Les participantes ont ensuite exprimé certaines attentes concernant le déroulement du travail et de l'accouchement, notamment :



Deuxième partie de l'enquête : l'entretien téléphonique (n=16)

3.3 Après l'accouchement

16 femmes ont pu être recontactées environ un mois après l'accouchement et ont répondu à la deuxième partie du questionnaire.

❖ Les séances de PNP : le regard post-accouchement

- A la question : « Auriez-vous aimé que la sage-femme aborde des thèmes qui ne l'ont pas été ? »

Les femmes interrogées ont répondu :

- Oui, pour 6 femmes
- Non, pour 10 femmes

Les thèmes souhaités étaient :

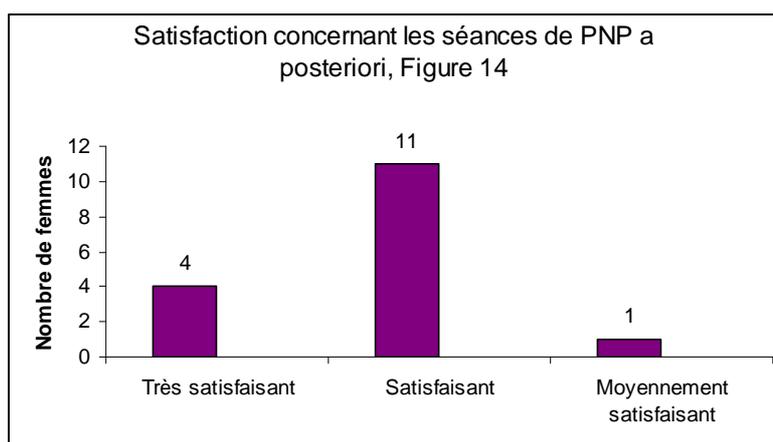
- plus d'exercices corporels
- le début de travail
- le déclenchement du travail
- les extractions instrumentales
- la césarienne
- l'allaitement de manière plus approfondie
- le retour à la maison en insistant sur les soins aux nouveau-nés

Afin d'améliorer les séances de PNP, les participantes ont également proposé de créer une séance spéciale « papa », ceci dans le but de leur permettre de poser des questions qu'ils n'osent peut être pas évoquer devant des femmes. De plus, les femmes auraient aimé aborder les autres méthodes de PNP avec la sage-femme.

➤ Nombre de séances réalisées

Trois des femmes interrogées n'ont pas réalisé une séance sur l'ensemble proposé soit pour raison de santé ou en raison d'un accouchement avant la fin des séances.

➤ Satisfaction



La personne moyennement satisfaite a affirmé avoir été choquée par le discours des autres femmes exposant des problèmes rencontrés.

L'ensemble des femmes interrogées a déclaré que les séances de PNP leur ont permis d'arriver plus sereinement à la maternité.

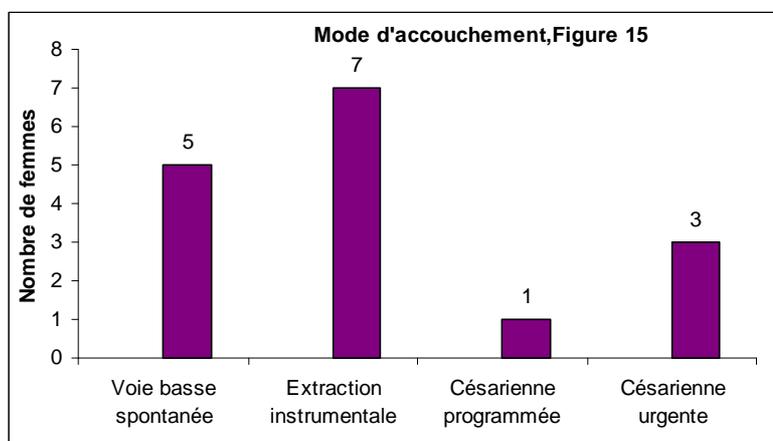
« Je savais ce qui m'arrivait, comment allait se passer la suite »

« Les séances m'ont donné des repères »

« Je suis arrivée en confiance, les séances ont permis de me rassurer »

❖ Déroulement de l'accouchement

➤ Mode d'accouchement



Les sept extractions instrumentales étaient des ventouses. (3 pour non progression de la présentation, 3 pour une altération du rythme cardiaque fœtal, 1 pour des efforts expulsifs insuffisants).

La césarienne programmée avait pour cause une présentation du siège.

Les césariennes en urgence avaient pour origine des altérations du rythme cardiaque fœtal.

En répondant à cette question les femmes ont également exprimé le vécu de leur accouchement, trois sentiments prédominant : la joie, le regret, la déception.

« J'en garde un bon souvenir »

« C'était très long, on m'a imposé une méthode pour la poussée, j'ai l'impression d'avoir été mal guidée »

« J'espère que les prochains seront pareils, l'accompagnement était très bien »

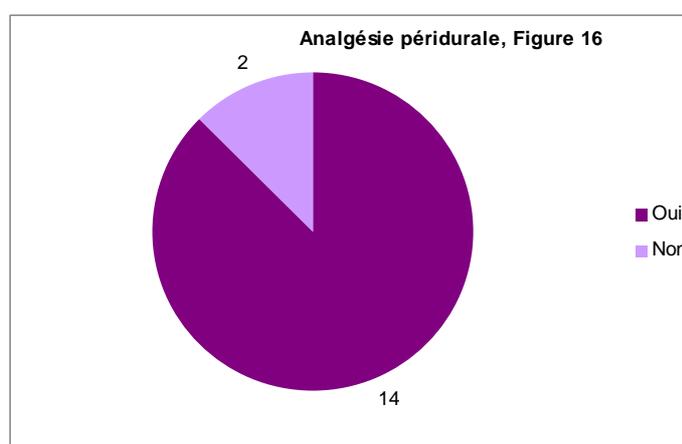
« Je l'ai mal vécu sur le moment, mais j'en garde tout de même un bon souvenir »

➤ Position d'accouchement

Sur 5 femmes ayant accouché par voie basse spontanée, 2 ont accouché sur le côté. Ces patientes ont adopté cette position :

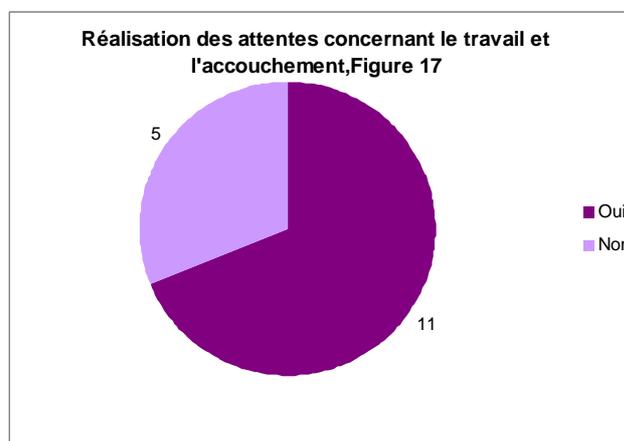
- pour la première, suite à une proposition de la sage-femme
- pour la seconde, elle en avait eu connaissance lors des séances de PNP et c'était son souhait.

➤ APD



Une des deux patientes n'ayant pas bénéficié de la péridurale, ne la souhaitait pas, l'autre a eu un travail trop rapide.

➤ Réalisation des attentes concernant le déroulement du travail et de l'accouchement



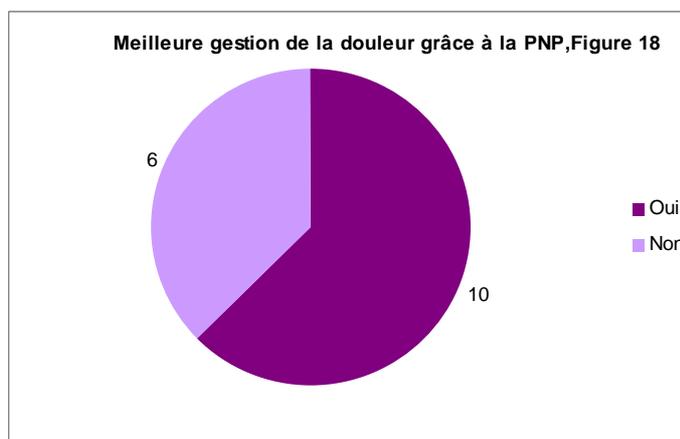
Les patientes dont les attentes n'ont pu être réalisées ont regrettées :

- le début de travail dans le service de suites de couches sans accompagnement
- le manque de matériel (pas de ballon, pas de possibilité de prendre un bain)
- le défaut de prise en charge de la douleur
- le manque de présence du personnel médical

❖ Gestion de la douleur

- A la question « pensez vous que les séances de PNP ont pu vous aider à mieux gérer la douleur ? »

La réponse est :



Pour les femmes ayant répondu oui, les raisons étaient les suivantes :

« *J'étais moins stressée, ce qui m'a aidé à avoir une meilleur approche des contractions utérines* »

« *La respiration apprise en séance m'a permis de mieux gérer la douleur* »

« *Les séances m'ont permis de faire la différence entre les contractions de grossesse et celles de travail* »

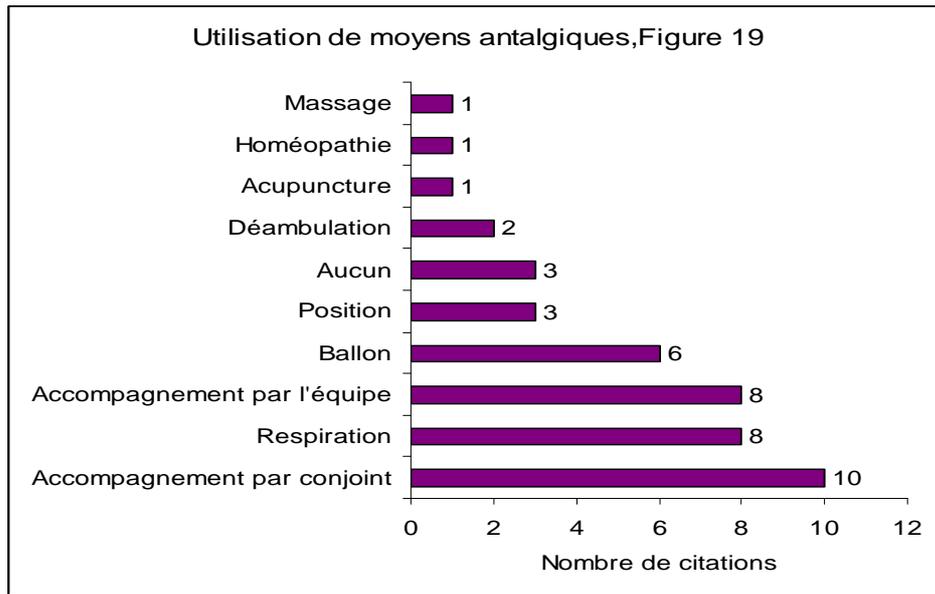
Pour les femmes ayant répondu non :

