HAL
open science

La prise en charge de la parentalité durant les séances de préparation : le cas des sages-femmes d'Auvergne

Sophie Hamelin

To cite this version:

Sophie Hamelin. La prise en charge de la parentalité durant les séances de préparation : le cas des sages-femmes d'Auvergne. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00767824

HAL Id: dumas-00767824

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767824

Submitted on 20 Dec 2012

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

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

UNIVERSITE D'AUVERGNE-CLERMONT 1

ECOLE DE SAGES-FEMMES

La prise en charge de la parentalité durant les séances de préparation : Le cas des sages-femmes d'Auvergne

Mémoire présenté et soutenu

par

Sophie HAMELIN

Née le 5 Mai 1987

Sous la direction de :

-Mme Yacine THIAM

-Mme Marie-Christine FORTUNE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

UNIVERSITE D'AUVERGNE-CLERMONT 1

ECOLE DE SAGES-FEMMES

La prise en charge de la parentalité durant les séances de préparation : Le cas des sages-femmes d'Auvergne

Mémoire présenté et soutenu

par

Sophie HAMELIN

Née le 5 Mai 1987

Sous la direction de :

-Mme Yacine THIAM

-Mme Marie-Christine FORTUNE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Yacine Thiam, pour ses conseils, sa gentillesse et sa disponibilité.

A mon enseignante référente, Marie-Christine Fortuné, pour son approche sensible et humaine du métier de sage-femme, ses encouragements et sa compréhension.

A toute ma famille, pour leur soutien tout au long de mes études.
A ma maman, pour avoir toujours été là, même dans les moments difficiles.
A mes grands-parents, pour leur amour inconditionnel.
A Laurent, pour son aide et sa discrète présence tout au long de mes études.

A Sophie, Maëlie et Stéphanie pour leur présence et leur joie de vivre à tout instant.
A Elodie et Marie-Caroline, pour tous les merveilleux moments partagés lors de ces quatre années.

A toutes les personnes qui m'ont aidées pour la réalisation de ce mémoire.

Épigraphe

« Ce n'est pas un hasard si dans la langue française bien naître et bien-être s'entendent de la même façon. »

Danièle RAPOPORT

Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Centre Périnatal de Proximité

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

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

EPN : Entretien Pré-Natal

HAS : Haute Autorité de la Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRFFE : Institut Régional de Formation aux Fonctions Educatives

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et infantile

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

PPO : psycho prophylaxie obstétricale

REAAP : Réseau d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents

RSPA : Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

SA : Semaine d'Aménorrhée

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

WHO : World Health Organization

SOMMAIRE

Introduction **2**
Revue de la littérature .....
1. Apparition du mot « parentalité » 4
2. Troubles de la parentalisation 22
3. De la psycho prophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance et à la parentalité 27
4. Quelques dates-clés dans l'histoire de l'accouchement 30
5. La préparation à la naissance et à la parentalité aujourd'hui 32

Matériel et méthode .....
1. Les objectifs de la recherche 28
2. Le type d'étude 28
3. La méthode de sélection 28
4. Les critères de jugement 29
5. La méthode d'intervention 29
6. La méthode d'observation 30
7. L'analyse statistique 31

Résultats et analyse .....
1. Identification sociologique de la population enquêtée 45
2. Pratiques professionnelles en matière de parentalité 38
3. Attentes des professionnels 49

Discussion .....
1. Répartition des professionnelles par secteur 64
2. Age des professionnelles 65
3. Formation 65
4. Pratique de la PNP 66
5. Les différents types de PNP recensés 67
6. Thèmes abordés 67
7. Temps consacré à la parentalité 69
8. Echanges avec les participants 58
9. Principaux problèmes recensés par les professionnelles 74
10. Les limites de l'étude 74
11. Les points forts de l'étude 75
12. Projet d'action 76

Conclusion **65**
Références bibliographiques .....
Annexes .....

INTRODUCTION

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études du cursus maïeutique. Il porte sur le thème de la parentalité. Ce sujet m'a particulièrement touché pour la dimension humaine qu'il comporte. Historiquement les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ont été mises en place pour permettre la prise en charge de la douleur. Actuellement, elles s'orientent vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active en vue d'améliorer leurs connaissances et compétences pratiques, tout en stimulant leur confiance [1]. Suite à l'étude « se faire parent à l'hôpital » de Clarisse Carrière, effectuée à la maternité de l'Hôtel Dieu de Clermont Ferrand, il est ressorti que les interactions entre les soignantes et les patientes influencent la construction de la parentalité. Lors de la préparation à la naissance, les sages-femmes, de part leur rôle d'accompagnement, préparent le couple conjugal à devenir un couple parental [2].

L'enquête nationale périnatale de 2010 a mis en évidence une augmentation de la participation des femmes aux séances de préparation avec un taux de 79.8 % dans le Centre-Est dépassant largement le taux national qui est de 72.9 %. Les séances occupent donc une place de plus en plus prédominante pour les femmes qui sont en attentes d'informations sur cette période remplie de bouleversements. Parallèlement, une estimation du bien-être psychologique des femmes a montré que 8.9 % d'entre-elles ne se sentaient pas bien pendant leur grossesse. Parmi celles-ci, seulement 5.5 % disent avoir reçu l'aide d'un professionnel [3]. Les patientes vulnérables ont donc besoin d'être soutenues par l'équipe soignante pour mieux gérer leurs émotions liées à la maternité. Après l'accouchement, plus de 50 % des sages-femmes ne font pas de soutien à la fonction parentale, alors qu'il a été établi que 10 à 15 % des 800000 jeunes accouchées par an en France souffrent non pas d'un simple baby blues du post partum mais d'une véritable dépression dans les trois premiers mois après la naissance de leur bébé. La sage-femme se doit de repérer le plus précocement possible des états de déséquilibre nécessitant des interventions spécialisées sans pour autant désigner comme pathologiques les enjeux affectifs associés au passage à la parentalité [4]. Les séances de préparation à la naissance paraissent toutes indiquées pour participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant en permettant de créer des liens sécurisants et en soutenant la construction harmonieuse des liens familiaux.

Face à ce constat, Nolan M.L. a montré que les parents considéraient les séances de préparation à la naissance comme insuffisantes pour les préparer aux soins et à l'attention à porter à l'enfant durant sa première année de vie ainsi qu'aux changements liés à l'arrivée d'un enfant dans l'univers familial. Lors des séances, les parents souhaitaient avoir davantage l'opportunité de discuter des changements dans leur vie et leur relation de couple après la

naissance de leur enfant [5]. De plus, certaines études notamment celle anglo-saxonne de Coren E. concluent que les séances collectives et individuelles anté et postnatales ont probablement un intérêt sur les interactions mère-enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, sur le développement du langage, le comportement et les connaissances des parents, la confiance de la mère en elle-même et la construction de l'identité maternelle [6]. Il parait donc important d'insister sur l'opportunité de soutenir la fonction parentale par des dispositifs d'actions de santé publique proposés en période anténatale ou postnatale.

L'objectif principal de notre étude est de nous intéresser à ces dispositifs, particulièrement les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) chez les sages-femmes d'Auvergne et de se demander si celles-ci abordent suffisamment la parentalité. Les objectifs secondaires étant d'analyser les pratiques professionnelles en matière d'accompagnement à la parentalité notamment en termes de l'organisation, de leurs contenus et de leur mise en œuvre.

Notre mémoire sera organisé en trois parties. D'abord, dans la première, nous présenterons une revue de la littérature portant sur le concept de la parentalité, son inclusion dans la prise en charge des parents, l'évolution du concept et les différentes stratégies et techniques utilisées pour sa mise en œuvre. Ensuite, dans la seconde partie, nous exposerons notre méthodologie de recherche à savoir les matériels et méthodes utilisés. Et enfin, dans la troisième et dernière partie, nous aborderons dans un premier temps les résultats obtenus et dans un second temps nous analyserons et interpréterons ceux-ci à travers une discussion orientée vers l'établissement de dispositifs permettant d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles en matière de PNP.

REVUE DE LA LITTERATURE

Cette première partie tentera de donner quelques éléments de cadrage sur la notion de parentalité, son contexte d'émergence et de diffusion, ses significations et son importance en tant que catégorie d'action publique à part entière. Puis, il sera abordé les troubles de la parentalisation et les prises en charge qui peuvent être mises en place. Face aux difficultés que les couples peuvent rencontrer un des moyens de prévention mis à disposition est l'organisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il sera donc étudié l'apparition de la psycho prophylaxie obstétricale et son évolution vers un accompagnement global tenant compte de la dimension psychologique de la naissance d'un enfant. Cette partie permettra donc de voir comment les séances se sont organisées pour permettre un soutien à la parentalité.

1. Apparition du mot « parentalité »

Les relations parents/enfants n'ont pas échappé aux différentes mutations de la société. Le regard sur l'enfant et la manière dont les parents doivent le prendre en charge ont ainsi connu des évolutions. Ce n'est qu'à partir du 17ème siècle que l'enfant a commencé à être considéré et aimé en tant que tel, comme une personne aux besoins spécifiques et non comme un « adulte en miniature ». Son éducation, son développement physique et psychique, sa santé, sa psychologie, ses droits, ses intérêts et son épanouissement, ont pris une envergure à tel point que certains estiment être entrés dans l'ère de « l'enfant-roi ». Ainsi, la valeur croissante accordée aux enfants est tributaire de la nouvelle configuration familiale : plus la famille se réduit et devient nucléaire (parents et enfants), plus l'enfant devient le centre de toutes les attentions. Objet de désir, il est souvent conçu comme un support identitaire pour les parents. L'instabilité des couples et la multiplication des ruptures ont également contribué à renforcer cette focalisation des parents sur l'enfant, de telle sorte qu'il devient la pierre angulaire du système de relations familiales. D'où l'apparition de la vision « pédo-centrée » qui correspond à l'idée selon laquelle, aujourd'hui c'est l'enfant qui donne sens à la famille [7].

Ainsi, les transformations profondes de la famille contemporaine ont été favorables à l'émergence et à la diffusion du mot « parentalité », notion pluridimensionnelle et non sans ambivalence autour de laquelle se structure progressivement tout un pan de l'action politique en direction des familles. De nos jours, les parents manifestent une sensibilité accrue à la question du bon développement de leur enfant et s'interrogent continuellement sur la manière d'assurer au mieux leur mission éducative mais également de reproducteur du système

familial. Ces mutations dans la sphère familiale peuvent expliquer le succès des dispositifs de soutien à la parentalité.

1.1. Définition de la parentalité

Il s'agit d'un néologisme dont la notion n'a pas d'unicité de définition. Forgée à la croisée de différents courants disciplinaires, la parentalité est un terme polysémique correspondant à des ancrages théoriques distincts.

- **Approche psychologique : le « devenir parent », un processus maturatif**

C'est aux Etats-Unis, à la fin des années 1950, que le psychanalyste T. Benedek a utilisé pour la première fois le terme « parenthood » pour désigner le processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs de l'enfant.

En France, il faut attendre le début des années 60 pour en trouver les premières élaborations par des psychologues et des psychanalystes [8]. A cette époque, Paul-Claude Racamier, psychiatre et psychanalyste français, propose le terme de «maternalité» pour décrire les processus psychiques qui se mettent en place chez les femmes en attente d'enfant ou venant d'avoir un bébé. Dans le cadre de son étude sur les psychoses puerpérales, il lui est apparu que ces processus jouent un rôle déterminant. Le terme de parentalité a donc désigné dans un premier temps un processus de maturation psychique qui se développe aussi bien chez la mère (maternalité) que chez le père (paternalité) [9].

Par la suite, ce sont M. Lamour, pédopsychiatre et M. Barraco, psychothérapeute, dans « Souffrances autour du berceau » qui la définissent comme « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs nécessaire pour devenir parents et ainsi répondre aux besoins de leur enfants à trois niveaux : le corps, la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif » [10].

Pour Gérard Poussin, professeur de psychologie clinique à l'université Pierre Mendès-France de Grenoble, la parentalité est à la fois un besoin quasi inscrit dans le développement du sujet (un désir d'enfant), une ligne de démarcation manifestant le passage de l'enfance à l'âge adulte, un mouvement pouvant advenir ou non, susceptible de modifications aux différents âges de la vie. Cette idée de mouvement introduit l'idée qu'à chaque nouvelle naissance une parentalité tout à fait différente peut s'ouvrir [11].

Lebovici, psychiatre et psychanalyste, va définir la notion de « parentification » pour désigner le processus par lequel un individu devient parent. Celui-ci est décrit comme un travail psychologique qui doit se mettre en place pour devenir un parent. Il s'agit d'un processus par lequel les parents créent un espace pour l'enfant aussi bien dans une réalité physique que psychique [9].

Pour les psychanalystes, l'acceptation de la parentalité signifie un équilibre entre le narcissisme et l'objectalité dans le couple. Il s'agit d'un processus qui se prépare inconsciemment depuis l'enfance, activé à l'adolescence sous l'influence de facteurs physiologiques, et actualisé lors de la naissance des enfants. En somme, l'approche psychanalyste met l'accent sur les changements psychoaffectifs induits par le fait ou la perspective de devenir parent, les angoisses que cela peut soulever chez certains sujets, les défaillances du processus et d'autres troubles lié à la parentalité.