« *Je ne m'attendais pas à une telle douleur* »

« *La douleur était tellement intense que j'ai oublié tout ce que nous avions vu en séance* »

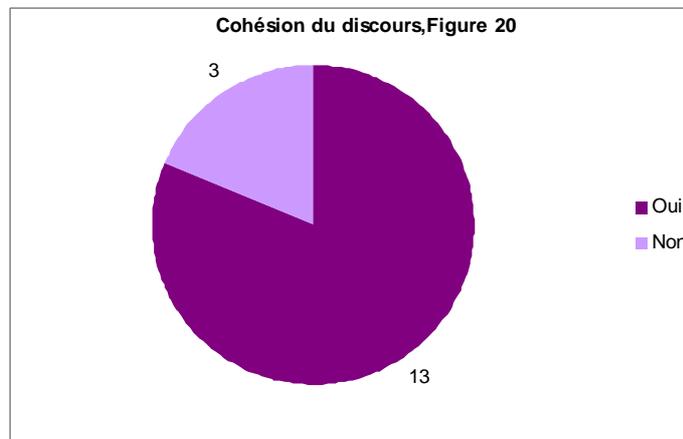
« *Je m'attendais à souffrir, mais pas à ce point* »

➤ Utilisation de moyens antalgiques



❖ **Ressenti des femmes après l'accouchement**

➤ Cohésion entre le discours tenu en séance de PNP et celui en salle de naissance



La discordance observée par ces 3 femmes était liée :

- au manque de matériel en salle de naissance
- à la respiration imposée par la sage-femme
- au manque d'humanité au moment de l'accouchement et à sa trop grande technicité

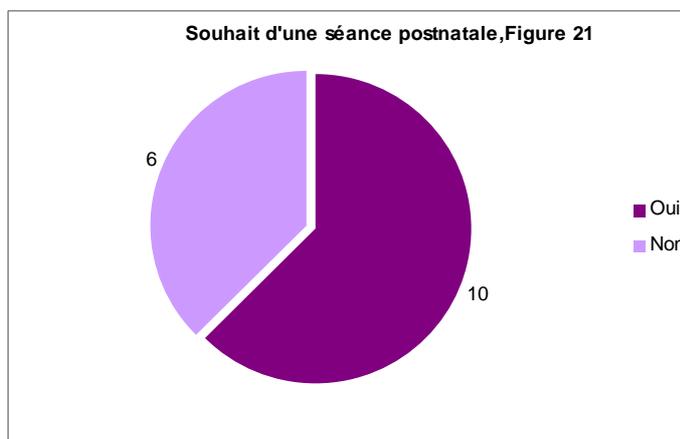
Une patiente a déclaré que la salle de naissance était un lieu beaucoup trop technique qui ne laissait que peu de place à l'accompagnement et à la prise en charge psychologique. Cette même personne a souligné l'importance de la place des étudiants sage-femme et leur soutien important.

Cependant, une grande partie des femmes interrogées a mis en avant le manque de

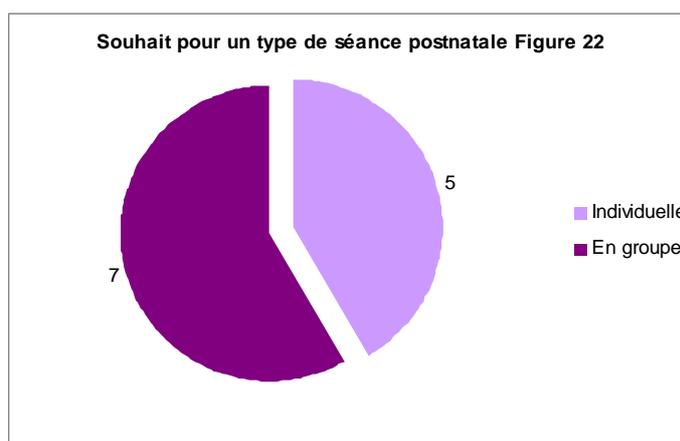
cohésion au niveau du discours tenu en service de suites de couches.

❖ Séances postnatales

➤ Souhait de participation à une séance post-natale



De nombreuses femmes n'avaient jamais entendu parler de ces séances avant cet entretien.



Dans leur idéal, ces séances seraient à réaliser dans les quinze jours, à un mois suivant l'accouchement.

« C'est à partir de ce moment que l'on commence à se poser des questions. »

Les femmes ne souhaitant pas participer à ces séances se disent bien entourées ou ne souhaitent pas retourner à l'hôpital.

❖ Etat d'esprit actuel

« Que du bonheur, l'allaitement se passe bien »

« Inquiète pour allaitement »

« J'étais perdue à la sortie de la maternité, c'était dur de se retrouver seule, il faudrait prévoir un relais »

« Fatiguée à cause de l'allaitement »

CHAPITRE III

ATTENTES DES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANT AUX SEANCES

1. Les constats sur le terrain

1.1 Présentation de l'échantillon

L'âge moyen des femmes interrogées était de 30 ans. La majorité de la population avait un âge compris entre 26 et 35 ans (environ les $\frac{3}{4}$). Seules deux femmes avaient entre 36 et 40 ans et aucune en dessous de 20 ans (Figure 1). Ces données étaient en accord avec l'âge moyen de la maternité en France qui est de 30 ans [34].

Concernant la situation familiale, à l'exception de deux femmes qui étaient célibataires et bien entourées d'un point de vue familial, les autres vivaient en couple (Figure 2).

Tous les niveaux d'études étaient représentés mais $\frac{2}{3}$ des femmes avaient suivi un cursus universitaire supérieur (Figure 3).

Cinq patientes sur 32 n'avaient pas d'exercice professionnel avant la grossesse. Sur les 27 restantes, plus de la moitié (15/27) avait une activité de type cadre et le reliquat de la population (12/27) exerçait une profession intermédiaire ou était employées (Figure 4).

Ces données concordent avec les résultats de l'enquête périnatale de 2003 qui affirme que le niveau d'étude ainsi que le nombre de femmes exerçant un emploi lors de la grossesse a augmenté [34].

D'après ces résultats, les participantes ne faisaient pas partie de population à risques, celle-ci n'étant peut-être pas assez consciente ou sensibilisée sur les bienfaits et les intérêts des séances de PNP.

Une grande majorité des patientes se trouvait être d'origine occidentale, une seule était d'origine maghrébine (Figure 5). Cette faible proportion de personnes d'origine étrangère s'expliquant probablement par le fait qu'elles se sentent suffisamment entourées et soutenues au sein de leur communauté ou que certains freins peuvent y exister. De plus, l'information concernant ces séances n'a peut-être pas été diffusée assez largement auprès de ces populations.

Pour conclure, l'échantillon était assez homogène pour l'ensemble des caractéristiques étudiées. Par ailleurs, cette étude ne concernait que les femmes qui avaient choisi de participer

aux séances de PNP et qui avaient accepté de répondre au questionnaire. Ces différents critères, ainsi que la taille réduite de l'échantillon ne permettent donc pas aux résultats d'être extrapolables à l'ensemble de la population.

1.2 Etat des lieux de la PNP en secteur hospitalier

Pour la plupart des femmes, les séances de PNP ont débuté au 7^{ème} ou au 8^{ème} mois de grossesse (Figure 6). Si la date préconisée pour réaliser l'EPI est fixée au 4^{ème} mois, il n'en est pas de même pour l'organisation des séances proprement dites. Effectivement, il n'existe pas de consensus sur la date où ces séances doivent commencer. En pratique, elle est liée au moment où la mère a reçu l'information, où elle a pris la décision de s'inscrire et au début du congé de maternité. De la sorte, la quasi-totalité des femmes (28/32) a jugé que le moment était propice pour les démarrer. Il faut noter que 4 femmes auraient souhaité débiter la préparation de manière plus anticipée dans le but d'être rassurées et d'obtenir des réponses à leurs questions de manière plus précoce.

L'ensemble des sessions proposées a été suivi par plus des trois quarts des femmes (13/16), indiquant que l'organisation proposée semblait adéquate. Il est nécessaire de préciser qu'aucun des deux établissements où l'enquête a été effectuée, ne proposait les 8 séances de PNP comme le recommande la HAS. Deux femmes ayant été avisées de façon tardive, n'ont pu bénéficier de l'intégralité de ces séances du fait de leur accouchement. L'importance d'une bonne information s'avère donc être ici, primordiale.

Compte tenu de ce qui précède, quelques séances dès le début de la grossesse pourraient être planifiées de façon ponctuelle.

La durée paraissait être appropriée pour presque toutes les femmes (31/32), variant entre 1 h 30 et 2 h 00 (Figure 7). Cet espace de temps se doit d'être adapté pour pouvoir transmettre les informations nécessaires, accomplir un travail corporel, permettre aux participantes de s'exprimer et garder toute leur attention.

Les groupes étaient composés de 4 à 7 femmes et au maximum de 3 conjoints. Pour une forte majorité (27/32) ce nombre était satisfaisant, 2 femmes ont jugé que ces groupes étaient trop petits. Personne ne les avait considéré trop importants (Figure 8).

L'arrêté du 10 décembre 2007, fixe la cotation maximale de patientes assistant aux séances à 6. Cependant, en pratique, les groupes sont souvent constitués d'un plus grand nombre de participants. Les courants d'opinion actuelle tendent à laisser penser qu'un petit groupe est plus à même de répondre aux attentes des femmes enceintes. Il est plus facile de s'exprimer et de valoriser la participation de chacun, les personnes les moins actives pouvant être relancées individuellement. Néanmoins, d'après ce graphique (Figure 8), il semblerait que les

femmes soient davantage à la recherche d'un moment de rencontre et de partage avec les autres. Effectivement, l'augmentation du nombre d'individus dans un groupe enrichit naturellement la somme d'informations disponibles. La diversité des termes abordés est plus importante, des points de vue se côtoient et ce, au bénéfice des échanges.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de proposer une composition ou une durée de séance idéale. Néanmoins, les séances prénatales doivent être planifiées de manière à ce que chaque femme enceinte puisse en bénéficier totalement avant la naissance.

1.3 Intérêt des séances de PNP

1.3.1 L'EPI

Comme vu précédemment, le plan de périnatalité 2005-2007 propose la mise en place d'un entretien précoce individuel dans la période du 4^{ème} mois de grossesse. Il constitue une rencontre, un temps de partage et se place dans le cadre de dépistage de facteurs de risques périnataux. Cet entretien entre dans le parcours de PNP comme étant la première des huit séances remboursées par la sécurité sociale, en cela l'EPI pourrait être un vecteur de participation aux séances.

Dans l'étude, 22 des 32 patientes ont été informé de l'EPI. 17 ont pu en bénéficier (Tableau I et II).

La plupart des femmes ayant eu connaissance de l'EPI, l'ont réalisé. Ce qui laisse supposer, que si les 10 autres participantes avaient été informées, elles l'auraient peut-être effectué. Se pose alors la question de savoir pourquoi l'EPI n'a pas été proposé systématiquement et dans quelles conditions son annonce a été faite. Sans doute l'ensemble des professionnels n'est-il pas assez sensibilisé à cette pratique.