- **Approche socioanthropologique : l'« être parent », une réalité plurielle**

La réflexion sur la parentalité est également née de réflexions anthropologiques notamment sur la manière dont l'individu s'inscrit dans une famille. Quant aux sociologues, la parentalité est une notion importante dans la description et l'analyse des différents modèles familiaux.

Ainsi, le terme de « monoparentalité » fut importé des pays anglo-saxons par des sociologues féministes avant d'être consacré, en 1981, par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), comme le premier terme sociologique qui nomme une situation familiale sans la juger [9]. Son arrivée dans notre vocabulaire a été une réelle avancée puisqu'une situation familiale (parent seul, généralement une femme, s'occupant de son enfant) était, dès lors reconnue. Ce modèle monoparental était différent du modèle de la famille nucléaire constitué des deux parents et de leurs enfants. Dès lors, « être parent » pouvait adopter de multiples formes. D'où la nécessité de trouver des appellations nouvelles tenant compte des différentes situations de parentalité produites par les reconfigurations des liens familiaux (monoparentalité, homoparentalité, parentalité adoptive, beau-parentalité, coparentalité …).

Ces nouvelles appellations permettent de dissocier le parental du conjugal mais également de distinguer les dimensions multiples de l'« être parent » et de donner un statut à tous ceux qui font fonction de parents quelque soit le type de filiation (biologique, juridique,

symbolique…). Autrement dit, elle permet d'exprimer la diversité des manières de « faire une famille » et traduit la complexification des places et des rôles vis-à-vis des enfants [7].

- **Approche juridique : la question de l'autorité parentale**

Il existe trois façons d'identifier le parent : la composante biologique, celle domestique et celle généalogique. La dissociation de ces trois composantes et les nouvelles configurations familiales qu'elle génère interrogent l'exercice partagé des responsabilités parentales et les capacités d'adaptation des réglementations en la matière [8].

Concernant le droit, la notion de parentalité n'a pas de reconnaissance juridique. Même si les termes d'autorité parentale et de parenté sont acceptés. La notion de parentalité se trouve dès lors assimilée à la recherche de l'autorité parentale face au développement de situations familiales inédites, en réponse aux demandes de reconnaissance portées par les pères divorcés, les prétendants à l'adoption, etc [9].

- **La parentalité une acception devenue multidimensionnelle**

Il a fallu attendre les années 80 pour que le terme « parentalité » passe dans le langage commun. Cette entrée marque d'une part, une évolution notable mais également une perte de sens d'autre part.

En 1993, le groupe de recherche pluridisciplinaire sur la parentalité, formé à l'initiative du ministère des Affaires Sociales a proposé une projection de la parentalité à partir de trois axes. Le premier axe était celui de l'exercice de la parentalité et correspondait aux droits, aux devoirs, à l'éducation et à la santé de l'enfant mais aussi à tout ce qui structurait dans une société donnée les places parentales dans une filiation et une généalogie. Le deuxième axe était celui de l'expérience de la parentalité. Cet axe prenait en compte toute la dimension psychique subjective comme le fait de se sentir parent ou non et prenait en compte des décalages pouvant exister entre le bébé imaginaire et le bébé réel. Quant au troisième axe, il correspondait à celui de la pratique de la parentalité. Il comprenait les actes concrets de la vie quotidienne autrement dit les soins parentaux et les interactions parents/enfants.

Pour Delecourt, responsable département de la formation continue IRFFE, cette analyse devait également prendre en considération les aspects environnementaux que constituaient les contextes économique, juridique, culturel, social, familial, les réseaux de sociabilité et enfin le contexte institutionnel. Il importait donc de prendre en considération l'environnement sur les attitudes des parents [12].

Puis en 1995, le dictionnaire critique d'action sociale s'est employé à définir la parentalité qui désignait d'une façon très large la fonction d'être parent, en y incluant les responsabilités juridiques, morales et éducatives. Selon les auteurs, il ne s'agissait plus d'un mouvement maturatif mais d'un état, d'un statut social qui ouvrait des droits et des devoirs [13].

C'est la mise en œuvre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), à la suite de la circulaire de mars 1999, qui consacrera la parentalité comme un objet à part entière des politiques publiques. L'intégration dans l'action publique d'une référence explicite à la parentalité s'est développée conformément aux conclusions d'une série de rapports remis au gouvernement à partir de 1996 [14].

De façon générale, la parentalité peut être définie par les fonctions qui incombent aux parents et qui peuvent être décrites en 5 points :

1. Concevoir,
2. mettre au monde,
3. nourrir,
4. éduquer,
5. donner une identité à la naissance,
6. garantir l'accès à un statut d'adulte [12].

En définitive, il y a de multiples approches du terme « parentalité » qui montrent à la fois la dynamique de la notion mais aussi les confusions possibles dès lors que se rencontrent les différentes disciplines. Aujourd'hui il n'existe pas encore de théorie définitive, consensuelle et inclusive. Cependant, on distingue deux fonctions différentes qui constituent la parentalité : la maternalité et la paternalité.

1.2.La maternalité

Ce terme fut introduit en 1960 par le psychiatre français, Racamier Paul-Claude, sous le nom anglais « motherhood ». La maternalité est considérée comme une phase du développement psychoaffectif de la femme qui s'effectue à l'occasion de la maternité. Dès le début de la grossesse on assiste à une organisation intrapsychique principalement inconsciente, avec une transformation identitaire et un réaménagement de liens socio-affectifs.

Le terme de « maternalité » a ouvert la voie sur des travaux, étudiant les processus psychiques liés à la grossesse et à la maternité. Ce sont ainsi dégagées quatre théories.

1. **Théorie sexuelle**

La petite fille souffre d'une insuffisance congénitale qui la met en position inférieure dans la mesure où elle n'a pas de pénis. Elle est frustrée et va donc se précipiter dans l'Œdipe. Le renoncement au pénis n'est donc pas supporté sans une tentative de compensation [15]. Il s'amorce donc le changement d'objet, ainsi la fille va se tourner vers le père et rêver d'avoir un enfant de celui-ci pour réparer narcissiquement le préjudice de n'avoir pas reçu de la mère un pénis. L'enfant est donc perçu comme un objet phallique d'appoint, c'est un objet désiré [4].

2. **Théorie psychiatrique**

On considère les troubles mentaux de la puerpéralité comme le résultat d'une réviviscence des problématiques issues des particularités ou des difficultés que la femme aura connues, notamment lors de son développement libidinal. Selon Racamier, la maternité peut se comparer à l'adolescence par le mouvement qu'elle impose à la personnalité, c'est une crise d'identité avec des processus psychoaffectifs. Bydlovski M. évoque cet état comme une transparence psychique. Il ne s'agit plus de devoir maternel, de programmation génétique ou de désir sexualisé d'enfant, mais d'une crise de développement [16].

Deux notions principales vont jouer un rôle dans cette réorganisation : la perte et l'actualisation. La perte concerne le deuil de l'enfant imaginaire, la perte de sa propre enfance et la perte de l'objet maternel c'est-à-dire de son statut de « fille de sa mère ». L'actualisation concerne les affects et représentations suscités par l'expérience de la grossesse et de la naissance : réviviscence des conflits infantiles, des traumatismes et des deuils [16]. La mère, par un état de perméabilité à l'inconscient va être poussée à retrouver l'enfant qu'elle était autrefois et retrouver sa propre mère pour réévaluer sa notion de parent idéal. Si la relation avec les parents a été difficile, ou qu'un conflit de dépendance n'a pas encore été résolu, la réticence peut être encore plus grande, s'agissant de son propre enfant, à donner à une telle relation l'occasion de se reproduire. De ce fait, c'est souvent le passé des futurs parents qui les rend plus ou moins aptes que d'autres à avoir un enfant. Pour la femme, il peut lui prendre l'envie de rendre visite à sa mère, pour la regarder vivre et, à l'occasion, lui poser des questions sur son enfance. Elle peut aller jusqu'à remuer de vieux conflits avec elle, l'observer avidement et sentir qu'elle a de nouveau grand besoin d'elle. Parfois le désir d'être maternée

peut la rendre excessivement attentive à sa belle-mère. Elle peut désirer être dorlotée et conseillée par la mère de son époux, tout en cherchant à s'en défendre [17].

3. **Théorie ontologique**

Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, décrit un état particulier de la mère après la naissance lié à la dépendance absolue du nouveau-né : la préoccupation maternelle primaire. Il qualifie cet état de folie normale où la sensibilité est accrue et où les femmes se retrouvent dans une situation vulnérable. Celui-ci ne peut être atteint que si la mère est suffisamment bonne. Il ne dure que quelques semaines et permet une identification forte et décisive de la mère avec son bébé dès les premiers instants. La mère possède une intuition très juste liée à sa capacité d'identification à son enfant en ce qui concerne les sentiments et les besoins de celui-ci. Ce qui donne confiance au bébé qui, en s'assimilant à sa mère, favorise son auto-développement. Grâce à cet instinct, la mère sait comment porter et s'occuper de son enfant. C'est la raison pour laquelle, il est recommandé aux professionnels de ne pas trop intervenir dans la construction de cette confiance chez le couple mère/enfant [18]. Les premières relations de bébé se construisent sous le sceau de l'indifférenciation où chacun est en résonance symbiotique avec l'autre, le moi du bébé est confondu avec l'environnement maternel et familial, les parents favorisent le fonctionnement fusionnel de cette période avec un environnement destiné à porter bébé et le baigner dans l'illusion rassurante et structurante avant la phase nécessaire de désillusion progressive. Cette contenance épargne à l'enfant une trop rapide confrontation avec la réalité et les angoisses. Anzieu, psychanalyste français, décrit cette indifférenciation comme une peau commune qui enveloppe mère-bébé [19].

4. **Théorie Originaire**

Delassus, psychanalyste et chef de service de maternologie, a introduit dans son livre « le sens de la maternité » la notion de maternogénèse et d'Originaire. L'Originaire reste invisible à la conscience. La représentation de l'Originaire est la mère. L'enfant voit la mère en train d'être maternelle. Il voit le maternel. Le maternel est donc l'Originaire en acte.

Dans un premier temps qui correspond à la naissance de l'enfant, celui-ci à une relation symbiotique et indifférenciée avec sa mère. Le moi du bébé est confondu avec celui de sa mère. Pour exister, il doit avoir connu cette totalité initiale, garantie par le bon maternage que Winnicott définit comme une mère suffisamment bonne. Ce moment où l'enfant est dans la totalité, l'Absolu, c'est l'Originaire. L'homme vivra donc sur le compte de l'Originaire.

Après la constitution du maternel, vient dans un deuxième temps, la rupture avec la mère (matricide) pour l'accès à l'autonomie. Le moi apparait après cette rupture d'avec la Totalité. La mère de l'enfant permet donc l'expérience de l'Originaire et c'est le mouvement propre à l'enfant et non celui du père qui va jouer le rôle de tiers séparateur.

La troisième phase consiste en l'auto-attribution du maternel qui doit être confirmée par le père. La fille a besoin qu'on valide sa prétention à être mère. Le père engendre par sa parole et l'inscrit dans le temps. L'apparition du temps vient du fait que l'enfant se met à espérer le retour de l'Originaire. A la vie originaire succède alors la vie temporelle. Plus tard, cet enfant donnera naissance et permettra le transfert de l'Originaire. Il s'agit du cycle du don [20].

1.3.La paternalité

La paternalité fut définit dans les années 60 par Racamier. Mais c'est en 1990 que le terme fut rentré dans le langage courant.

Ce mot désigne un processus qui entraine une transformation de la personnalité et du fonctionnement psychique. Il équivaut à une crise identitaire et peut donc être une période de vulnérabilité psychique. Devenir père entraine des modifications du champ psychoaffectif qui apparaissent dès le désir d'enfant.

L'homme vit la grossesse en tant que spectateur. C'est pour lui une expérience plus mentale. Cependant sa relation avec son enfant s'instaure pendant la grossesse. La naissance du père précède celle de l'enfant. Des manifestations somatiques peuvent apparaître et sont autant de signes que l'homme s'approprie imaginairement la grossesse. Ces expressions sont connues sous le nom de couvade.

Après la naissance le père peut éprouver des difficultés à trouver sa place au sein de la relation symbiotique mère-enfant. Freud S. souligne le fait que les hommes ont besoin de séparer la mère à qui l'on doit tendresse et respect de la femme vers laquelle on se tourne pour donner libre cours à l'expression des pulsions sexuelles. Avec l'arrivée de l'enfant, l'homme peut donc revoir en sa compagne sa propre mère et peut donc voir surgir divers blocages [15]. De ce fait, si la mère utilise la voie comblante pour entrer dans la parentalité, le père quant à lui utilise celle frustrante, de manque pour devenir parent [21].