1.3.2 Les attentes des femmes concernant les séances de PNP

Au cours de cette enquête, les 32 femmes enceintes interrogées ont participé à des séances de PNP dans le but principal **de recevoir des informations concernant la grossesse et l'accouchement** et aussi pour **avoir un aperçu des différentes positions d'accouchement** (Figure 9). Les deux aspects de la PNP étaient donc représentés :

- la partie théorique
- la partie pratique

Les SPNP constituent un moment propice pour apporter des renseignements aux futurs parents. Devant l'inconnu de l'accouchement, **recevoir des informations** (25 citations), contribue à une certaine assurance ainsi qu'à un sentiment de sérénité chez les femmes primipares. Elles peuvent se sentir plus confiantes car elles savent à quoi s'attendre et ne vont pas vers quelque chose de complètement abstrait. Toutes les méthodes de PNP ont cet objectif commun, mais il semble indéniable que les séances classiques, de par leur organisation et leurs buts, sont les plus à même de répondre à cette attente. Encore faut-il que ces séances n'aient pas pour seul intérêt de dispenser des informations, ce qui serait réducteur. Les SPNP ont une multitude d'autres intentions, comme l'accompagnement global des parents, le soutien de la parentalité, etc... La sage-femme, bien que consciente de ce besoin, devrait également susciter une réflexion autour de la naissance.

En parallèle, le côté pratique de l'accouchement était au centre des préoccupations. La position allongée a été introduite par Mauriceau au XVIII^{ème} siècle dans le but de favoriser les manœuvres obstétricales. De nos jours, on voit s'amorcer un retour à la mobilité lors du travail. Comme l'indiquent les résultats de l'étude, les femmes étaient de plus en plus désireuses de **choisir leurs positions d'accouchement** (25 citations). Connaître son anatomie et ses sensations permet à la femme de mieux utiliser ses propres ressources pour optimiser le processus d'accouchement. La position choisie devrait être celle dans laquelle la femme se sent le mieux. Lors des séances de PNP, connaître et essayer ces différentes postures aide à une prise de conscience corporelle. Ce moment représente un aspect très concret de la préparation en permettant à la femme de se projeter et d'envisager son accouchement futur.

Les séances révélaient ensuite un intérêt certain pour apprendre à **gérer la douleur** (21 citations). Celle-ci reste un véritable sujet de questionnement pour les futures mères. Les douleurs de l'accouchement sont souvent perçues comme violentes et effrayantes. Qui plus est, la perception douloureuse dépend de la personne elle-même : la douleur est une expérience subjective. Les séances de PNP offrent aux gestantes, la possibilité d'exprimer leurs émotions, leurs craintes. Le but est de valoriser les femmes en éveillant chez elles les capacités et les ressources pour gérer la souffrance.

Un des principaux souhaits des femmes était de **rencontrer des professionnels de santé** (21 citations). Dans notre société, les sources d'informations se sont décuplées, elles sont de plus en plus diversifiées : internet, forum, magazines spécialisés, livres... Cette actualité massive peut parfois avoir un effet néfaste. C'est pourquoi, les femmes enceintes se tournent

vers des professionnels de santé afin de recevoir une information juste et fiable.

Les futures mères ont par la suite relaté vouloir **visiter la maternité** (19 citations). Cette visite permet de donner des repères concrets. La découverte des lieux peut apporter un sentiment de sécurité, d'assurance et de la sorte lever certaines craintes. Il en va de même pour les futurs pères qui prennent, pour certains, conscience de la proximité de la naissance.

Ces rencontres ont favorisé **l'intégration du père** à la grossesse (17 citations). Ce n'est que récemment que ces derniers ont pu participer aux séances de PNP. Pendant longtemps, la grossesse et l'accouchement constituaient un espace strictement féminin. La majorité des hommes veut aujourd'hui s'impliquer davantage dans la grossesse, car pour eux aussi, préparer la naissance de leur enfant est indispensable. Les séances de PNP permettent de les inclure dans les 9 mois de la grossesse et suscitent un temps de partage entre l'homme et la femme.

Du fait d'une société de plus en plus individualiste, il semblait que le fait de **rencontrer d'autres femmes enceintes** ne représentait pas la priorité (16 citations). Elle constituait la dernière attente exprimée. Il peut paraître logique que les préoccupations principales des femmes se centrent autour de leur accouchement et que de côtoyer d'autres personnes confère uniquement un avantage.

Dans cette question, la possibilité avait été donnée aux participantes d'exprimer d'autres attentes que celles citées. Mais aucune suggestion n'a été faite. On peut supposer que les thèmes énumérés dans l'enquête dépeignent donc les principales aspirations des femmes enceintes.

Toutes les participantes (32/32), sans exception, ont déclaré avant l'accouchement que les séances répondaient à leurs attentes. Ainsi, le contenu des séances avec la diversité des points abordés a paru globalement adapté aux besoins des femmes.

Néanmoins, lors de l'entretien téléphonique, les femmes se sont dites étonnées par le nombre de sujets abordés. Elles n'ont peut-être pas d'idées précises en ce qui concerne la diversité du contenu de la préparation. Cette méconnaissance pourrait s'expliquer par le fait que les femmes interrogées étaient uniquement des primipares qui, par conséquent, n'avaient pas encore d'expérience propre en matière de maternité. Dans ce mémoire, les femmes multipares n'ont pas été sollicitées ; cependant tenir compte de leur expérience afin de cibler leurs attentes, pourrait être à l'origine d'une étude complémentaire.

Pendant la grossesse certaines situations ne sont pas encore concrètes pour les primipares et donc elles les occultent en partie, se focalisant sur les sujets de préoccupations les plus immédiats. Ce qui expliquerait, pourquoi à la question « concernant les séances de PNP, auriez vous aimé que la sage-femme aborde des thèmes qui ne l'ont pas été ? » uniquement 6 femmes ont répondu « oui ». Pourtant, au fur et à mesure de l'entretien téléphonique une grande partie des femmes a évoqué spontanément certains sujets qui leur paraissaient utiles. Les inquiétudes des femmes étaient en rapport avec **l'allaitement et le retour à domicile**, cités de manière quasi constante. Elles se considéraient peu préparées aux soins à porter à l'enfant lors de la sortie de maternité et se sentaient parfois désemparées. Le raccourcissement de la durée du séjour hospitalier fait que, ce qui devait être auparavant assimilé en 7 jours doit maintenant l'être en 3. Après la naissance, les femmes enceintes semblent être de plus en plus désireuses d'une sortie précoce. Les parents, impatientes de retrouver leur domicile, peuvent se sentir prêts au moment de la sortie de l'enfant, sans toutefois l'être réellement. La réduction de la durée moyenne des séjours peut se faire alors au détriment de la relation mère-enfant. Par conséquent, un suivi à domicile s'avérerait indispensable, surtout s'il s'agit du premier enfant. De plus, la présence de la jeune mère étant écourtée, le thème de l'après-accouchement devrait nécessairement être abordé de manière plus approfondie lors des séances de PNP.

Les femmes se sont également dites insuffisamment préparées pour des **situations particulières**, tel que le déclenchement du travail ou les extractions instrumentales. Les séances de PNP ne peuvent couvrir l'exhaustivité des sujets concernant la grossesse, tout en ne sachant pas de quoi l'avenir sera fait, il est difficile pour la sage-femme d'ajuster le contenu des séances sur des sujets aussi précis. Son rôle est alors d'encourager le dialogue entre les futurs parents et les professionnels présents au moment de la naissance, en leur donnant confiance mais aussi en les incitant à poser toutes leurs questions. En outre, si la sage-femme n'a pas les compétences suffisantes pour répondre à certains éléments, elle devra obligatoirement indiquer auprès de qui le couple pourra trouver l'information.

En conclusion, les attentes des femmes étaient conformes aux données de la littérature, avec des thèmes classiques et incontournables abordés de manière quasi constante par toutes les sages-femmes. Néanmoins, avec le recul et le vécu de l'accouchement, il apparaît que certains sujets auraient nécessité d'être approfondis.

Ainsi, l'hypothèse suivante :

« Les femmes enceintes manifestent de nouvelles demandes concernant la préparation à la naissance » n'est que partiellement validée. Les attentes citées par les femmes apparaissent plus en complément de certains sujets abordés que comme des sujets totalement innovants.

1.3.3 Améliorations souhaitées par les femmes enceintes

Les femmes ont eu la possibilité de s'exprimer pour envisager des améliorations possibles concernant la PNP. Ces suggestions s'apparentent, dans un certain sens, à une attente des femmes, par rapport à ce qu'elles auraient aimé trouver.

Les propositions émises ont été de deux types :

- Premièrement, d'un point de vue environnemental, le cadre des séances de PNP constituait un aspect important pour les femmes enceintes. En effet, ¼ des femmes (8/32) se sont exprimées sur ce sujet. Suite aux nombreuses modifications corporelles lors de la grossesse, le confort devient primordial. Les femmes désirent se sentir installées confortablement dans un cadre serein et apaisant. Dès lors, le matériel mis à disposition doit être adapté, permettant à la femme d'être dans une position optimale, une installation agréable étant propice à la détente et à la réflexion.

- Deuxièmement, cette question a été l'occasion pour les femmes de s'exprimer à nouveau sur le contenu des séances. Pour environ 20 % d'entre elles (6/32), les thèmes de l'allaitement et des soins aux nouveau-nés auraient nécessité d'être davantage développés.

Pour bénéficier au maximum de ces séances, environ un tiers des femmes (10/32) aurait souhaité participer à un autre type de préparation en complément des séances classiques. Cette part relativement importante prouve que les femmes enceintes veulent diversifier leurs préparations, en allant au-delà de la méthode habituelle. Des séances connues telles que, l'haptonomie, la préparation aquatique ont été énoncées... Des souhaits moins conventionnels, notamment des groupes de parole, une fois par mois, dès le début de la grossesse ou encore des séances réalisées avec des membres d'associations, ont été mentionnés. On remarque que les femmes sont demandeuses d'informations mais qu'elles seraient également ouvertes à d'autres types de séances leur offrant un point de vue différent sur leur grossesse.

A peu près 20 % des femmes (6/32) ont réalisé ces différentes séances (Tableau III). En ce qui les concerne, cela leur a permis de découvrir un aspect plus corporel et plus pratique de la préparation. Elles ont apprécié de pouvoir combiner les deux, même si, pour cela, elles ont dû engager des frais personnels. Par conséquent, lorsque l'information sur la PNP est donnée, il serait intéressant de proposer les différentes méthodes existantes afin de conduire la femme vers un choix éclairé, celui qui lui correspond le mieux.

Après l'accouchement, une séance post-natale serait souhaitée par la majorité des participantes (10/16). Un mois après la naissance, les femmes déclarent se sentir bien, sereines mais néanmoins avec certaines interrogations. Les recommandations stipulent que cette séance se fait de façon individuelle. Cependant, près de la moitié (7/16) ont évoqué le désir d'une séance en groupes (Figure 21, 22). Dès lors, une séance post-natale permettrait un échange entre les femmes. Les aspirations et les expériences postnatales pourraient être partagées.