Stern, pédo-psychiatre, explique que les modifications socio-économiques rapides de notre société ont imposé un positionnement du père au sein du couple. Ainsi, il peut utiliser le modèle traditionnel où il donnera à la mère un soutien physique, moral et matériel et aura le

rôle du tiers séparateur ouvrant l'enfant au monde extérieur. Il agira en tant que père civilisateur qui libera le petit humain de la sensorialité primaire et archaïque pour l'élever à la capacité de penser Cependant, depuis les années 70, la société véhicule l'idée que les hommes et les femmes sont interchangeables en matière de parentalité. De ce fait, le modèle égalitaire apparaît avec un père qui se maternalise et s'investit dans les soins [19].

2. Troubles de la parentalisation

La parentalisation est l'influence positive exercée par une personne sur le sentiment qu'a un adulte d'être parent. Elle fait donc référence au vécu de l'« identité parentale » et aussi au sentiment de compétence.

Les manifestations émotionnelles et psychiques que l'on observe dans la période postnatale doivent aussi être considérées dans leur rapport à la qualité du lien entre l'accouchée et sa mère. Dans la tradition, les quarante jours qui suivent l'accouchement constituent une période d'exclusion sociale. La jeune mère se retire avec son bébé puis à la fin de cette période surviennent les relevailles où la mère revient dans la société. Elle peut alors être de nouveau approchée par son compagnon : le lien avec le nouveau-né est alors établi. Il est remarquable de noter que c'est précisément pendant cette période de régression et de vulnérabilité de quelques semaines que survient le blues postnatal chez la plupart des accouchées et qu'explosent les psychoses aigües du post-partum chez les femmes dont la fragilité narcissique est particulièrement marquée. Ainsi, différentes difficultés peuvent apparaitre qui témoignent des profonds bouleversements psychologiques liés à l'arrivée d'un enfant.

1. <u>Les difficultés de la construction du lien mère-bébé</u>

Le lien mère-bébé semble en premier abord une notion évidente. Il parait, en effet, évident que ce lien existe d'emblée pour la mère sous la forme de l'instinct maternel et pour le bébé de l'attachement en quelque sorte complémentaire. Du point de vue du bébé, la rencontre avec sa mère a été physiologiquement préparée dès la vie in utéro. Pour avoir gouté le liquide amniotique, il connait l'odeur de sa mère. De son côté, la mère est habituellement, bien sûr, la mieux à même de répondre au besoin d'aide de son enfant. Dans les premières semaines de sa grossesse, elle a développé ce que D. W. Winnicott appelle la préoccupation maternelle primaire. Cette attitude psychique consiste à abandonner ses intérêts propres pour concentrer ses pensées sur le bébé à venir et ainsi s'identifier à lui. Dès la naissance, la mère comprend

de façon quasi immédiate ce dont l'enfant a besoin. Cependant la rencontre n'est pas aussi évidente. Parfois, l'enfant ne correspond pas à ce qu'elle avait imaginée. Il peut falloir un temps d'adaptation réciproque [4].

2. Le couple à l'épreuve de l'arrivée de l'enfant

Au moment de l'arrivée de l'enfant, le couple, fait face à une crise de développement structurel. Les modifications sont d'abord personnelles. Chacun devenant parent à sa façon et ayant à adapter sa façon de rester conjoint. Des changements en matière de satisfaction conjugale, de répartition ménagère du travail et de structure du réseau social ont été démontrés. Certaines femmes rapportent des sentiments de profonde déception face à l'expérience de la maternité. Elles ne se sentent plus libres et souffrent d'interruptions constantes du sommeil et du repos ainsi que d'une réduction du budget du ménage. Quant aux hommes, ils mentionnent la nécessité de partager avec leurs relations amicales les soucis d'une diminution de revenus et les adaptations nécessaires, étant donné les exigences inattendues de la parentalité [22].

Devenir parent, sous-entend que le couple doit procéder à des adaptations majeures puisqu'il doit modifier son style de vie et son cercle de relations afin d'accueillir un nouveau membre dans la famille. Cela représente un véritable remaniement identitaire psychoaffectif qui demande du temps et un climat d'échange naturel et satisfaisant au sein du couple conjugal. Toujours de façon imprévisible, les enfants réveillent plus ou moins en chacun de nous, l'enfant que l'on a été, avec ses joies, ses frustrations, ses chagrins, ses blocages dans sa relation à ses parents. Deux histoires vont alors s'entrecroiser en permanence : celle du couple lui-même et celle personnelle à chaque membre de celui-ci.

Une autre réalité s'impose avec la venue de l'enfant qui va secouer l'équilibre conjugal : l'homme et la femme entrent dans la parentalité par des voies différentes. Néanmoins, si la femme découvre sa parentalité avec une sensation de plénitude, l'homme, quant à lui, tout en étant heureux d'être père, éprouve un manque et ressent une frustration totalement inattendue. Pour peu que se réactivent alors les frustrations de l'enfance, une crise dans le couple peut s'installer [21].

3. Le conflit maternité-sexualité

Après l'accouchement se crée entre la mère et l'enfant une relation dominante qui peut bloquer complètement la sexualité. Dans certains cas, le sentiment maternel envahit toute l'affectivité de la femme. Il n'y a alors plus de place pour l'épouse qui relègue au second plan

sa relation conjugale. D'autres fois, c'est le mari qui vit mal cette relation à trois. Par exemple, il peut se sentir en rivalité avec son enfant ou se considérer exclu quand il sent un lien très fort entre sa femme et son enfant. Il est aussi apparu que la scène d'expulsion au moment de l'accouchement fonctionne comme un véritable traumatisme et peut l'empêcher pour longtemps de désirer à nouveau sa femme. Cependant, dans la plupart des cas, ces difficultés sont d'origine psychologique, liées aux nouveaux aménagements de la vie de couple. De ce fait, une fois ce bouleversement surmonté et quand la femme se sent mieux, le couple renoue avec sa sexualité. Néanmoins, si la situation se prolonge, une consultation peut être suffisante pour y remédier [4].

4. **Les ruptures de liens**

Certaines femmes ne peuvent investir leur bébé et ne parviennent pas à se reconnaître mères. Elles consentent donc à l'adoption de leur bébé ou accouchent sous X voir même l'abandonnent brutalement, sans rien organiser pour sa prise en charge. Une rupture complète du lien est toujours préjudiciable pour le devenir de l'enfant, même si par la suite il a été pris en charge dans les meilleures conditions possibles.

5. **La pathologie du lien peut aussi provenir de l'enfant lui-même**

Certains bébés ne savent pas ou ne peuvent pas entrer en communication avec leur mère. Peu à peu, la mère renonce à solliciter ce bébé qui ne répond pas, tout en continuant à assumer les soins nécessaires. Si ce type de relation se prolonge, cela peut aller jusqu'à constituer un autisme. L'enfant se replie sur ses sensations internes, ne les communique pas à autrui et s'enferme sur lui-même.

6. **Le baby blues**

En suites de couches, trois jours après l'accouchement, surgit chez les récentes accouchées un syndrome dépressif appelé baby blues. Il n'est pas seulement d'origine physiologique, mais traduit l'ampleur du bouleversement impliqué par cette naissance. Pleurs, tristesse, émotions incontrôlées, peur de l'avenir, sentiment d'incapacité, d'incompétence, fatigue, parfois excitation ou douleurs diverses, incurie, légère confusion, anxiété, troubles du sommeil, perte de confiance en l'avenir sont les signes dont la conjonction réalise un syndrome. Il touche au moins 80 % des accouchées. Rarement traité, il s'estompe spontanément en quelques jours. Il ne semble pas être totalement un effet du remaniement hormonal, dans la mesure où les femmes adoptantes l'endurent également. L'étiologie

échappe à celles qui en souffrent et semble toujours les surprendre. Sur le plan psychodynamique, il est surtout la traduction émotionnelle d'un double phénomène : d'une part, la sensation de perte de la grossesse, le deuil de cet objet intérieur et d'autre part, la sensation de dénudation psychique qui lui permet de se mettre en phase avec le nouveau-né [22].

7. **La psychose puerpérale**

Les psychoses aigües du post-partum surviennent à la même période d'avant les relevailles. Elles ne concernent qu'une accouchée sur trois mille, mais le tableau clinique est souvent spectaculaire. Il s'agit fréquemment de jeunes femmes primipares et sans antécédents psychiatriques. Le risque de récidive à la grossesse suivante est élevé. Le trouble s'installe brusquement, il s'agit soit d'un état mélancolique aigue, avec prostration et risque de suicide soit d'un état maniaque plus ou moins mêlé d'éléments dépressifs subits. Le diagnostic peut être celui d'une bouffée délirante aigüe associant troubles de l'humeur et troubles de la conscience. Très souvent il y a un déni de la naissance de l'enfant. La prise en charge se fait soit par hospitalisation conjointe mère-bébé en unité spécialisée, soit par une prise en charge ambulatoire si la collaboration thérapeutique est possible avec la famille.

Grâce au maintien du lien entre la jeune mère et l'enfant et aux neuroleptiques appropriés, la guérison clinique est obtenue sans séquelles en quelques semaines. Les études cliniques sur la psychose, insistent sur la grande fragilité narcissique de ces jeunes femmes et sur le caractère gravement carentiel de leur relation avec leur propre mère [23].

8. **La dépression chronique postnatale**

La dépression postnatale survient après les deux mois des relevailles et à une évolution chronique ce qui la différencie du baby blues. Cette pathologie touche au moins 10 % des accouchées. Elle est souvent méconnue. L'image convenue et idéalisée d'une femme comblée véhiculée par les médias rend pour beaucoup de mères cet état de dépression inconcevable [22]. Cette dépression postnatale peut durer des mois sans amélioration spontanée et non soignée, elle transforme en épreuve douloureuse la première année de vie commune avec l'enfant. Le sujet déprimé, concentré et replié sur lui-même, il a du mal à éprouver du plaisir et à s'intéresser au monde extérieur. Prendre soin d'un bébé demande beaucoup d'énergie psychique et demande de transférer son narcissisme propre sur l'enfant, donc de faire passer ses intérêts après ceux de l'enfant. Le bébé devient un rival, parfois un ennemi, qui persécute ou dévore sa mère.

Lorsque l'enfant se regarde dans les yeux de sa mère déprimée, il ne peut y trouver le reflet de ses propres émotions. La tristesse ou l'angoisse de sa mère sera perçu par l'enfant qui sera désemparé et déstructurant si l'expérience se répète trop. Les études épidémiologiques de L. Murray ont en effet montré que les enfants exposés à la dépression postnatale étaient à risque de troubles du développement cognitif et affectif [24]. Ces cas demandent une intervention thérapeutique rapide, le plus souvent une hospitalisation, pour traiter la mère et mettre à l'abri l'enfant qui est en danger au contact d'une mère « déstructurée ». Il apparait ainsi, que le travail de prévention, par l'attention aux mouvements psychiques de la grossesse et à ceux de la période préconceptionnelle en cas d'infertilité, est tout à fait essentiel.

9. **Les négligences ou maltraitances**

Le lien mère/enfant fait d'amour et de tendresse peut parfois s'inverser et devenir une relation pleine de violence, de passion, de discontinuité. Soit les mères sont proches de leur bébé et le dévorent de baisers et de caresses soit il les énerve et elles le repoussent ou le délaissent. En effet, la nécessaire relation de corps à corps avec le bébé éveille chez certaines femmes fragiles des pulsions mal maîtrisées, une charge érotique trop forte. C'est ce qui explique que la maltraitance de l'enfant, voire les abus sexuels maternels, si énigmatiques et si choquants, touchent électivement les tout-petits, y compris les fragiles bébés prématurés. Ce type de lien est particulièrement néfaste pour le bébé qui a besoin de continuité et de fiabilité pour se construire. C'est pourquoi l'intervention thérapeutique est urgente et nécessaire [4].

Ainsi, il apparait que le travail de prévention, par l'attention aux mouvements psychiques de la grossesse et à ceux de la période préconceptionnelle en cas d'infertilité, est tout à fait essentiel pour garantir une bonne évolution du lien intérieur mère-fille au cours de la période périnatale. Ce travail de soutien affectif passe notamment par l'organisation de séances de préparation axées sur la transition de la parentalité.

3. De la psycho prophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance et à la parentalité

La psychoprophylaxie est une préparation du psychisme d'un individu de telle sorte qu'il ait des réactions appropriées et favorables à l'organisme dans certaines circonstances. La psychoprophylaxie de l'accouchement est née de trois courants idéologiques représentant trois grandes périodes dans l'histoire de la préparation à la naissance : l'accouchement sous hypnose, l'accouchement sans douleur et l'accouchement sans crainte.

3.1. Accouchement sous hypnose

Appelée analgésie psychologique, l'hypnose apparait à la fin du XIXème siècle comme la première forme de préparation à la naissance. Celle-ci s'est développée à partir de travaux menés par les neurologistes Jean-Martin Charcot et Hippolyte Bernheim. En France, c'est tout particulièrement le médecin lillois Joire qui développe les méthodes hypnosuggestives consistant à mettre les parturientes en état de sommeil hypnotique au cours du travail afin de leur suggérer des comportements ou des sensations, de façon à concentrer leur esprit sur autre chose que la douleur.

Cependant, les progrès de l'anesthésie médicamenteuse dans la seconde moitié du XIXème siècle, doublés de réticences socioculturelles à l'égard de l'hypnose, font échouer la généralisation de la méthode [25].

Malgré cela, cette période a le mérite d'avoir mis en évidence l'effet analgésique par des approches psychologiques.

3.2. Accouchement sans crainte

Apparu en Grande-Bretagne, « l'accouchement sans crainte » a été exploité par le docteur Dick Grantly Read, qui publia en 1933 le livre « Natural Childbirth » dans lequel il décrit sa méthode. Pour Read, la douleur est « un stigmate de la civilisation ». En effet, l'accouchement est un acte naturel et c'est la société qui a créé la peur de l'accouchement entraînant ainsi la notion de douleur. Il préconise de ce fait, une éducation des femmes, à la

fois psychologique et physique pour leur apprendre à se relaxer et à « dédramatiser l'accouchement » [26].

Fondé sur une théorie plus intuitive qu'expérimentale, l'accouchement sans crainte rencontra une certaine opposition notamment chez les partisans de la méthode psychoprophylactique. Mais quoi qu'il en soit, le docteur Read fut le premier à proposer une préparation physique et psychologique des futures mères.

3.3. Accouchement sans douleur

En France, la préparation à la naissance trouve son origine dans la théorie russe de Velvoski et Nikolaeïv. Cette méthode a commencé à se développer au début des années 30 en URSS. Selon ceux-ci, l'hypno-analgésie est sous-tendue par des mécanismes de type réflexe conditionné. La méthode psychoprophylactique dont on doit l'expression à Nikolaeïv, a pour but de diminuer la douleur grâce à un conditionnement des femmes au cours de la grossesse. Elle s'appuie sur des procédés pédagogiques qui reposent sur trois idées maîtresses : 1) diminuer la peur de l'inconnu, 2) développer la maîtrise de soi et 3) créer un climat relationnel de confiance entre les préparateurs et les femmes enceintes. Cette méthode fut la première à mettre en place un parcours de séances de préparation à l'accouchement débuté à 30 semaines d'aménorrhée (SA) et composé de six séances [27].

En 1951, suite à un voyage en URSS, le Docteur Lamaze, chef de service de la maternité des Métallurgistes à Paris, s'inspire de la méthode russe, notamment des travaux de Pavlov sur l'influence du cortex cérébral sur les phénomènes douloureux, pour créer et développer la méthode de « l'accouchement sans douleur ». C'est une nouvelle démarche qui permet un relâchement neuromusculaire par un déconditionnement de la peur de la douleur. Elle consiste à balayer les superstitions par un discours scientifique. Elle accompagne les parents en rendant les femmes actives au moment de l'accouchement et en invitant les pères en salle de naissance. Grâce à une préparation globale étayée par l'information et l'entraînement, la réaction-réflexe contraction utérine = douleur se transforme en contraction utérine = efficacité [25]. Grâce à l'accouchement sans douleur, les femmes prennent la maîtrise de leur corps et deviennent actrices de leur grossesse et de leur accouchement. Cette préparation permet aux femmes de revaloriser l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et de changer l'approche de leur mari vis-à-vis de l'accouchement. Le docteur Lamaze a entrepris

de grandes campagnes de communication qui ont aboutit à l'apparition d'un nouveau terme, celui de la Psycho Prophylaxie Obstétricale (PPO).

Progressivement, avec les principes de l'obstétricien Frédérick Leboyer pour une naissance sans violence, la présence du père en salle de naissance devient délibérément symbolique. Des groupes constitués exclusivement de pères et animés par des soignants masculins voient le jour dans les années 1970 au sein de maternités novatrices tels Les Lilas, Les Vallées ou Les Bluets, permettant la libre circulation d'une parole exclusivement masculine [4].

3.4.Préparation à la naissance et à la parentalité

Les années 70-80 voient de très nombreuses évolutions (réglementaires, sociétales et médicales) qui permettent peu à peu au concept de préparation à la naissance de naître. A ce moment, une avancée considérable sur le traitement de la douleur va bouleverser la préparation à la naissance : les femmes qui jusqu'alors avaient besoin d'un accompagnement pour gérer leur douleur, sont maintenant prises en charge dans les salles d'accouchement grâce à l'avènement de l'anesthésie péridurale. La douleur ainsi maitrisée, les professionnels étaient donc invités à revoir leur offre de préparation à la naissance. Dans un même temps, la société évolue : Les familles sont moins grandes, dispersées géographiquement, le rôle de la famille dans la transmission de la fonction parentale se fragilise [29]. Ainsi est apparue progressivement une notion plus large de préparation à la naissance qui cherche à favoriser la participation active de la femme et/ou du couple, à améliorer les connaissances et les compétences pratiques et à stimuler la confiance des futures mères dans leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé [29].

Aujourd'hui, la PNP continue de progresser : en complément du suivi médical, elle est devenue un moyen de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des couples et de leurs nouveau-nés. L'extrême médicalisation de la naissance laisse peu de place aux aspects sociétaux et culturels de celle-ci. Le contexte économique de la santé porte atteinte aux dimensions psycho-affectives de la prise en charge des patients en général, et des femmes enceintes en particulier. L'avenir de la PNP est dépendant de la place que notre société souhaite accorder à la naissance et à la famille.

4. Quelques dates-clés dans l'histoire de l'accouchement

Il est intéressant de préciser qu'en 1956 le pape Pie XII prenait position en faveur de l'accouchement sans douleur [27].

Le 1er Juillet 1956, l'assemblée nationale adopte le projet de remboursement des six séances préparatoires tantôt citées.

En 1961, la Psycho Prophylaxie Obstétricale est inscrite dans la formation des sages-femmes.

La prise en charge par l'Assurance Maternité de 8 séances de préparation à la naissance voit le jour en 1982 [30].

La circulaire n° 127 du 5 mai 1988, relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques, insiste sur le respect de la dimension psychologique de celle-ci et à la priorité à accorder en ce sens la psychoprophylaxie [31].

En 1993 le rapport du Haut Conseil de la Santé publique démontre une corrélation entre les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et du futur état de santé du nouveau-né en particulier sur le plan psychique. Ainsi il insiste sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance aussi bien pour l'enfant que la mère et le père de la famille [32].

Dix ans après le circulaire n°127, dans la foulée de la parution des décrets dits « de périnatalité » de 1998, l'accent préventif est porté plus globalement sur les facteurs de risque médico-psycho-sociaux liés à la grossesse et à la naissance. Dépister, informer, orienter deviennent les maîtres mots et l'idée d'un entretien individuel personnalisé au 4ème mois de la grossesse voit le jour [33].

L'arrêté du 8 janvier 1999 relatif à la création de commissions régionales de naissance demande la mise en œuvre d'une politique périnatale qui favorise le développement de réseaux associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le champ de la périnatalité [34].

Depuis les années 2000, un nouveau courant apparait au sein des professionnels de la périnatalité. Ceux-ci se préoccupent davantage du vécu de la grossesse, des conditions d'accompagnement des femmes et des couples, de l'environnement de la naissance et des conditions d'accueil du nouveau-né, que du tout sécuritaire prôné dans les années 1980. Ceci à conduit les politiques à en mesurer les enjeux traduits dans une succession de rapports, de textes et de recommandations.

En 2001, la notion de parentalité a été introduite dans le programme des études de sages-femmes.

En 2002, l'OMS édite un important support de travail concernant la périnatalité qui incite les professionnels à discuter avec les futurs parents de leur place dans la nouvelle cellule familiale qui va se créer à l'arrivée de l'enfant et des changements que cela va générer dans le couple. Une grande innovation de ce module est la proposition de mise en place des séances post-natales de préparation à la parentalité. Il s'agit donc d'un réel accompagnement dans le métier de parent. Ce module est à l'origine de certaines parties des recommandations de la Haute Autorité de Santé [35].

Alors que la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé transforme notablement les relations aux usagers, la mission Périnatalité de septembre 2003 et le rapport « Périnatalité et prévention en santé mentale »vont préciser le concept de préparation à la naissance et à la parentalité avec une approche nouvelle des attentes des parents et une participation active dans leur projet de naissance [36].

La circulaire DHOS numéro 2005-300 du 4 Juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité initie une meilleure prise en compte de la dimension psychologique tout en mesurant l'importance de la dimension affective dans le processus de la naissance. En effet, la place accordée à cette dernière conditionne le bon déroulement de la naissance ainsi que la construction harmonieuse des liens familiaux. La circulaire souligne en outre qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré- et le post-partum, constitue un facteur de prévention de la maltraitance et de la psychopathologie infantile et adolescente [37].

A l'appui de ces recommandations fortes, le Plan national périnatal 2005-2007 prône l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité des soins autour de la naissance. Il précise l'objectif global de la préparation à la naissance et à la parentalité qui est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une nouvelle approche éducative et préventive [38].

Les recommandations de la HAS modifient la forme du parcours de PNP tel qu'il a été établi avant 2005. L'une des innovations qu'apporte la HAS réside dans les méthodes d'apprentissage, le contenu et le but de la préparation à la naissance, notamment en introduisant des objectifs qui visent également à la préparation à la parentalité [1].

La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance préconise à titre systématique l'entretien prénatal précoce [39].

Une étude publiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) en septembre 2008 sur la « satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de la grossesse et du déroulement de l'accouchement », décèle une forte demande des patientes pour l'amélioration du suivi post-natal. Les résultats de cette étude montre que 15% et 35% des femmes ne sont peu ou pas du tout satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches et prés de 4 femmes sur 10 déplorent avoir été mal préparées aux éventuels troubles du post-partum [32].

Le Ministère de la Santé a publié dans le journal officiel en date du 22 avril 2008 une décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie datant du 5 février 2008 qui préconise des séances post-natales individuelles au cabinet de la sage-femme ou à domicile. L'UNCAM s'engage à rembourser deux séances entre le 8ème jour suivant l'accouchement et la consultation postnatale [40].

5. La préparation à la naissance et à la parentalité aujourd'hui

La préparation à la naissance et à la parentalité se définit comme l'ensemble des mesures mises en place par les professionnels de santé pour accompagner les couples à prendre soin d'eux-mêmes et de leur nouveau-né en période anté, per et postnatale.

5.1. Contenus des séances prénatales

Depuis de nombreuses années, le ministère de la santé, par l'intermédiaire de la direction générale de la santé, instaure des enquêtes de périnatalité qui aboutissent à des plans de périnatalité. Le plan de périnatalité le plus récent date de 2005-2007. Afin de permettre la mise en application de ce plan, la Direction Générale de la Santé (DGS) et les associations de sages-femmes ont demandé à la HAS d'élaborer des recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité. La publication de ces recommandations a préconisé aux professionnels de santé une démarche qui vise à préparer les couples à l'accueil de leur enfant, à repérer les situations de vulnérabilité en prévention des troubles de la relation parent-

enfant, à soutenir la parentalité et enfin à favoriser une meilleure coordination entre professionnels [1].

Les objectifs des séances étant de créer des liens sécurisants avec les professionnels de santé. La séance permet d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix ou ses décisions, de renforcer la confiance en soi face à la grossesse, à la naissance et aux soins du nouveau-né. Les séances donnent les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et participent à la promotion de sa santé en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur. Elles assurent un soutien affectif pour la femme, aident à la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent. De plus, la préparation participe à la prévention des troubles de la relation mère-enfant, encourage les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance. La fonction parentale ainsi soutenue, le couple peut tirer un bénéfice en termes d'adaptation affective et physique pour les besoins du nourrisson. La construction du lien parents-enfant et le développement personnel des parents sont ainsi renforcés. Elle renforce l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et d'action du couple. Elle permet la diffusion des informations sur la douleur, le corps et les bouleversements psychologiques [1].

5.2. Organisation générale des séances

1. Nombre de séances

En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum en groupe ou individuelle sont prises en charge par l'assurance maladie. L'entretien individuel ou en couple doit en faire partie et fait l'objet d'une cotation spécifique [25].

2. Format des séances

Les professionnels de la périnatalité (médecin ou sage-femme) sont habilités à mener les séances prénatales. D'autres professionnels peuvent intervenir ponctuellement dans les séances sous la forme de rencontres thématiques pluridisciplinaires (médecins anesthésistes, infirmières anesthésistes, obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, assistantes sociales, psychologues). L'intérêt de faire participer ces spécialistes est d'humaniser les relations avec l'équipe médicale et de mieux répondre aux questions spécifiques des femmes [30]. Ces

séances peuvent être individuelles ou collectives, à l'exception de l'entretien du 1er trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple.

3. Participants

Le nombre de participants est modulé dans le but de favoriser la participation active. Les séances doivent être ouvertes aux futurs pères [1].