1.3.4 Satisfaction des femmes enceintes concernant les séances de PNP

Au sujet de la facilité de prise de parole, la majorité des femmes (29/32) a estimé pouvoir prendre la parole à chaque fois qu'elles le demandaient (Figure 10), démontrant que les séances de PNP sont un moment de partage entre la sage-femme et les participantes, mais aussi entre femmes. La dynamique de groupe représente un aspect essentiel de la préparation, les femmes trouvant l'information à la fois auprès du professionnel de santé, mais également grâce à l'interactivité des échanges. Il est essentiel que les futures mères puissent s'exprimer librement, pour cela il faut qu'elles se sentent en sécurité et en confiance au sein du groupe. Les femmes multipares constituent un moteur grâce à leurs expériences, toutefois, une femme s'est dite choquée par les propos tenus par une autre participante qui relatait le vécu de son accouchement. Le rôle de la sage-femme est alors de modérer le débat tout en permettant à chacun de s'exprimer.

Par ailleurs, l'ensemble des femmes a jugé que les séances de PNP étaient utiles, près ¼ (7/32) d'entre elles les estimant même indispensables (Figure 11). Les séances sont donc assimilées positivement dans l'esprit des femmes enceintes.

Il est intéressant de faire une comparaison du degré de satisfaction exprimé par les femmes sur les séances de PNP, avant et après l'accouchement (Figure 12, 14).

Avant	Degré de satisfaction	Après
34%	Très satisfaisant	25%
66%	Satisfaisant	68%
0%	Moyennement satisfaisant	7%

Nonobstant le fait que les femmes jugeaient ces rencontres utiles, la satisfaction des participantes est dans l'ensemble moins bonne après l'accouchement. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence :

- les femmes ont peut être une vision idéaliste de l'accouchement
- certaines participantes ont pu se retrouver dans des situations déroutantes
- aucune préparation ne peut être parfaite et refléter le vécu individuel de chaque accouchement.

1.4 Impact des séances de PNP sur l'accouchement

1.4.1 Le projet de naissance

L'information relative au projet de naissance n'a pas été délivrée à l'ensemble des femmes. Effectivement, plus d'un tiers (13/32) des femmes n'en a jamais eu connaissance. De plus, pour celles ayant reçu l'information, seules 12 sur 19 ont été informées par la sage-femme. On peut en déduire que le projet de naissance n'est pas encore une pratique ancrée dans les habitudes professionnelles.

Sur les 19 femmes avisées, à peine la moitié d'entre elles avaient concrétisé un projet de naissance. Même si l'information a été passée, elle n'a peut être pas été intégrée complètement par les femmes qui, pour certaines, n'en voyaient pas l'intérêt ou n'avaient pas d'attentes particulières. La réalisation de ce projet n'a été faite que dans un tiers des cas (3/9) avec l'aide de la sage-femme, ce qui témoigne, peut-être d'un manque d'investissement de la part des services concernés par cette pratique.

Même si toutes les femmes n'ont pas réalisé ce projet, elles avaient néanmoins toutes des attentes particulières concernant le travail et l'accouchement. Ce qui dénote l'importance qu'il revêt.

1.4.2 Concernant l'accouchement

Pour commencer, la PNP a permis à l'ensemble des femmes interrogées (16/16) d'arriver plus sereinement à la maternité. Son effet bénéfique est donc incontestable.

Un quart des naissances (4/16) a eu lieu par césarienne, résultats légèrement supérieurs aux statistiques de l'enquête périnatale de 2003 qui stipule que 20 % des naissances sont des césariennes (Figure 15). Quasiment la moitié des naissances (7/16) a nécessité une intervention instrumentale, ces données tendent à prouver que malgré le bénéfice de la PNP, celle-ci ne semble pas intervenir directement sur le mode d'accouchement. Pour le mettre en évidence, une étude comparative menée auprès de femmes ayant suivi des séances de PNP ou non, pourrait être réalisée.

La proportion de péridurale était de 14/16, cette pratique est donc rentrée dans les mœurs (Figure 16). Les deux femmes ayant accouché sans péridurale, l'ont fait volontairement ou en raison d'un travail trop rapide. D'où l'intérêt, d'aborder ces thèmes en séance.

L'abord de la gestion de la douleur n'a pas bénéficié de la même manière à toutes les femmes (Figure 18). Les avis semblaient mitigés, 6/16 estimant, que dans ce cas, les séances ne leur avaient pas été d'un grand soutien. Ceci peut sans doute s'expliquer par le caractère personnel de la douleur et ces multiples composants psychologiques et affectifs.

La plupart des participantes a tout de même pu utiliser des moyens antalgiques non médicamenteux comme l'accompagnement par le conjoint et par l'équipe, ce qui souligne l'importance de l'entourage dans le vécu de la douleur. Les techniques habituellement proposées en séance ont été largement utilisées (respiration, ballon). Les méthodes moins conventionnelles comme le massage ou l'acupuncture ne sont pas encore couramment utilisées, sans doute en raison d'un manque de formation des professionnels (Figure 19). Trois femmes ont affirmé n'avoir pu utiliser aucun moyen antalgique, pour elles, le début de travail s'est déroulé au sein du service de maternité. L'intérêt des salles de pré-travail prend ici toute son importance.

En anténatal, 20 femmes avaient exprimé le désir de choisir leur position d'accouchement. Cependant, seules 2 femmes (sur les 5 ayant accouché naturellement) ont pu accoucher dans une position autre que celle gynécologique. Peut-être s'agit-il d'un défaut de formation des sages-femmes ? Il est aussi possible que la femme enceinte au moment de l'accouchement se laisse complètement guider par la sage-femme présente et n'ose peut-être pas, si on ne lui en fait pas la proposition, exprimer ses souhaits.

De plus, près d'un tiers des femmes (5/16) a déclaré que leurs attentes concernant le travail et le déroulement de l'accouchement n'avaient pas été satisfaites (Figures 13, 17). En particulier, concernant le manque de matériel et la gestion de la douleur, mettant en évidence que, tout ce qui est proposé en séance, n'est peut être pas réalisable actuellement dans les services.

Ainsi, en donnant des repères anticipatoires et en informant les femmes enceintes, les séances de préparation à la naissance pourraient avoir une incidence pratique sur le déroulement de l'accouchement. Il faudrait pour cela, que les équipes prennent conscience de l'importance du projet de naissance, mais aussi que la femme soit replacée en tant qu'actrice principale de son accouchement, même si cela demande plus de temps et une organisation différente. La deuxième hypothèse est donc partiellement validée.

De même, aux vues de l'ensemble des données exposées, il paraît nécessaire que les femmes enceintes aient la possibilité d'exprimer leurs attentes concernant les séances de PNP. La sage-femme doit alors tenter de répondre à ces dernières du mieux qu'elle peut. Cependant, son rôle est également d'anticiper certains sujets dont la femme enceinte ne perçoit peut-être pas encore l'intérêt. Dans cette optique, une séance reformulée, complètement adaptée aux besoins de la patiente, serait plus à même d'accompagner les femmes enceintes.

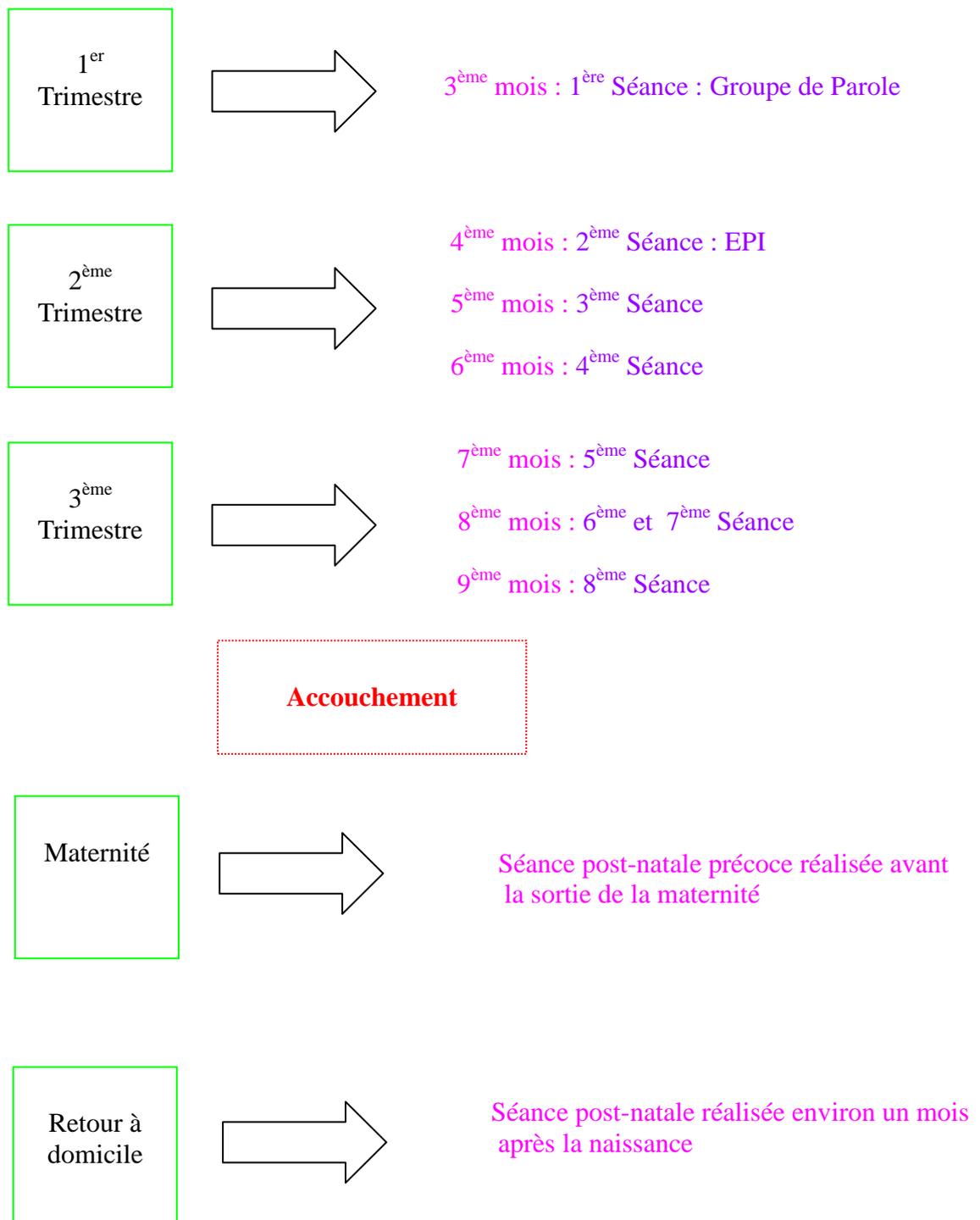
Le but de ce mémoire est de savoir comment optimiser les séances de PNP afin qu'elles soient le plus conformes possible aux besoins des femmes enceintes. Dans cette finalité, nous allons maintenant émettre quelques propositions concrètes visant à améliorer ces séances.