4. Durée et fréquence des séances

La durée des séances doit être suffisante pour donner les informations nécessaires, permettre le développement des compétences et mettre en pratique un travail corporel. Cette durée est adaptée au thème abordé ainsi qu'à la technique éducative utilisée. Quant à la fréquence, elle dépend des techniques de travail corporel utilisées tels que les exercices visant à mieux connaitre son corps, être en forme et mieux accepter les changements physiques liés à la grossesse [1].

5. Planification des séances

La première séance appelée entretien prénatal doit avoir lieu dès le 1er trimestre. Il est classique de voir débuter les autres séances au 3ème trimestre et plus particulièrement lors des congés prénataux. Le soutien parental peut se compléter par des séances postnatales (durant et après le séjour en suites de couches) et d'un soutien à domicile.

6. Programme de PNP

Le déroulement de séances peut se développer en trois temps : un temps de partage et d'écoute, un temps de transmission d'informations, un temps réservé au travail corporel

7. Rôle du professionnel durant les séances

Pour conduire des séances en groupe, il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication qui mettent en confiance, permettent l'expression des attentes et des besoins de chacun et aident à l'expression du ressenti [28]. Ces techniques de communication passent d'abord par une clarification au niveau du contenu des séances : en précisant le thème de chaque séance, en reformulant pour s'assurer de la compréhension de ce qui à été énoncé, en faisant des liens avec des situations précises et enfin en résumant ce qui a été dit. L'animateur de la séance doit pouvoir susciter la participation et réfréner l'élan de ceux qui monopolisent le groupe, il doit gérer le temps de parole, faire

focaliser la discussion sur un point précis ou recentrer une conversation. Il doit donc ouvrir tous les horizons de la préparation pour permettre le cheminement de chacun dans sa singularité et l'accompagner dans sa propre préparation Selon les objectifs de la séance, l'animateur pourra utiliser différentes techniques éducatives.

8. <u>Les techniques éducatives utilisées</u>

L'entretien et le photo langage sont utilisés pour l'exploration des besoins et des attentes de chacun. Les exposés interactifs, les tables rondes, les études de cas et les méthodes audiovisuelles servent à l'amélioration des connaissances et de la capacité à résoudre des problèmes. La démonstration et le contrôle individuel de la bonne réalisation du travail corporel permet l'acquisition de savoir-faire. Enfin, l'amélioration des pratiques parentales passent par des jeux de rôles, des tables rondes, des témoignages ou des guidances individuelles [1].

5.3. Les différentes méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité

L'HAS rappelle qu'il existe de nombreuses approches proposées en France, mais aucune n'a été évaluée : yoga, préparation aquatique, chant prénatal, haptonomie, sophrologie [1].

.

1. <u>Le yoga</u>

Le yoga est une pratique ancestrale originaire d'Inde. En Sanscrit, le mot signifie « réunir », « relier » et symbolise l'union du corps et de l'esprit. Cette pratique permet d'accompagner les transformations du corps en intégrant le schéma corporel en plein bouleversement. La pratique du yoga permet de mieux connaitre et maîtriser son corps, d'apprendre à se détendre et à s'écouter. Les exercices sont composés d'étirements adaptés afin de remédier aux souffrances physiques et de prendre conscience des postures qui peuvent être sources de douleurs. Une respiration adaptée accompagne postures et étirements. Les séances de yoga grâce à la détente, à la relaxation et au climat de confiance permettent aux femmes de « lâcher prise » et de libérer leur parole [4].

2. La préparation aquatique

Cette méthode a été initiée en 1974 par une sage-femme, Ethel Ebersold-Estable qui ayant souffert durant ses grossesses de lombalgies soulagées par la natation, créa en 1977 l'association nationale natation et maternité. Elle permet l'acceptation du nouveau schéma corporel. Dans ce lieu démédicalisé (la piscine), la sage-femme est une femme comme les autres et retrouve un rôle de matrona antique.

En début de séance, chaque femme est accueillie, ce qui permet un instant de tête-à-tête pour écouter ce qui la préoccupe et répondre aux questions personnelles. Les séances permettent de libérer le désir naturel de régression pendant la grossesse. En piscine, il y a une mise en confort articulaire, musculaire, ligamentaire et diaphragmatique ainsi qu'un soulagement des stases veineuses et lymphatiques. Ce portage dans une eau tempérée facilite la régression et l'identification à l'enfant baignant dans le liquide amniotique. Le travail de la respiration est plus facile à visualiser dans l'eau. La relaxation liée à la flottabilité permet de rentrer en communication très étroite avec l'enfant. La présence du compagnon favorise l'avènement du trio et son regard vient érotiser à nouveau la relation dans cette période de la vie de couple parfois difficile. Enfin la séance se termine par des exercices ludiques facilitant les échanges [4].

3. Le chant prénatal

Basé sur la psychophonie et introduite par la cantatrice Marie-Louise Aucher dans les années cinquante, le chant prénatal s'appuie sur les correspondances vibratoires entre les sons et le corps humain. Cette préparation permet d'effectuer un travail sur le souffle et les résonances du son modulés par la voix. La préparation établit par ce canal sensoriel, une communication entre la mère et l'enfant, qui pourra perdurer après la naissance grâce aux berceuses. Le chant aide au bien être pendant la grossesse et accompagne l'enfant au moment de l'accouchement [4].

4. L'haptonomie

L'haptonomie, crée par Frans Veldman, médecin hollandais, vient du grec haptein : le toucher et nomos : la loi. Ce qui signifie donc la loi du toucher ou la science du toucher affectif, une science humaine phénoménologique et empirique.

Le principe de l'haptonomie est qu'il y a un contact psycho-tactile, affectivo-confirmant qui va entrainer des variations subtiles de la motricité du fœtus qui répond lui-même aux variations du tonus du giron maternel. C'est un ressenti inconscient qui déclenche

une gestuelle particulière en rendant à la conscience le sens profond de signes non verbaux émis dans une relation [19]. C'est une méthode de préparation à l'accouchement qui intègre le père au processus de conscientisation de l'enfantement. En posant ses mains sur le ventre de sa femme, il peut apprendre à entrer en contact avec le futur bébé, l'inviter et communiquer avec lui. Le père a un rôle capital, il influence sur le déroulement de la grossesse et permet de ne pas développer une relation trop étroite entre la mère et l'enfant [41]. Par une installation qui favorise le bien-être, la mère entre en contact avec son enfant. Elle modifie les tensions à l'intérieur de son giron grâce à des modifications hormonales et neuronales. C'est ce qu'on appelle la phénoménalité de la rencontre qui transforme leur couple en triade. Pour la mère, l'essentiel est de s'ouvrir à ses sensations et prendre confiance en ses capacités à aider le bébé à naitre et non pas à l'extirper de son ventre de façon passive [19]. Puis de la même façon qu'ils l'ont ressenti durant la grossesse, les parents portent l'enfant par la base pour le sécuriser et l'ouvrir au monde extérieur. Il fut mis en évidence que la présence d'un tiers au moment de l'accouchement peu influencer sur le ressenti de la douleur. Ainsi, les pères peuvent participer de façon active et accompagner en douceur la mère à être dans sa présence. L'haptonomie est donc une manière d'être et d'évoluer dans la vie, de se placer par rapport à l'autre et d'entrer en relation avec lui, depuis l'intérieur de soi.

5. La sophrologie

Elaborée en 1960 par Caycedo A., neuropsychiatre colombien, cette méthode consiste en un travail de prise de conscience du corps et vise à renforcer une attitude positive. La sophronisation entraine la modification du niveau de conscience vers le niveau sophroliminal qui est un niveau intermédiaire entre la veille et le sommeil. Trois principes de bases sont retrouvés : l'activation du positif en faisant appel aux pensées positives, le vécu direct du schéma corporel c'est-à-dire l'image que le sujet perçoit de son corps et l'alliance sophronique qui correspond à la relation entre le sophrologue et le sujet. Cette relaxation dynamique permet de faire le lien entre les sensations, la perception et la motricité. Il s'agit d'être attentif au ressenti afin d'accompagner la contraction au lieu de la subir [4]. Pendant la première moitié de la grossesse, la sophrologie conduit la femme enceinte à découvrir et écouter son corps et l'aide à s'adapter aux modifications de son schéma corporel et aux manifestations neurovégétatives des premiers mois. Elle permet également d'élargir sa conscience d'être et de travailler sur l'ambivalence et l'angoisse [25]. Par ailleurs, pendant la seconde moitié de la grossesse, la préparation touche plus spécialement le vécu de la fin de grossesse, l'accouchement et l'après-naissance notamment, le retour à la maison.

MATERIEL ET METHODE

1. Les objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette étude est de savoir si les séances de préparation à la naissance et à la parentalité abordent suffisamment la parentalité.

L'objectif secondaire est d'analyser les pratiques professionnelles en matière d'accompagnement à la parentalité durant les séances de PNP.

2. Le type d'étude

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude descriptive transversale, à visée étiologique.

3. La méthode de sélection

3.1.Population ciblée

Pour mener nos recherches, nous nous sommes intéressées à des sages-femmes exerçant en Auvergne et pratiquant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

3.2.Critères d'inclusion et d'exclusion

Pouvaient être inclues toute sage-femme d'Auvergne exerçant en milieu hospitalier, en clinique privée, auprès de la protection maternelle et infantile, en secteur libéral ou en centre périnatal de proximité et acceptant de participer à l'étude.

Nous avons exclu de l'étude les sages-femmes n'effectuant pas de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Mais également celles refusant de participer à l'étude, celles en congés maternité ou maladie durant la période de distribution du questionnaire.

4. Les critères de jugement

Le critère de jugement principal est le pourcentage de sages-femmes abordant systématiquement la parentalité durant les séances de PNP, ainsi que la quantification subjective de la façon dont elles considèrent aborder ce thème durant ces séances.
Les autres critères de jugement sont :

- Les thèmes concernant la parentalité abordés durant les séances
- Le sentiment subjectif des sages-femmes sur le fait d'aborder de manière suffisante ou non de tout ce qui concerne la parentalité

Les critères de jugement secondaires sont :

- Le nombre de séances
- La durée des séances
- L'information donnée sur la parentalité
- Le nombre de personnes par séance
- La participation du conjoint
- L'installation des patientes et des professionnels
- Le temps d'expression des parents
- L'utilisation de ce temps de paroles pour construire la séance
- Quelle personne aborde en premier la parentalité ?
- Sous quelle forme est-elle abordée ?
- L'utilisation de brochure sur la parentalité
- L'aménagement de séances de soutien à la parentalité
- Le point sur les questions de parentalité
- Les difficultés rencontrées par les professionnels à propos de la parentalité

5. La méthode d'intervention

Dans un premier temps nous avons recensé les items permettant de répondre aux objectifs de la recherche. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur l'annexe 3 des recommandations professionnelles de la HAS à propos de la préparation à la naissance et à la parentalité. Cette annexe présentait par compétence les objectifs spécifiques ainsi que le

contenu de ces séances [annexe III]. Nous avons donc fait une synthèse de ces recommandations en axant sur le thème du mémoire, à savoir la parentalité. A partir de ce travail, nous avons mis en évidence 7 items de la parentalité : le vécu de la grossesse, les répercussions liées à l'arrivée d'un enfant sur la vie de couple et la fonction parentale, les répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant, les modifications physiques de la grossesse, la sexualité, le passage du couple conjugal au couple parental et les contacts avec des services sociaux de proximité et des associations d'aides et d'accompagnements.

A partir de ces items, nous avons construit un pré-test sous forme d'entretien semi-directif (sorte de questionnaire à base de questions ouvertes). Ce pré-test a été transmis auprès de 4 sages-femmes du CHU Estaing et avait pour but de cibler des questions pertinentes par rapport à notre problématique mais également des modalités de réponses en vue d'élaborer le questionnaire final.

Par la suite, nous sommes entrées en contact avec les professionnels satisfaisant aux critères d'inclusion. Ainsi, nous avons contacté par téléphone les sages-femmes libérales, celles de PMI, celles travaillant dans les centres périnataux de proximité et celles qui sont cadres dans des établissements d'Auvergne. Après avoir obtenu leur consentement oral, nous leur avons envoyé un courrier. Ce dernier comprenait le questionnaire plus une lettre de présentation qui apportait des informations sur l'objet et le but de la recherche et une enveloppe timbrée pour le retour [annexes I et II].

Quant aux sages-femmes exerçant en milieu hospitalier (CHU d'Estaing, centres hospitaliers d'Aurillac, d'Issoire, de Montluçon, de Moulins, de Saint-Flour et de Vichy), nous avons remis les questionnaires à leurs cadres qui ont, à leur tour, fait la distribution.

La distribution des questionnaires s'est déroulée du 5 Décembre 2011 au 20 janvier 2012. Le retour s'est effectué par voie postale, pour les professionnels non-hospitaliers et par récupération en mains propres auprès des cadres sages-femmes pour les professionnels hospitaliers.