2. Répondre au mieux aux attentes des femmes enceintes

2.1 Des séances de préparation à la naissance reformulées

2.1.1 Planification des séances de PNP

Ci dessous, une organisation des séances de PNP telles qu'elles pourraient être proposées en milieu hospitalier.



La 1^{ère} séance pourrait avoir lieu dès le premier trimestre. Réalisée sous forme de groupe de parole, elle serait l'occasion pour les parents de prendre contact avec le personnel soignant. Ce temps d'écoute libre et réciproque leur permettrait ainsi, d'exprimer leurs premiers ressentis.

Au deuxième trimestre, au cours du 4^{ème} mois, l'entretien précoce individuel interviendrait avec les objectifs précis qu'on lui connaît.

Les séances suivantes seraient programmées à raison d'une par mois au minimum, afin qu'un accompagnement continu se mette en place.

Deux rencontres seraient alors respectivement organisées au 5^{ème} et 6^{ème} mois de grossesse, favorisant le lien avec la sage-femme.

Du fait de la proximité de la naissance, le troisième trimestre verrait se rapprocher les séances. A raison d'une effectuée au 7^{ème} mois et de deux autres, organisées à 15 jours d'intervalle au 8^{ème} mois.

Enfin, la dernière serait réalisée au début du 9^{ème} mois afin que les parents puissent bénéficier de l'ensemble des séances proposées. Sensibilisés par l'approche de la naissance, ils se verraient ainsi doter des ressources nécessaires pour appréhender au mieux cet événement.

Dans le post-partum, deux séances proposées, une de manière précoce avant la sortie de maternité, la deuxième 15 jours à 1 mois après la naissance conforteraient les parents dans leurs nouveaux rôles.

2.1.2 Organisation d'une séance de préparation post-natale précoce en maternité

La préparation à la naissance et à la parentalité ne s'arrête pas à l'accouchement, mais comme son nom l'indique, elle prépare également les couples à leur nouveau rôle de parents.

Durant la grossesse et au moment de l'accouchement, les futurs parents ne réalisent pas encore ce qui va concrètement se passer, après l'arrivée de l'enfant. Leur esprit reste concentré sur des préoccupations plus immédiates. Le changement de mode de vie après la naissance n'est pas encore une réalité concrète pour eux.

Le couple est amené à rencontrer plusieurs acteurs de santé périnataux et ce, de façon régulière tout au long de la grossesse. Le contraste avec l'après naissance est exprimé de manière très claire par les femmes. La sensation prédominante après la sortie de la maternité est le sentiment de se sentir seule, perdue et sans grands soutiens.

Pour les aider à mieux vivre cette transition, la mise en place de séances post-natales, avant la sortie de la maternité, pourrait avoir son utilité. Une séance de ce type permettrait d'aborder des sujets intéressants les parents à ce moment précis, tels que la mise en place de l'allaitement, le retour à domicile, le sommeil du nouveau-né, etc...

Réalisée dans des locaux de la maternité propices à accueillir les couples ainsi que les nouveau-nés, cette séance post-natale pourrait se diviser en deux parties :

- en entretien individuel, couplé à la visite quotidienne des sages-femmes afin de répondre aux questions des mères
- en groupes, susceptible d'inspirer une réflexion chez les femmes à travers leurs échanges, réalisée par la sage-femme de préparation à la naissance

Ce contact supplémentaire avec des professionnels serait un moyen efficace de rassurer les mères avant un retour à domicile qui s'avère parfois inquiétant tant les changements entraînés par l'arrivée de l'enfant sont importants et rapides.

Cette rencontre serait aussi l'occasion d'insister sur la prévention, avec information sur les structures auxquelles la mère peut recourir en cas de problème (PMI, sages femmes libérales, associations, etc...)

Bien que déjà entrevus lors des séances de PNP, il convient de revenir sur ces sujets car les parents sont maintenant face à la réalité de leur enfant.

La plupart de ces thèmes sont déjà débattus habituellement durant le séjour en suite de couches, mais il n'y a pas de moment précis leur étant véritablement dédiés et certaines femmes peuvent se sentir perdues devant les nombreuses informations qui leur sont données.

Le moment de la naissance représente également un bouleversement important pour le père, c'est pourquoi leurs vécus et leurs besoins sont également à prendre en compte.

2.1.3 Des séances réservées aux pères

Bien que les conjoints soient les bienvenus lors des séances de PNP, leur participation reste le plus souvent timide. A la différence de certaines méthodes de préparations telles que l'haptonomie où la présence du père est nécessaire, la participation aux séances classiques ne nécessite pas obligatoirement leur présence. Pourtant pour la mère, la seule compagnie du père peut constituer un véritable soutien.

Mais il est vrai, qu'il peut être compliqué pour un homme de trouver sa place au sein d'un groupe de femmes. En effet, les hommes sont dans la plupart des cas minoritaires au sein du groupe et il faut comprendre qu'il n'est pas très agréable d'être le seul homme au milieu d'un groupe de femmes enceintes. Il est difficile pour eux, de se sentir à l'aise et de poser des questions dans de telles conditions. De même, il est compliqué d'imposer la présence d'un homme à certaines femmes qui se sentent peut-être moins libres de parler.

Les futures mères, conscientes de cette difficulté, ont suggéré la mise en place de séances spéciales réservées uniquement aux futurs pères. Ils auraient ainsi tout le loisir de poser leurs questions et d'exprimer leurs ressentis, libérés du regard des femmes. Même si ce type de séance est rare, quelques sages-femmes en font la proposition. Il serait donc intéressant de savoir si les hommes en ont déjà eu connaissance et s'ils souhaiteraient y participer.

Un autre facteur rentre également en ligne de compte :

- la programmation horaire des séances

La majorité des séances est proposée sur des plages horaires correspondant aux périodes de travail habituelles. Il demeure difficile pour les pères de se libérer systématiquement pendant ces créneaux. Toutefois, il est essentiel que les pères le souhaitant, puissent se préparer à la parentalité. Une programmation des séances en fin d'après midi, à partir de 18 heures ou en début de soirée pourrait répondre à cette contrainte.

Pour autant, la participation des pères aux séances de PNP reste conditionnée par leurs motivations profondes et par le fait qu'ils aient envie ou non de s'investir dans la grossesse.

2.1.4 Des séances combinant différentes méthodes de préparation

L'enquête a mis en évidence qu'un certain nombre de femmes, en plus des séances dites classiques, sont demandeuses d'une autre forme de préparation. Comme dans d'autres domaines, on remarque que la tendance actuelle aspire à s'éloigner de ce qui peut être considéré comme trop technique et conventionnel pour s'orienter vers des solutions alternatives plus naturelles et humaines.

De manière à mieux répondre à cette nouvelle demande, une préparation reformulée associant des séances classiques à d'autres formes pourrait être proposée. Il faudrait, tout d'abord, privilégier une information précoce au moment de l'EPI sur les différents types de préparations existantes.

Même si elles ne sont pas directement formées à toutes les techniques, les sages-femmes doivent être en mesure de comprendre les souhaits des patientes et les orienter vers des professionnels à même de réaliser les séances choisies.

Chaque sage-femme, impliquée dans ce type de projet, doit donc avoir à sa disposition un réseau de professionnels aux compétences complémentaires dans le domaine de la PNP.

Il ne s'agit pas de substituer ces séances à la préparation classique. Car, même si certaines femmes souhaitent avoir une préparation avec une part plus importante sur la relaxation, le bénéfice des informations et techniques exposées en préparation classique reste entier et reconnu par les femmes. La réassurance et la confiance apportées au moment de l'accouchement passent par ces moyens.

Il serait opportun que les sages-femmes le voulant, puissent se former à différentes méthodes, en choisissant celles qui ont le plus d'intérêt pour elles. Il n'est pas possible pour une seule personne de maîtriser l'ensemble des différentes techniques de préparation à la naissance et on peut penser, qu'au sein d'une équipe hospitalière, avoir au moins une sage-femme formée à chaque type de préparation serait judicieux.

Mais, cette proposition semble difficilement applicable à l'hôpital, d'où l'intérêt de travailler en collaboration avec des sages-femmes libérales.

2.2 Pour une meilleure prise en charge des parents

2.2.1 Favoriser l'élaboration d'un projet de naissance

Dans notre étude, environ un quart des femmes a réalisé un projet de naissance. Celui-ci fait partie intégrante de la préparation à la naissance, les séances de PNP constituant un cadre d'accompagnement pour son élaboration. Le projet permet aux parents de se projeter dans l'avenir en communiquant leurs envies concernant la venue de l'enfant à venir. C'est un moment important pour la construction de la parentalité. On voit, ici, que les parents ont le désir d'être plus participatifs et acteurs lors de la naissance.

Ce projet de naissance n'est pas encore systématiquement proposé à tous les futurs parents et de ce fait, parfois non réalisé. Il est essentiel que la promotion de ce projet soit faite par les professionnels de santé afin de favoriser son accès au plus grand nombre. L'ensemble des professionnels intervenant auprès de la femme enceinte, aussi bien en consultation, que lors de l'EPI ou des séances de préparation se doit de diffuser cette information.

Toutes les femmes réalisent plus ou moins consciemment un projet de naissance. Certaines, pourtant, par peur de ne pas être entendues, choisissent de le matérialiser par écrit. Il n'existe pas de temps dévolu spécifiquement à la concrétisation de ce projet au sein des maternités. Pour faciliter son élaboration ou son évaluation, un moment de rencontre entre la sage-femme de préparation et les parents pourrait être organisé. La participation d'une sage-femme de salle de naissance pour sa finalisation serait à envisager. Cette entrevue serait également l'occasion de rappeler que le projet de naissance ne représente qu'un souhait et de ce fait, n'est pas toujours réalisable dans son intégralité. Néanmoins, les sages-femmes doivent tenter d'y répondre au mieux.

Pour améliorer l'accompagnement des femmes accouchant en structure hospitalière, il est indispensable qu'elles s'y sentent à l'aise. Certains parents peuvent se sentir dépassés par l'impression de toute puissance et de technologie du milieu médical. Le rôle de la sage-femme est alors, d'instaurer un dialogue qui met les personnes en confiance et favorise un meilleur vécu d'accouchement. Les maternités actuelles se doivent d'offrir des soins personnalisés correspondant aux demandes des parents. Le développement de salles de naissance plus conviviales et chaleureuses permettrait au couple de préserver leur intimité. Il semble également important d'essayer de respecter la liberté de la femme pendant l'accouchement en la laissant, par exemple, déambuler pendant le travail ou choisir des positions antalgiques. Il paraît alors plus judicieux de leur demander ce qu'elles souhaiteraient plutôt que de leur faire des suggestions. Toutes ces propositions sont facilement réalisables, mais ne sont pas systématiquement mises en pratique en raison, peut-être, d'un manque de cohésion au sein des équipes.