6. La méthode d'observation

Le questionnaire se présentait sous forme de 4 feuilles recto-verso format A4, dont la première feuille était une lettre explicative de notre étude [annexe I]. Le questionnaire était composé de 31 questions, dont 17 fermées avec une ou plusieurs réponses possibles, 4 semi-

ouvertes et 2 questions ouvertes. Lorsqu'il s'agissait de questions fermées, il suffisait de cocher la ou les case(s) correspondante(s).

Le questionnaire se présentait en deux parties :

Une première partie qui concernait l'identification sociologique des sages-femmes participantes (âge, département, lieu d'exercice, part de la PNP par rapport au volume de l'activité totale, type de PNP, formation sur l'accompagnement à la parentalité).

Et une deuxième partie qui abordait quant à elle, la pratique professionnelle en matière d'accompagnement à la parentalité durant les séances de PNP. Elle se divisait en deux sous-parties : l'organisation des séances (informations sur le soutien à la parentalité durant les séances de PNP, nombre de séances, temps de chaque séance, formats…) et leurs contenus (thèmes abordés…) [annexe II].

7. L'analyse statistique

Les résultats issus de ces questionnaires ont été saisis à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007 et ont été analysés avec le logiciel statistique R Project 2.12.0.

Les indicateurs « nombre de séance », « temps par séance » et « nombre de personnes par séances » étaient des variables quantitatives. Cependant elles représentaient un faible nombre de valeurs différentes. Il a donc fallu procéder à des regroupements et nous les avons traitées comme des variables qualitatives.

Par ailleurs, les recommandations de la HAS conseillent aux professionnels d'organiser 8 séances prénatales d'une durée qui doit être suffisante pour donner des informations et permettre le développement des compétences au sein d'un groupe dont la taille doit favoriser la participation active des participants. Ainsi l'indicateur « nombre de séances » a été traité comme une variable qualitative en fixant le nombre de séances supérieur ou égal à 8. L'indicateur « temps par séance » a été traité comme une variable qualitative en fixant le temps des séances supérieur à 90 minutes. Enfin, l'indicateur « nombre de personnes par séance » a été traité comme une variable qualitative et a été fixé arbitrairement inférieur ou égal à 5 participants.

Un test de Chi2 de Pearson a été effectué pour tester le lien entre deux variables qualitatives. Il a été préalablement vérifié que les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étaient tous supérieurs à 5 pour garantir la validité du test. Nous l'avons utilisé pour démontrer un lien entre la variable qualitative « aborde systématiquement la parentalité » et

les variables qualitatives suivantes : « nombre de séances ≥ 8 », « durée de la séance > 90 minutes », « séance individuelle », « participants ≤ 5 », « présence du conjoint », « formation parentalité », « information sur les séances à propos de la parentalité », « point effectué sur les questions de la parentalité ».

Pour tester le lien entre une variable qualitative et une variable quantitative, un test T de Student a été réalisé quand les effectifs étaient supérieurs à 10.

Nous avons également utilisé ce test pour démontrer un lien entre la variable qualitative « aborde systématiquement la parentalité » et la variable quantitative « âge des sages-femmes ».

Enfin, pour l'ensemble des tests, le risque de première espèce a été fixé à 5%. Ainsi, si « p » < 0.05, nous pouvions rejeter l'hypothèse d'indépendance, les deux populations avaient donc une différence significative. Au contraire, si « p » > 0.05, cette influence n'était pas significative, les deux populations étaient identiques.

RESULTATS ET ANALYSE

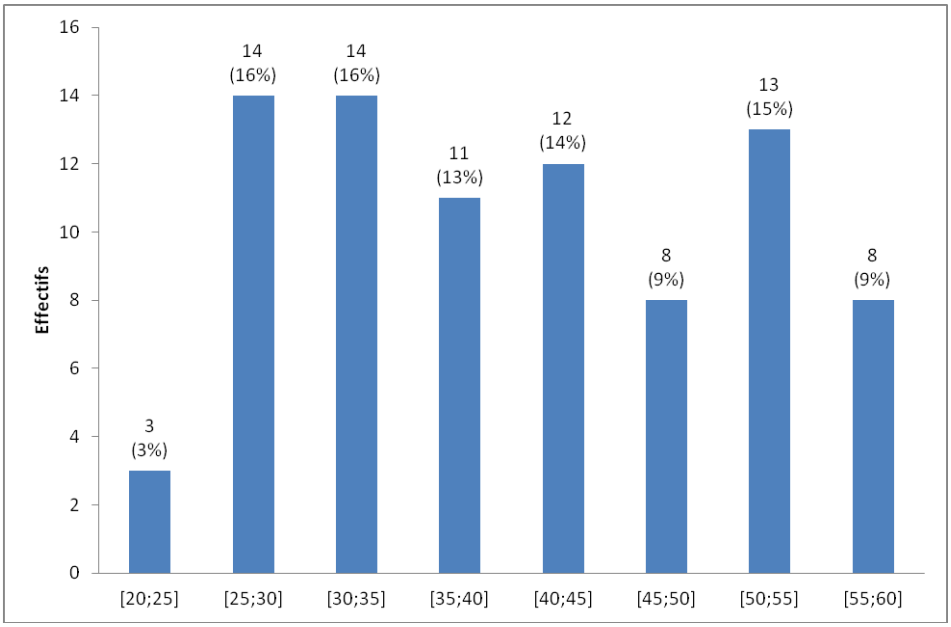
1. Identification sociologique de la population enquêtée

1.1.Moyenne d'âge des participants

La moyenne d'âge des sages-femmes était de 40 ans +/- 10.42 ans, allant de 24 ans pour la plus jeune à 59 ans pour la plus âgée.

Le test t de Student pour démontrer un lien entre l'âge des sages-femmes et le fait d'aborder la parentalité a donné un p=0.07015.

Figure 1 : Répartition de l'âge des sages-femmes (n=83)



1.2.Lieu d'exercice

Les taux de réponses étaient de :

- 50% pour la clinique de la Chataigneraie à Beaumont,
- 54% pour les maternités publiques (CHU Estaing à Clermont-Ferrand, Thiers, Le Puy-en-Velay, Moulins, Aurillac, Saint-Flour, Vichy, Montluçon, Issoire),
- 50% pour les centres périnatals de proximité (Riom, Ambert, Mauriac, Brioude),

— 42% pour les conseils généraux ou service de la PMI (Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cantal, Allier),
— 63% pour les cabinets des sages-femmes libérales (Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cantal, Allier).

1.3.Taux de participation

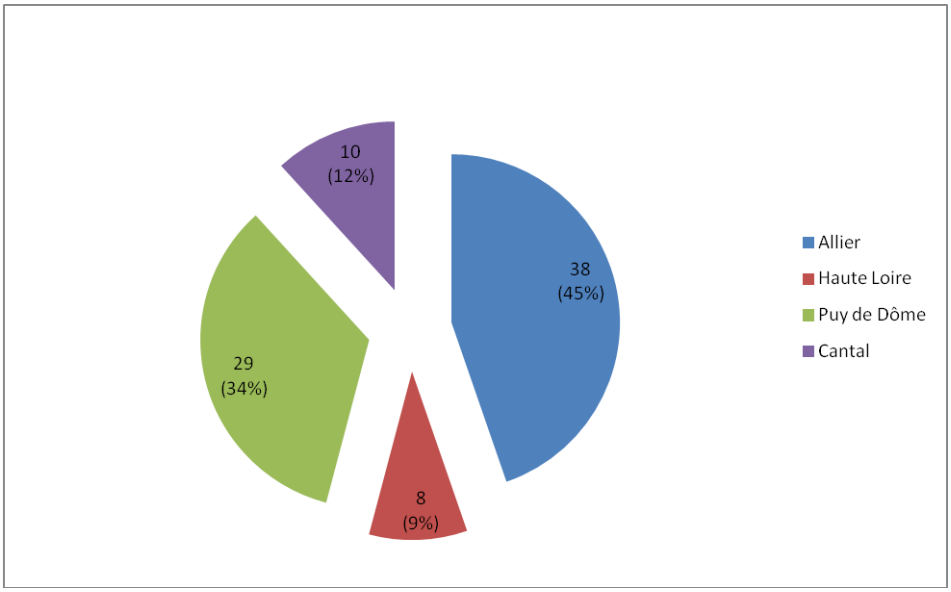
163 questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude. Le taux de réponse était de 52.14% soit 85 questionnaires récupérés. Notre population est de 85 sages-femmes.

1. Par département

Si l'on s'intéresse au taux de réponse dans chaque département. Il était de 76% dans le Cantal, 64% dans l'Allier, 22% en Haute Loire et 51% dans le Puy de Dôme.

Au total, 45% de réponses venaient de l'Allier et 34% venaient du Puy de Dôme.

Figure 2 : Répartition des sages-femmes en fonction du département d'exercice (n=85)

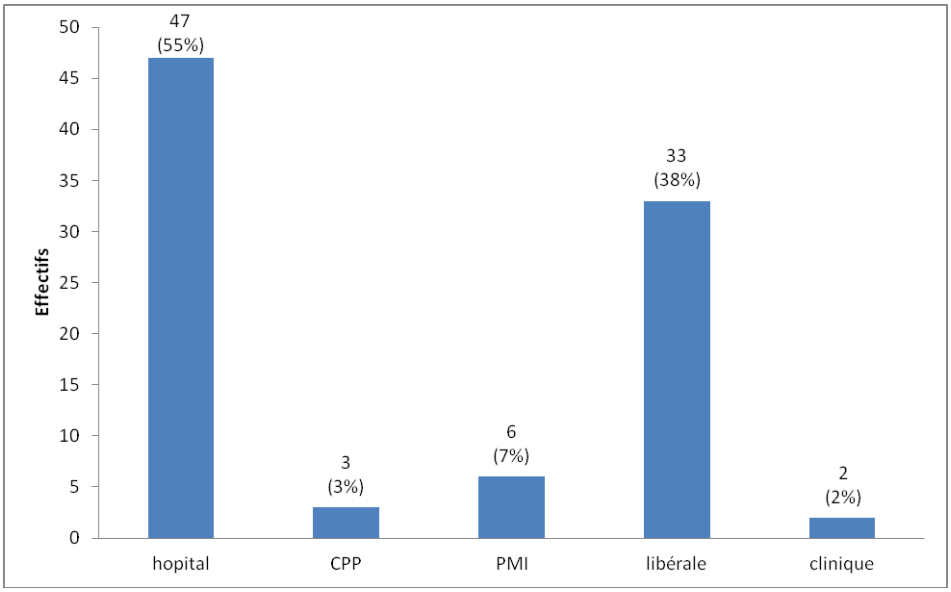


2. Par lieu d'exercice

Sur 85 sages-femmes interrogées, 55% exerçaient en secteur hospitalier public, 38% en secteur libéral, 7% en secteur de PMI, 3% en secteur de CPP et 2% en secteur clinique privée.

Par ailleurs, 6 sages-femmes avaient deux modes d'exercices. L'une d'elles travaillait en même temps à l'hôpital et en CPP. Une autre exerçait en libéral et en clinique. Et enfin les 4 restantes cumulaient un mode d'exercice hospitalier et libéral.

Figure 3 : Lieu d'exercice des sages-femmes



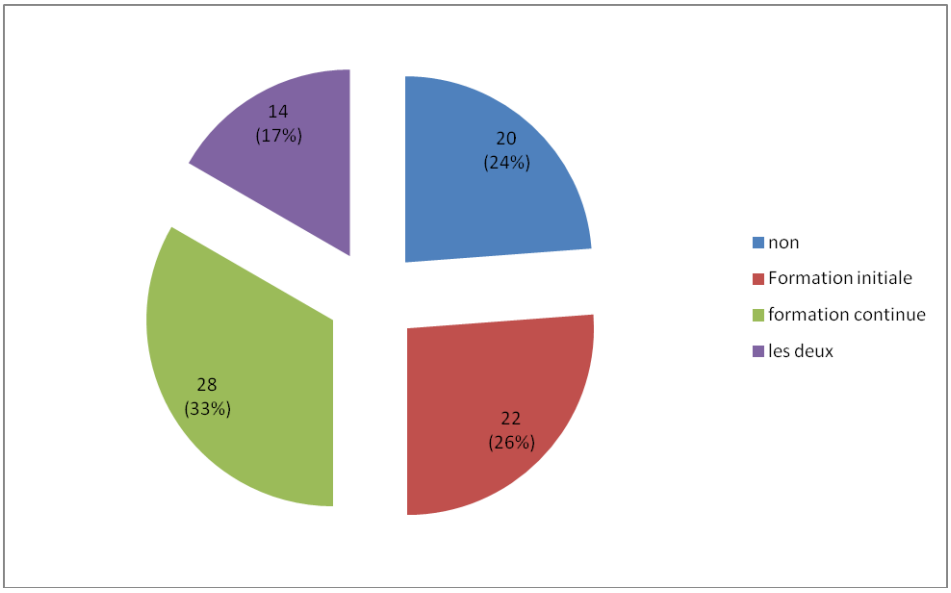
1.4.Formation à la parentalité

76% des sages femmes avaient déclaré avoir reçu une formation sur la parentalité dont 43% en formation initiale.

Dans le secteur hospitalier, 36% des sages-femmes avaient eu une formation initiale sur la parentalité. Dans le secteur libéral, 46% des sages-femmes avaient eu une formation continue. En PMI, 50% des sages-femmes avaient eu une formation continue. En CPP, 66% des sages-femmes n'avaient pas eu de formation. En clinique les sages-femmes se répartissaient de façon égale entre une formation initiale et une formation continue.

Le test de chi 2 a calculé p=0.3149 entre les variables formation à la parentalité et le fait d'aborder la parentalité.

Figure 4 : Formation à la parentalité (n=84)

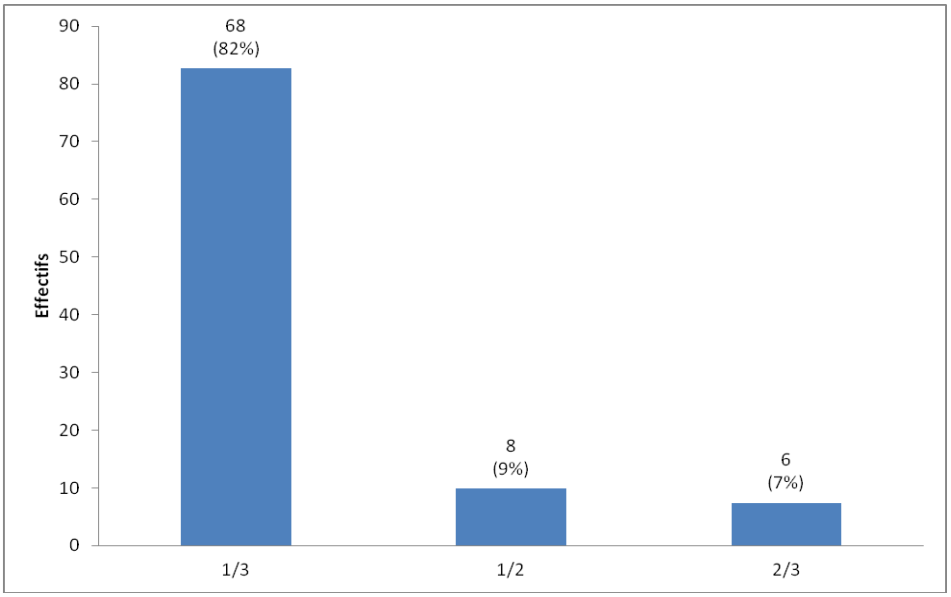


1.5. Temps consacré aux séances de PNP

Durant l'exercice de la profession, le temps consacré aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité était de 1/3 pour 82% des sages-femmes.

Pour les sages-femmes exerçant en libéral, le temps consacré aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité était de 1/3 pour 70% d'entre-elles. Pour les sages-femmes hospitalières, ce temps était de 1/3 pour 95% d'entre-elles. Quant aux sages-femmes exerçant en CPP, le temps consacré était de 1/3 pour 100% d'entre-elles. Et enfin pour les sages-femmes exerçant en clinique, celui-ci était réparti de façon égalitaire entre 1/3 et 1/2.

Figure 5 : Temps consacré à la PNP durant l'exercice de la profession (n=82)



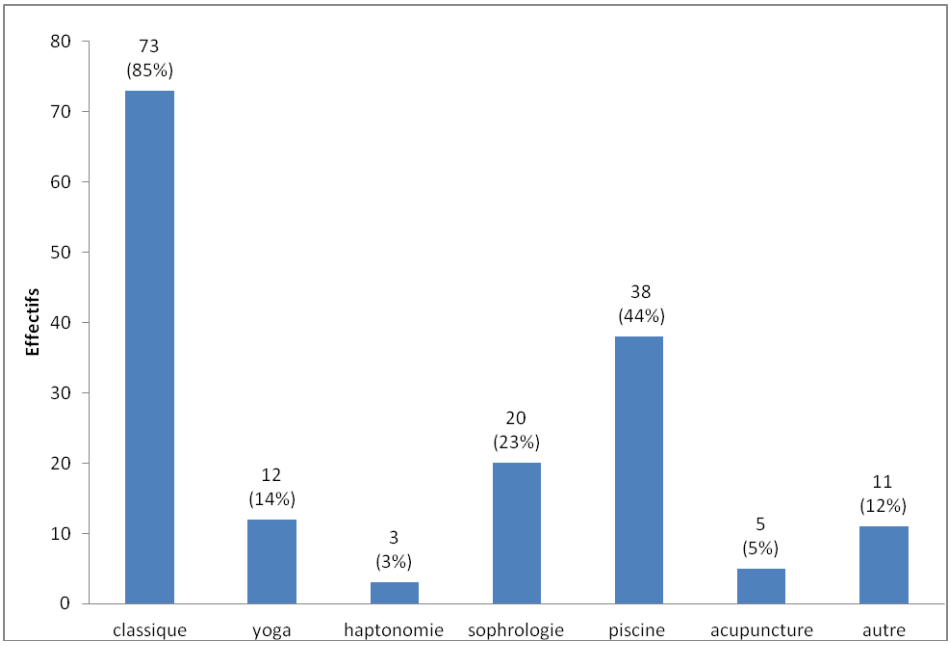
1.6. Type de PNP pratiquée

Les sages-femmes effectuaient majoritairement la préparation classique (85%), suivi de la préparation en piscine (44%). Dans l'item « autres types de préparation à la naissance et à la parentalité » étaient cités l'eutonie et la méthode De Gasquet.

47% de sages-femmes effectuaient 2 types de préparation, 11% en effectuaient 3, 4% en faisaient 4 et enfin, 1% avait 5 types de préparation à la naissance.

Dans le secteur hospitalier, 52% des sages-femmes pratiquaient la préparation classique, 33% pratiquaient la préparation en piscine. En libéral, 36% des sages-femmes effectuaient la préparation classique et 18% la préparation sophrologique. En CPP, les sages-femmes se répartissaient de façon égalitaire entre la préparation classique et la préparation sophrologique. En clinique, celles-ci se répartissaient de façon égalitaire entre la préparation classique, la préparation sophrologique et le yoga.

Figure 6 : Type de PNP exercées par les sages-femmes (n=85)



2. Pratiques professionnelles en matière de parentalité

2.1.La parentalité durant les séances de préparation à la naissance

57% des sages-femmes n'abordaient pas systèmatiquement la parentalité durant les séances de préparation à la naissance.

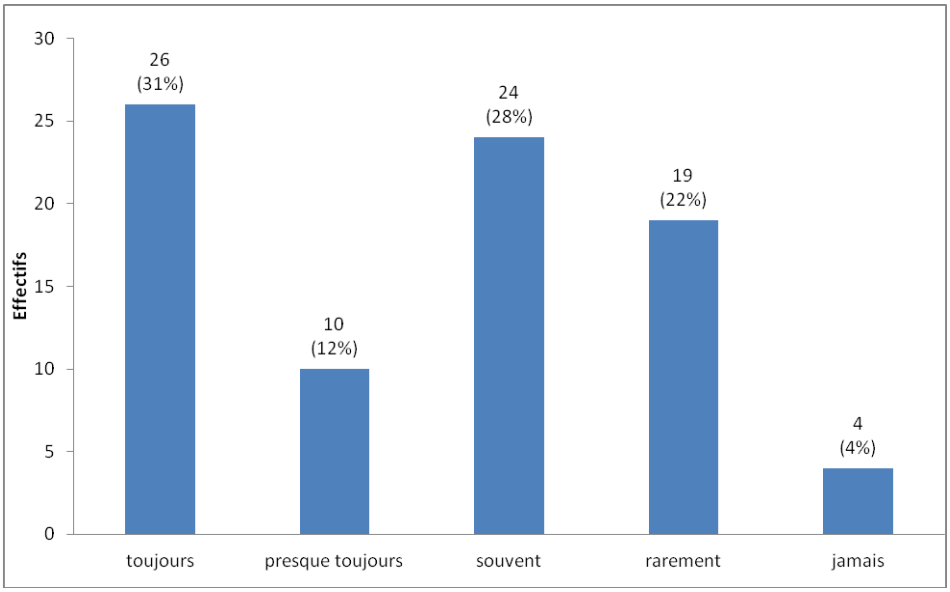
Parmi la population totale, 71% des sages-femmes déclaraient aborder « toujours » à « souvent » la parentalité durant les séances de préparation à la naissance. Tandis que 26% l'abordaient « rarement » à « jamais ».

Dans le secteur hospitalier, 70% des sages-femmes n'abordaient pas la parentalité. En clinique, 100% des sages-femmes n'abordaient pas la parentalité.

Dans les CPP, 66% des sages-femmes abordaient la parentalité. Dans les PMI, 60% des sages-femmes abordaient la parentalité. En libéral, 63% des sages-femmes abordaient la parentalité.

Plus précisément, dans le secteur hospitalier, 34% des sages-femmes abordaient rarement la parentalité. Dans le secteur libéral, 48% des sages-femmes parlaient toujours de la parentalité. En clinique, 100% des sages-femmes abordaient souvent la parentalité. En CPP, celles-ci se répartissaient de façon égalitaire entre le fait d'aborder la parentalité « toujours », « presque toujours », et « souvent ».

<u>Figure 7 :</u> La parentalité est abordée par les sages-femmes (n=83)

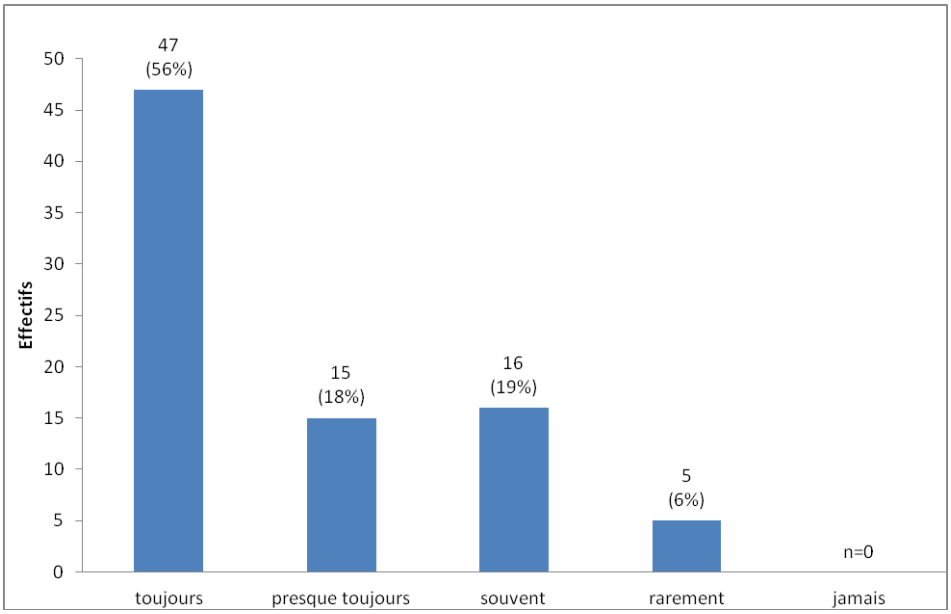


2.2.Les différents thèmes de la parentalité abordés durant les séances

1. Le vécu de la grossesse

La majorité des sages-femmes (56%) déclaraient toujours aborder le vécu de la grossesse durant leurs cours de PNP.

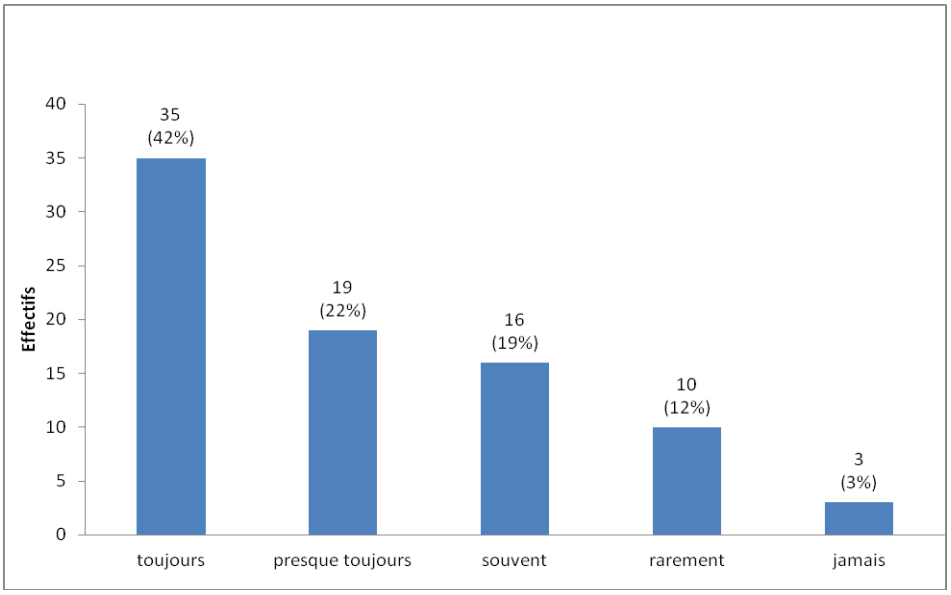
Figure 8 : Le vécu de la grossesse est abordé durant les séances de PNP (n=83)



2. Les répercussions liées à l'arrivée d'un enfant sur la vie de couple et la fonction parentale

Seuls 3% des sages-femmes intérrogées n'abordaient jamais le sujet des répercussions liées à l'arrivée d'un enfant sur la vie de couple.