2.2.2 Uniformiser les formations

L'unité d'une équipe et de son discours la rend plus efficace. Quelques participantes ont mis en avant un défaut de cohésion du discours au sein des maternités notamment dans le service de suite de couches.

Ce manque, peut se révéler déstabilisant pour les femmes enceintes, en particulier chez les primipares et entraîner un sentiment de confusion préjudiciable. La cohésion constitue un aspect fondamental de la communication, elle contribue à créer un sentiment de sécurité. Elle suppose un partage d'éléments communs, des groupes de travail, des réunions, des sessions de brainstorming devraient, par conséquent, être organisés au sein de l'hôpital, mais également en partenariat avec le secteur libéral et territorial. Afin d'harmoniser au mieux l'ensemble des pratiques, le rôle des cadres sages-femmes apparaît dès lors essentiel pour superviser la coordination et la collaboration de ces différents intervenants.

Ces réunions, en augmentant les interactions entre les différentes personnes, pourraient ainsi favoriser la cohésion du discours. Elles auraient pour but de récolter des suggestions afin de tendre vers un même but : améliorer la qualité de la prise en charge des patientes.

Harmoniser les pratiques passe également par un programme de formation continue commun. Les recommandations de la HAS constituent un outil primordial pour l'amélioration des pratiques des sages-femmes en leur donnant la possibilité d'être au fait de l'ensemble des problématiques de la PNP. D'autre part, cela présenterait un intérêt certain, que dans le cadre de la formation initiale, ces recommandations soient à la base de l'enseignement.

Pour éviter certaines incohérences et répondre au mieux aux attentes formulées par les femmes enceintes, un accompagnement global et le moins morcelé possible semblerait approprié.

2.2.3 Vers un accompagnement plus global

Cet accompagnement, plus personnalisé, permettrait d'établir une relation de confiance entre la femme et la sage-femme choisie. La préparation à la naissance en représente une composante importante. Le suivi global conduirait, sans doute, à une plus grande satisfaction des femmes moins désorientées devant la multitude de professionnels rencontrés au cours de la grossesse. Si cette pratique commence à se développer en France, elle ne fait, toutefois, pas encore l'unanimité et des actions de moindre envergure pourraient être envisagées. La préparation à la naissance va être l'occasion de préparer la venue de l'enfant dans une prise de conscience globale de l'événement. Afin de créer une complémentarité, il faudrait que les sages-femmes de salle de naissance ou de suites de couches aient la possibilité d'animer ces séances. Même si le travail effectué par les équipes de sages-femmes de PNP reste très efficace, l'expérience des sages-femmes de terrain demeurerait un atout non négligeable. De plus, la femme enceinte pourrait ainsi avoir la chance de retrouver la sage-femme qui l'a accompagnée durant les séances au moment de l'accouchement ou dans le post-partum.

Notre système actuel d'accompagnement devrait répondre aux attentes des femmes et des couples, en prenant en compte le fait que la naissance d'un enfant n'est pas un acte technique mais un événement unique.

L'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales devrait être envisagée dans le but d'encourager la continuité des soins.

Dans ce sens, le développement de maisons de naissance, offrirait également une réponse appropriée.

2.2.4 Favoriser le travail en réseau

Pour une prise en charge optimale des patientes, un réseau de soins devrait s'installer. Il serait composé d'une équipe pluridisciplinaire en ville, de professionnels formés ayant une communication régulière et organisée avec le milieu hospitalier.

Il faudrait que les services de protection maternelle et infantile constitués de sages-femmes, de puéricultrices et d'assistantes sociales puissent bénéficier de tous les renseignements importants afin d'améliorer la prise en charge des patientes. Par ailleurs, le fait que les femmes aient pris connaissance de l'intérêt de la PMI avant leur sortie de maternité est un facteur essentiel facilitant leur adhésion et leur participation au suivi proposé. La compliance étant parfois limitée en particulier, chez les femmes qui ont le plus besoin de ces services.

Un autre élément indispensable est le suivi à domicile par les sages femmes libérales, autorisant une sortie précoce de la maternité pour certaines patientes.

La séance post natale précoce serait un moyen de faciliter la prise en charge des femmes, qui seraient mieux préparées au retour à domicile. La sage femme réalisant la séance pourrait fournir un compte rendu à la sage femme libérale, précisant les sujets nécessitant une attention particulière et les difficultés éventuelles rencontrées. De même, des séances post-natales plus tardives, réalisées 15 jours à un mois après l'accouchement interrompraient l'isolement de la mère.

Ces propositions sont à mettre en œuvre tout au long de la grossesse et au moment de l'accouchement. Dès l'arrivée de la future mère, elle doit être prise en charge par une équipe formée, prenant en compte son projet de naissance et l'accompagnant de la meilleure façon possible.

Toutefois, la budgétisation est un facteur limitatif dans la conception de ces propositions.

CONCLUSION

Forte de ces 60 années d'expériences, la PNP a cependant su évoluer et se développer afin de s'adapter aux changements de la société. De ce fait, les séances de PNP actuellement proposées semblent, de manière générale, correspondre aux demandes des femmes enceintes. Ces dernières souhaitant, avant tout, recevoir de l'information, mais également bénéficier d'une pratique plus centrée sur leurs émotions.

Ainsi, tout au long de ce mémoire nous avons pu mesurer la richesse apportée par les séances de PNP. Leurs bienfaits et leurs vertus semblent indéniables : elles améliorent le vécu de la grossesse et constituent une véritable aide pour les femmes enceintes. C'est pourquoi, celles-ci jugent cette préparation utile, voire indispensable, ces séances leur permettant de mieux anticiper la venue au monde de leur enfant.

La PNP doit accompagner les parents dans cet événement unique qu'est la naissance. Pour cela, elle doit tenter de répondre au mieux aux besoins des futurs parents.

L'étude réalisée au cours de ce travail de recherche a montré que les femmes sont de plus en plus désireuses d'être actrices de leur accouchement. Elles se retrouvent ici, dans une situation inédite où elles ont la possibilité de mettre leur enfant au monde en sécurité, tout en gardant une certaine liberté. La PNP doit donc rassurer les parents sur leurs compétences et également les informer sur les nombreux choix qui s'offrent à eux.

Parler de préparation à la naissance ne se réduit pas uniquement aux séances qui lui sont dédiées. C'est tout au long de la grossesse, mais aussi de la vie que se construit la parentalité.

Ainsi, par le biais de la préparation à la naissance, c'est l'ensemble de la périnatalité qui est concerné, avec comme interrogation : quelle naissance voulons-nous pour demain ?

La PNP doit être en perpétuel renouvellement, tendant à être la plus personnelle et la plus adaptée. Dans ce but, une enquête réalisée du côté des professionnels sur la perception qu'ils ont des besoins de la femme enceinte pourrait contribuer à son amélioration. De plus, une enquête auprès des pères permettrait d'appréhender leurs attentes en matière d'accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRE J.
- Désirs d'enfant
PUF, France : 2003, 148 p.
2. AUNEAU C.
- La préparation à la naissance par le chant
Mémoire sage-femme, Nancy, Université Henri Poincaré Nancy, 2002, 85 p.
3. BARGAOUI K., GABRIELLE M., COZETTE-LETOILLE I.
- Entre nous [CD-ROM] Version 1.0
Birth & Knowledge, 2008
4. BATTAGLIA M.
- Tu enfanteras sans la douleur
Le monde, 2009, n°4, p. 51-54
5. BAUHOFER G.
- Préparation à l'accouchement : les bébés d'abord
Profession sage-femme, 2000, n° 64, p. 24-29
6. BECACHE S.
- La maternité et son désir
Césura, France : 1995, 284 p.
7. BIRMAN C.
- Au monde
La martinière, France : 2003, 351 p.
8. BOWLBY J.
- Attachement et perte : Tome 1 : l'attachement
PUF, France : 1978, 544 p.
9. BRABANT I.
- Vivre sa grossesse et son accouchement : Une naissance heureuse
Saint-Martin, Québec : 2009, 438 p.
10. BRAZELTON T.
- La naissance d'une famille ou comment se tisse les liens
Points, France : 2004, 210 p.
11. BYDLOWKI M.
- La dette de vie
PUF, France : 2003, 202 p.
12. CALAIS-GERMAIN B., PARES N-V
- Bouger en accouchant
Desiris, France : 2009, 174 p.

13. CHEYNER J-M
- Que sa naissance soit une fête
La Courtille, France : 1983, 128 p.
14. COLONNA-CESARI
- Le yoga de la femme enceinte : naître en liberté
Medicis, France : 2003, 159 p.
15. COMITE ETHIQUE SAINT ANDRE
- Quelle naissance voulons-nous pour notre société ?
Peltre, 2010
16. DEBAR M-H
- Entretien individuel ou en couple, des textes... à l'expérience et la méthodologie
Profession sage-femme, 2007, n° 131, p. 21-29
17. DELAHAYE M-C.
- Le livre de bord de la future maman Edition 2007
Marabout, Belgique : 2007, 423 p.
18. DESJARDINS
- Bébé s'en vient... Préparons-nous !
Mrc, Québec : 2005, 69 p.
19. DESNOYERS E.
- L'entretien individuel du 4^{ème} mois de grossesse : compétence professionnelle ou
compétence de genre
Les dossiers de l'obstétrique, 2009, n° 383, p.16-20
20. DOLTO C.
- L'haptonomie périnatale
Gallimard, France : 1999, 147 p.
21. DOUSTE-BLAZY
- Plan périnatalité 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité
[En ligne] disponible sur : <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>
22. DREES
- Etudes et résultats : la situation périnatale en France en 2003
[En ligne] disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf>
23. FREUD S.
- Trois essais sur la théorie sexuelle
Quadriga, Belgique : 2005, 211 p.
24. GAIA M-D,RAOUL E.,
- Le temps de naître
Desclée de Brouwer, France : 2005, 312 p.
25. GAILLARD J.
- Pratique de l'accouchement sans douleur
Maloine, France : 1956, 58 p.
26. GALACTEROS E.
- Préparons nous à t'aimer et à te mettre au monde
Denoël, France : 1983, 233 p.

27. GAMELIN-LAVOIS S.
- Préparer son accouchement, Faire un projet de naissance
Jouvence, France : 2006, 93 p.
28. GASQUET B.
- Bien-être et maternité
Albin Michel, France : 2009, 376 p.
29. GELIS J.
- L'arbre et le fruit
Fayard, France : 1984, 603 p.
30. GERBELLI C.
- La médicalisation de la naissance
[En ligne] disponible sur <http://portail.naissance.asso.fr/docs/Ababord.htm>
31. GRODDECK G.
- Le livre du ça
Gallimard, France : 2001 ,364 p.
32. GUISE C.
- La préparation à la naissance et à la parentalité : à chacun sa méthode...
Mémoire sage-femme, Metz, Université Henri Poincaré Nancy, 2009,66 p.
33. HAUTE AUTORITE DE SANTE
- Recommandations professionnels, Préparation à la naissance et à la parentalité
[En ligne] disponible sur :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
34. INED
- Population et sociétés
[Enligne] disponible sur :
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1502/publi_pdf1_465.pdf
35. INSTITUT FRANÇAIS D'HYPNOSE
- Intégrer l'hypnose dans sa pratique thérapeutique
Boulangier, France : 2010, 16 p.
36. JACQUES B.
- De la matrone à l'obstétricien : quels partages des rôles pour les professionnels ?
La santé de l'homme, 2007, n° 391, p.15-19
37. JEANSON C.
- Principes et pratique de l'accouchement sans douleur
Seuil : 1954, 210 p.
38. KITZINGER S.
- Tu vas naître
Seuil, France : 1986, 132 p.
39. KOUCHNER B.
- La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité
[En ligne] disponible sur : <http://www.hesp.fr/docspdf/hesp/hc001041.pdf>

40. LAMOUREUX H.
- L'intervention communautaire
Saint-Michel, Québec : 2007, 120 p.
41. LEBOVICI S.
- Présentation de l'école de la parentalité
Mars 1999, France, conférence de presse vidéo, filmée par Starfilm
42. LEBOYER F.
- Pour une naissance sans violence
Seuil, France : 1980, 156 p.
43. LESLEY A. P.
- Le nouvel art de la sage-femme
Elsevier, France : 2006, 411 p.
44. LIAUDET J-C
- L'art d'être père
Albin Michel, France : 2008, 192 p
45. LUCAS C., CAPGRAS D.
- De l'écoute dans le soin
Profession sage-femme, 2009, n°151, p .36-38
46. MACCIO C.
- Animer et participer à la vie de groupe
Chronique sociale, France : 2006, 304 p.
47. MARINOPOULOS S.
- Dans l'intimité des mères
Fayard, France : 2006 ,280 p.
48. MARTIN H.
- La préparation à la Naissance : favoriser son développement pour préserver l'eutocie
Mémoire sage-femme, Metz, Université Henri Poincaré Nancy, 2002, 48 p.
49. MINKOWSKI A.
- La Maternité
Fayard, France : 1982, 227 p.
50. ODENT M.
- Bien naître
Edition du Seuil : 1997, 154 p.
51. ORDRE DES SAGES-FEMMES : référentiel métier et compétences des sages-femmes
[en ligne] disponible sur : www.ordres-sages-femmes.fr
52. PAPIERNIK E.
- Le guide Papiernik de la grossesse
Robert Laffont, France : 2001,412 p.
53. PERIC J.
- En forme et sereine en attendant bébé
First, Suisse : 2005, 183 p.

54. PERNOUD L.
- J'attends un enfant
Pierre Horay, France : 2010, 480 p.
55. PETROFF E.
- Carnets d'une obstétricienne
Albin Michel, France : 2002, 152 p.
56. PIRAUD-ROUET C., SAMPERS-GENDRE E.
- Attendre bébé... autrement
La plage, France : 2008, 395 p.
57. RACAMIER C.
- Le génie des origines
Payot, France : 2007, 23 p.
58. RAOUL E.
- Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité
3^{ème} Edition, Maloine, France : 1990, 230 p.
59. SALOME J.
- Heureux qui communique
[En ligne] disponible sur : <http://www.j-salome.com/>
60. SCHNITZLER C.
- La préparation à la naissance dans la formation initiale
Les dossiers de l'obstétrique, 1996, N° 240, p. 2-12
61. SUTTER-DALLAY A-L. , DUGNAT M., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. Et al.
- Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce
Erès, France : 2008, 150 p.
62. TORTOSA A.
- Guide de la grossesse à l'usage des futurs parents
Archilogue, France : 2008, 291 p.
63. TOURNE C-E
- Parler aujourd'hui de préparation est-ce bien raisonnable ?
Les dossiers de l'obstétrique, 2010, n°393, p. 3
64. TRELAUN M.
- J'accouche bientôt et j'ai peur de la douleur
Le souffle d'or, France : 2008, 230 p.
65. VELLE P.
- Vivez sereinement votre maternité
Les éditions de l'Homme, Canada : 1983, 195 p.
66. VUILLE M.
- Accouchement et douleur : Une étude sociologique
Antipodes, France : 2009, 156 p.
67. WENGER F., BOREL J.
- Préparer, à deux, à la naissance
Mémoire sage-femme, Belgique, 2007, 69 p.

ANNEXES

ANNEXE I

Extrait tiré du Bulletin officiel du ministère de la solidarité, de la Santé et de la protection Sociale, n°88/20 bis, Circulaire n°127 du 5 mai 1988 portant sur la sécurité et l'environnement de la naissance dans les maternités publiques.

B- 1- Favoriser la préparation de la naissance

La préparation de la naissance a fait la preuve de son efficacité en tant que moyen de prévention du risque obstétrical, notamment de la prématurité. Elle favorise aussi l'installation d'une relation mère-enfant, parents-enfant harmonieuse. Actuellement, seulement vingt pour cent des femmes suivent une préparation. Vous veillerez donc à ce que chaque maternité puisse assurer aux femmes enceintes qu'elle accueille, des séances de psychoprophylaxie pouvant comprendre des cours théoriques, des groupes de discussion, diverses préparations psychologiques, corporelles, etc.

Pour que cette préparation soit efficace, il importe que les femmes puissent en bénéficier dès les premiers mois de la grossesse. L'inscription précoce dans les maternités est l'occasion pour elles de connaître les diverses prestations offertes par la maternité dans ce domaine.

L'information des femmes enceintes pourra se faire par affiches, plaquettes, information directe au cours des consultations prénatales. Un local spécifique pour la préparation est souhaitable dans chaque maternité. Des instructions précises devront être données par les responsables médicaux.

Cette prise en charge psychoprophylactique nécessite dans chaque maternité la présence d'un personnel en nombre suffisant pour assurer les accouchements et les cours de préparation. C'est ainsi que les sages-femmes de garde au bloc obstétrical ne devraient pas assurer les cours de préparation.

Des réunions avec l'équipe obstétricale, l'intervention d'interprètes, professionnels ou non, par exemple femmes enceintes bilingues, pourront permettre à l'équipe soignante et aux femmes enceintes migrantes de mieux accepter les différences culturelles afin qu'une communication fructueuse s'installe.

Pour que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier de séances de psychoprophylaxie, il faut que celles-ci aient lieu à distance raisonnable du domicile et que les horaires soient compatibles avec leur vie quotidienne. Dans certains endroits, il pourra s'avérer nécessaire de mettre en place des lieux de préparation en dehors des maternités. Cela peut se faire à l'initiative du médecin de P.M.I. en liaison avec le chef de service de maternité. Néanmoins ces situations devront rester exceptionnelles et les équipes devront fonctionner en liaison étroite avec les maternités.

B- 2- Favoriser l'utilisation des techniques d'analgésie

Une préparation de qualité permet d'améliorer les conditions de l'accouchement et de modifier la relation à l'équipe soignante ; néanmoins, un environnement sécurisant et chaleureux ne suffit pas à supprimer la douleur de l'accouchement ; diverses méthodes d'analgésie trouvent leur justification, et ce d'autant qu'une analgésie obstétricale bien conduite peut prévenir les complications obstétricales et la multiplication des indications de césarienne (...)

Si les analgésies lourdes, telles que anesthésie péridurale, rachianesthésie, anesthésie générale, neuroleptanalgésie relèvent de la compétence des anesthésistes, un certain nombre de techniques non invasives peuvent assurer une bonne hypoalgésie sans imposer le recours à un anesthésiste. Vous veillerez donc à favoriser l'utilisation de ces techniques dans les maternités et à faciliter la formation des personnels à ces pratiques.

B- 3- Améliorer l'accueil dans les maternités

Il est souhaitable d'inciter les femmes à s'inscrire tôt à la maternité pour prendre contact avec le personnel et se familiariser avec les lieux. L'organisation des consultations et des examens complémentaires sera prévue pour éviter l'attente trop longue et regrouper les différents rendez-vous, en évitant des déplacements répétés. Le Carnet Rose de surveillance de la maternité facilitera la liaison entre les praticiens de ville et ceux de l'hôpital.

Les responsables hospitaliers veilleront à rendre les salles de travail accueillantes et à sensibiliser le personnel à la nécessité de tenir les femmes au courant de la progression du travail, au cours de l'accouchement.

La présence en salle de travail du père ou toute personne choisie par la mère est très souhaitable. Le personnel (sages-femmes, aides-soignantes, agents de service hospitaliers) sera présent le plus souvent possible auprès des femmes seules pour éviter le sentiment d'isolement très préjudiciable au bon déroulement de la naissance, et il sera particulièrement sensibilisé à certains cas (femmes très jeunes, accouchements sous « X », nouveau-nés porteurs d'un handicap).

D'une manière générale, l'ouverture des maternités aux psychologues permet de faire réfléchir toute l'équipe obstétricale à sa façon d'accueillir les patientes.

ANNEXE II

Extrait A V E N A N T N° 4 à la convention nationale des sages-femmes

A la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes et les caisses d'assurance maladie.

Article 1er Accord national de bon usage des soins

En France, seulement 47 % des femmes enceintes suivent une préparation à la naissance, principalement dispensée par les sages-femmes.

Les parties conviennent d'harmoniser et d'améliorer la qualité de la prise en charge de la femme enceinte dans le cadre des séances de préparation à la naissance.

1.1. Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des trois caisses nationales et des sages-femmes libérales conventionnées pour la mise en place d'une démarche qualité sur les modalités de réalisation des séances de préparation à la naissance.

Il définit des critères de réalisation de la préparation à la naissance que les sages-femmes conventionnées devront mettre en œuvre.

Ce dernier a également vocation à aider la sage-femme dans la préparation à la naissance. Il est susceptible d'être modifié en fonction des données de la science et de l'évolution de la pratique.

Toutes les femmes enceintes sont concernées, qu'elles soient primipares ou multipares.

1.2. Objectif médicalisé d'évolution des pratiques

La préparation à la naissance, réalisée en complément de la surveillance médicale de la grossesse, a pour finalité de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche de santé publique éducative et préventive. Elle fait partie intégrante du suivi médical de la grossesse.

Les objectifs de la préparation à naissance sont :

- a) Dépister et prévenir les situations de vulnérabilité. Un temps d'écoute et d'observation des femmes et des couples permettra une éventuelle orientation vers un autre professionnel ;
- b) Responsabiliser la femme, le couple en les aidant à être les acteurs essentiels de leur santé et de ce processus physiologique que sont la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et soins donnés à l'enfant ;
- c) Rassurer et encourager la femme dans sa capacité à enfanter et mater. L'aider à développer sa confiance en elle-même en vue de favoriser l'instauration et le développement du lien mère/enfant ;
- d) Effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- e) Apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale ;

L'objectif du présent accord est que la sage-femme transmette à la femme enceinte les informations nécessaires pour que les objectifs de la préparation à naissance soient atteints.

1.3. Actions pour atteindre l'objectif

Les parties conviennent de mettre en place les actions suivantes :

1. Promouvoir auprès des sages-femmes libérales le contenu des séances de préparation à la naissance en listant en annexe les informations qui doivent au minimum être présentées et expliquées par la sage-femme à la femme enceinte.
2. Favoriser les actions d'information auprès des femmes enceintes notamment pour démarrer la préparation le plus précocement possible, si possible au cours du premier trimestre.

ANNEXE III

Extrait de l'Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

Cette préparation est réalisée en complément de la surveillance médicale de la grossesse et a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés par une approche de santé publique et préventive.

Elle a pour objectif :

- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néo-natale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents.

Cette préparation comporte huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes.

La première séance est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse. L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir. Première séance C2, 5.

Les séances suivantes peuvent être collectives. Elles doivent comporter un travail corporel qui est évalué individuellement.

Séances suivantes dispensées jusqu'à trois personnes simultanément (par patiente) C2.

Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente) 0,9C.

ANNEXE IV

Extrait Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie

1.2. Accroissement de l'efficacité des séances de préparation à l'accouchement

La préparation à l'accouchement est une démarche structurée de prévention, d'éducation de la famille et d'orientation de la femme enceinte et du couple qui s'organise en plusieurs temps.

Les partenaires conventionnels reconnaissent toute l'importance de la première séance de préparation à l'accouchement. Celle-ci permet de structurer l'ensemble de la préparation. Elle doit être obligatoirement individuelle (ou en couple) et permettre notamment de détecter les situations de vulnérabilité de façon précoce et d'orienter au mieux les patientes vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement adéquats.

Les partenaires conventionnels conviennent des mesures suivantes :

1.2.1. Remplacer la lettre-clé C par la lettre-clé SF dans le cadre de la préparation à l'accouchement

Dans l'objectif d'avoir une meilleure visibilité de l'activité de préparation à l'accouchement, les partenaires conventionnels conviennent de modifier la nomenclature en remplaçant la lettre-clé « C » utilisée par les sages-femmes pour coter les séances de préparation à l'accouchement par la lettre-clé « SF ».

1.2.2. Adapter les séances de préparation à l'accouchement aux besoins et attentes des femmes enceintes

Les partenaires conventionnels entendent réserver les séances individuelles aux situations à risque. Ils proposeront dans les meilleurs délais les modifications de nomenclature suivantes :

– adapter le libellé de nomenclature de la première séance de préparation à l'accouchement pour le mettre en cohérence avec le contenu décrit dans les recommandations de la Haute Autorité de santé de novembre 2005

ANNEXE V

Article L4151-1 Code de la santé publique

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 \(V\)](#)

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles [L. 4151-2](#) à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article [L. 4127-1](#).

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

ANNEXE VI

Questionnaire/Entretien

1) Généralités

1.1 Age :

1.2 Situation familiale :

- Célibataire
- Mariée
- Pacsée
- Concubinage
- Veuve
- Divorcée

1.3 Niveau d'études :

- BEP/CAP
- Baccalauréat professionnel
- Baccalauréat général
- Études supérieures
- Autres :

1.4 Activité professionnelle pendant la grossesse :

- Oui
- Laquelle.....
- Non

1.5 Origine ethnique :

- Europe occidentale
- Maghreb
- Afrique Subsaharienne
- Asie
- Autres

1.6 Age de la grossesse : Mois

..... Semaine d'aménorrhées

Terme prévu :

2) Concernant les séances de préparation à la naissance

2.1 Avez-vous eu des informations concernant l'entretien précoce individuel ?

Oui
Non

2.2 Avez-vous effectué l'entretien précoce individuel ?

Oui
Non

Si non pour quelles raisons ?

.....

2.3 Quelles étaient vos attentes concernant les séances de préparation à la naissance ?

(Numérotez les réponses par ordre d'importance)

Rencontrer d'autres femmes
Dialoguer avec un professionnel de santé
Avoir des informations sur la grossesse, sur l'accouchement
Apprendre à gérer la douleur
Participer à l'intégration du père lors de la grossesse
Visiter les locaux de la maternité
Apprendre les postures d'accouchement

Autres précisez :

2.4 A quel moment de la grossesse avez-vous débuté vos séances ?

.....

La programmation des séances vous a paru :

Trop précoce
Trop tardive
Bon moment

Si la programmation des séances vous a paru trop tardive, quand auriez-vous souhaité les débiter ?

.....

2.5 Combien de temps ont duré chacune de vos séances ?

.....

Cela vous a-t-il paru :

- Trop court
Trop long
Adapté

2.6 Combien de personnes composaient le groupe ?

- Futures mères :
- Conjointes :

Cela vous paraissait il ?

- Trop nombreux
Adapté
Peu important
Sans importance

2.7 Avez-vous pu prendre la parole lorsque vous le souhaitiez ?

- Toujours
Parfois
Jamais

Si vous avez répondu parfois ou jamais était-ce parce que :

- Vous aviez trouvé les réponses à vos questions grâce au groupe ou à la sage-femme
Vous ne vous sentiez pas à l'aise
Autres.....

2.8 Avez-vous participé à d'autres séances que les séances dites classiques ?

- Oui
Non

Si oui lesquelles ?

.....

2.9 Auriez vous souhaité pouvoir participer à d'autres séances de préparation à la naissance que les séances dites « classiques » ?

- Oui
Lesquelles.....

- Non

2.10 Pensez vous que les séances de préparation à la naissance sont :

- Indispensables
- Utiles
- Inutiles

2.11 Les séances ont-elles répondu à vos attentes ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?.....
.....
.....

2.12 Exprimez votre degré de satisfaction concernant les séances de préparation à la naissance :

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Insatisfaisante

2.13 Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer les séances de préparation à la naissance ?

➤ Concernant les conditions environnementales (matériel mis à disposition, locaux, etc...)

- Oui
- Lesquelles ?

- Non

➤ Concernant le contenu de l'information

- Oui
- Lesquelles ?

- Non

3) Concernant le projet de naissance

3.1 Avez-vous eu connaissance du projet de naissance ?

Oui
Non

Si oui, qui vous en a fait l'information ?

.....

3.2 Vous même, avez vous élaboré ou être vous en cours d'élaboration d'un projet de naissance ?

Oui
Non

➤ Si oui, avec l'aide de quelle personne ?
A quel moment de la grossesse mois
..... semaines

d'aménorrhées

➤ Si non pour quelles raisons ?

.....

3.3 Aviez-vous des attentes particulières concernant le déroulement du travail et de l'accouchement ?

Présence du père ou d'une autre personne accompagnante
Pouvoir déambuler
Pouvoir utiliser des positions antalgiques
Ne pas être rasée
Limiter les touchés vaginaux
Choisir sa position d'accouchement
Que le papa coupe le cordon
Faire du peau à peau avec le bébé
Allaiter
Etre présente lors de l'examen du nouveau né

Autres.....

Après l'accouchement, me serait-il possible de vous contacter téléphoniquement pour une nouvelle analyse à ce sujet ?

En cas d'accord, merci de bien vouloir me communiquer vos **coordonnées téléphoniques, celles-ci resteront confidentielles** et ne seront pas communiquées à des tiers)

.....

4) Après l'accouchement

4.1 Concernant les séances de préparation à la naissance, auriez-vous aimé que la sage-femme aborde des thèmes qui ne l'ont pas été ?

Oui
Non

Si oui lesquels ?

.....
.....

4.2 Nombres de séances effectuées sur les 5 séances proposées :

Si le nombre de séances prévues n'a pas été effectué, quelles en étaient les raisons ?

Informations trop tardives
Accouchement avant la fin des séances
Difficultés organisationnelles
Autres précisez :

4.3 Pensez vous que les séances de préparation à la naissance vous ont permis d'arriver plus sereinement à la maternité ?

Oui
Non

4.4 Mode d'accouchement :

Voie basse spontanée
Extraction instrumentale motif :
Césarienne programmée motif :
Césarienne en urgence motif :

4.5 Avez-vous accouché dans une autre position que la position classique gynécologique ?

Oui Sur le coté
Accroupi
«A 4 pattes »
Autres, précisez
Non

Si oui, pourquoi avoir accouché dans cette position ?

- La sage-femme vous l'a proposée
- Vous en aviez eu connaissance lors de vos séances de préparation à la naissance et c'était votre souhait
- Autres connaissances (médias, famille, amis etc.) et c'était votre souhait
- Autres, précisez

4.6 Analgésie péridurale :

- Oui
- Non

Si non pourquoi ?

- Non souhaité, vous vous sentiez suffisamment préparée pour gérer la douleur
- Indisponibilité de l'équipe
- Manque de temps
- Autres

4.7 Pensez vous que les séances de préparation à la naissance ont pu vous aider à mieux gérer votre douleur :

- Oui
- Pourquoi
- Non
- Pourquoi

4.8 Avez-vous pu utiliser des moyens vus en séance de préparation à la naissance pour gérer la douleur :

- Déambulation
- Utilisation du ballon
- Positions antalgiques
- Respiration
- Massage
- Acupuncture
- Homéopathie
- Accompagnement :
 - du conjoint
 - de l'équipe
 - autres.....
- Autres, précisez.....

4.9 Avez-vous trouvé une cohésion entre le discours tenu en séance de préparation à la naissance et celui en salle de naissance ?

- Oui
- Non

Si non, en quoi ?

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

4.10 Pensez-vous que vos attentes concernant le déroulement du travail et de l'accouchement ont pu être réalisés?

Précisez.....

Maintenant que vous avez accouché et avec le recul, exprimez votre degré de satisfaction concernant les séances de préparation à la naissance ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Insatisfaisant

4.11 Souhaiteriez-vous participer à une séance de préparation post natale ?

- Oui
- Individuelle
- En groupe

- Non

4.12 Dans quel état d'esprit vous trouvez vous actuellement ?

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

La maternité est l'affaire de toute une vie, la venue au monde d'un enfant ne se réduisant pas uniquement à l'accouchement mais impliquant la naissance de toute une famille.

Ce mémoire est un témoignage sur les attentes qu'ont ces femmes et ces hommes pour mieux se préparer, s'entourer et se donner les moyens de vivre une " naissance heureuse ".

La première partie aborde les différentes techniques de l'accompagnement de la grossesse et de la préparation à la naissance, depuis la nuit des temps, jusqu'au XXI siècle avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2005.

Le rôle de la sage-femme dans la période qui entoure la naissance d'un enfant et des méthodes telles que la préparation à la naissance y sont présentés.

Mais pourquoi les femmes n'auraient-elles pas d'opinion sur cette affaire qui les concerne particulièrement ? Pourquoi est-ce si difficile pour les professionnels de maternité de les entendre ? C'est l'objet de la seconde partie du mémoire, sous forme d'une étude terrain, menée de manière scientifique, auprès de 32 futures mères.

Enfin la dernière partie, relate les attentes qu'ont les couples pour se réapproprier la naissance de leur enfant et concevoir, en dialoguant avec le corps médical, un vrai projet de naissance qui tienne réellement compte de leur volonté de vivre cet événement selon leurs souhaits.