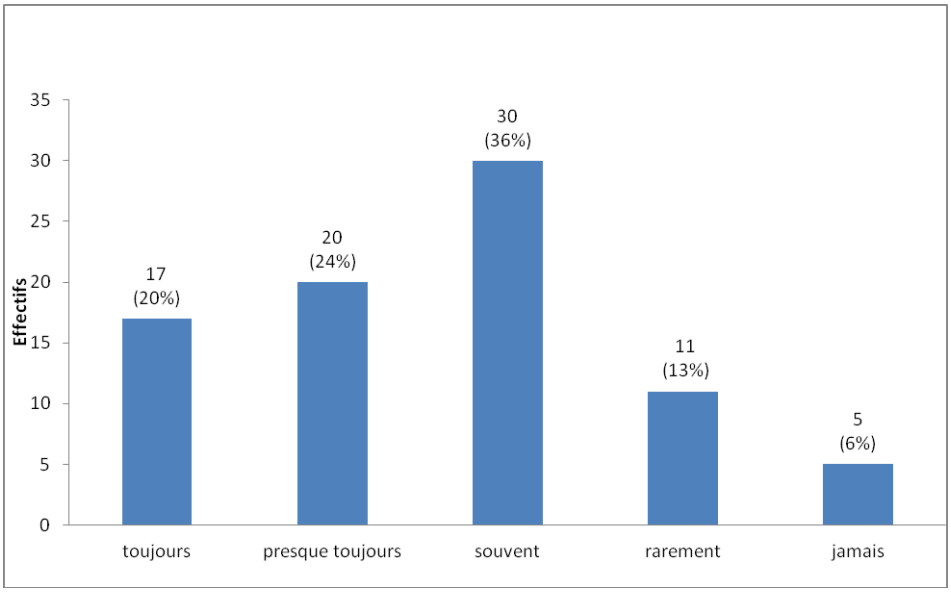
Figure 9 : Les répercussions liées à l'arrivée d'un enfant sur la vie de couple et la fonction parentale sont abordées durant les séances de PNP (n=83)



3. Les répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant

Les répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant étaient abordées par 93% des sages-femmes.

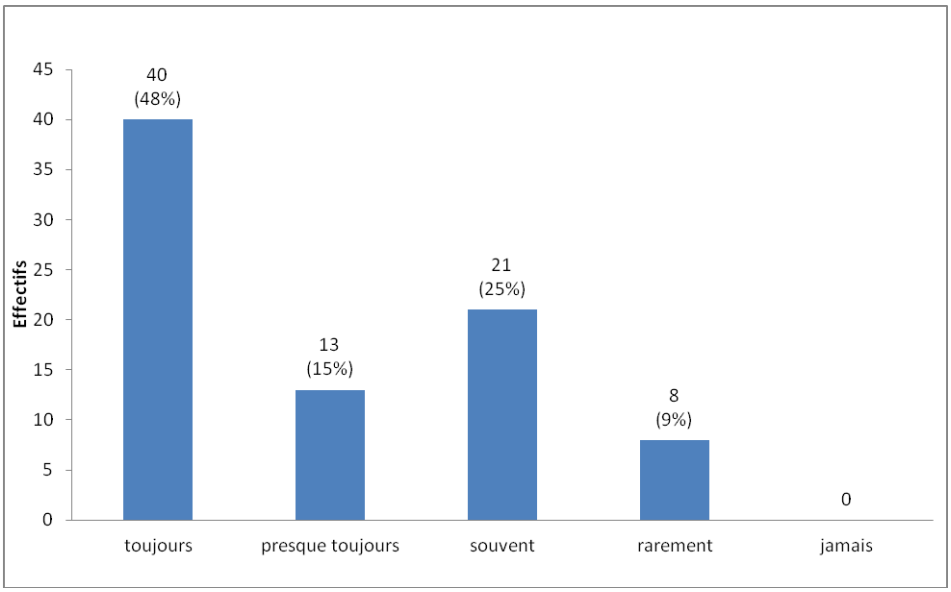
Figure 10 : Les répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant sont abordées durant les séances de PNP (n=83)



4. Les modifications physiques

Le thème des modifications physiques liées à la grossesse était abordé par l'ensemble des sages-femmes interrogées. Cependant, seules 48% d'entre-elles l'abordaient de manière systématique.

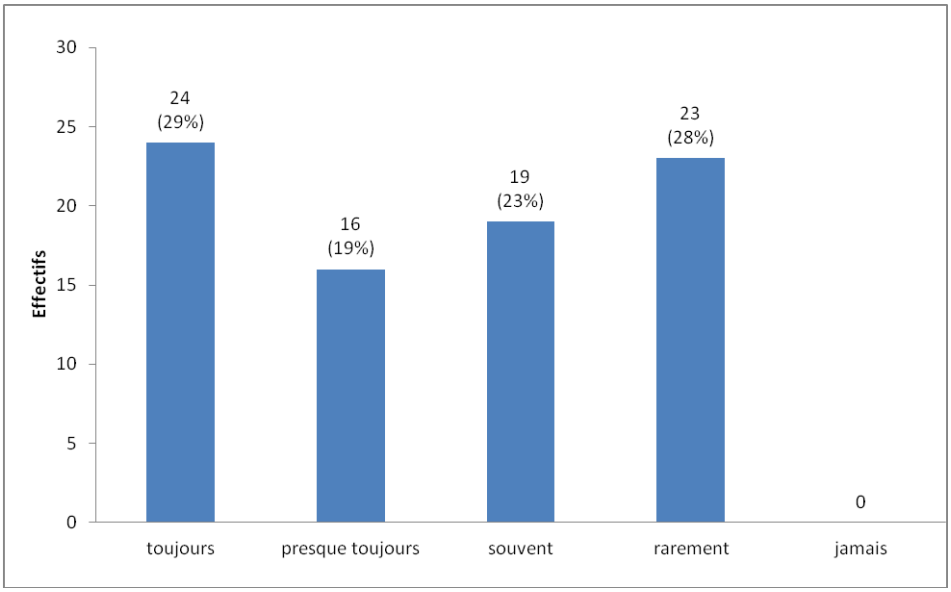
Figure 11 : Les modifications physiques sont abordées durant les séances de PNP (n=82)



5. La sexualité

La sexualité étaient abordée par toutes les sages-femmes interrogées mais cela de manière assez hétérogène en fréquence.

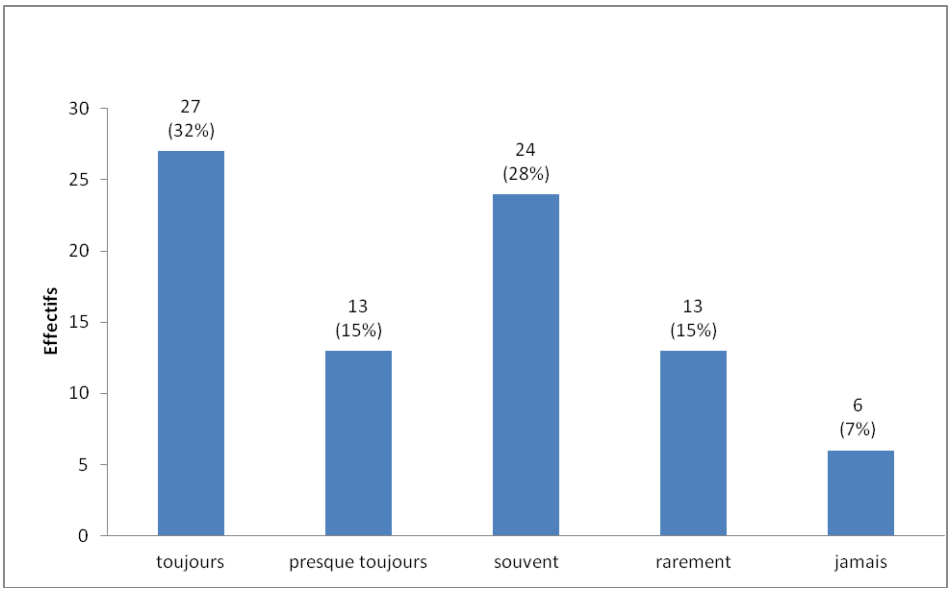
Figure 12 :La sexualité est abordée durant les séances de PNP (n=82)



6. Le passage du couple conjugal au couple parental

Le passage du couple conjugal au couple parental était globalement abordé par 75% des sages-femmes. Seules 7% d'entre-elles déclaraient ne jamais parler de ce thème avec les futurs parents.

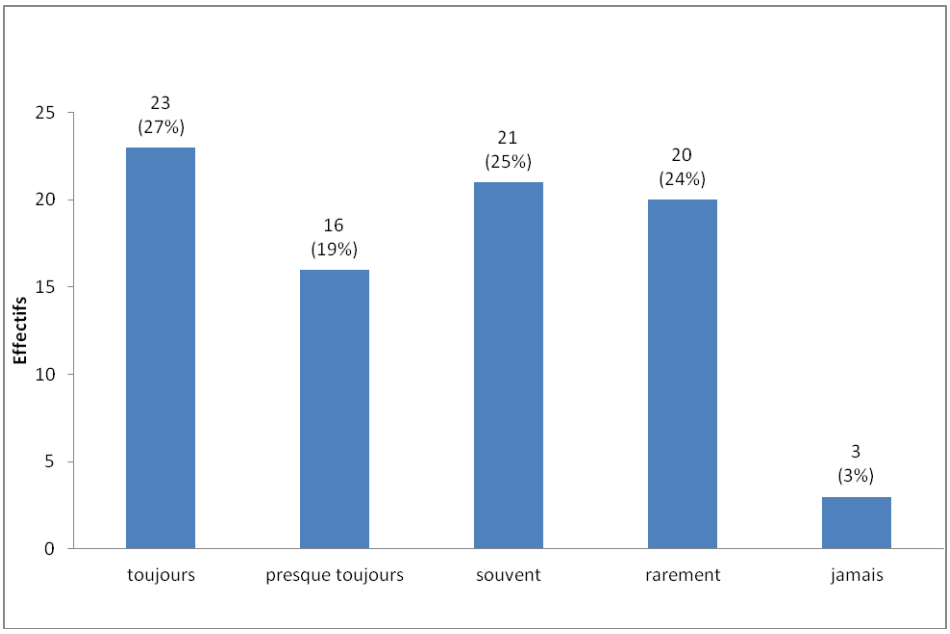
Figure 13 :Le passage du couple conjugal au couple parental est abordé durant les séances de PNP (n=83)



7. **<u>Les contacts des services sociaux et des associations d'aides</u>**

Les contacts avec les services sociaux et les associations d'aides étaient abordés par 95% des sages-femmes.

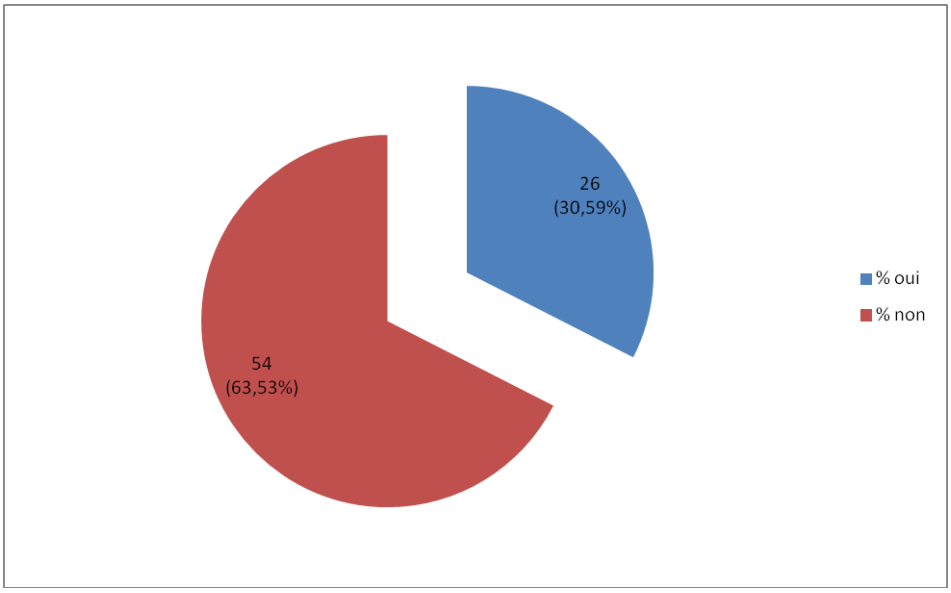
<u>Figure 14 :</u> Les contacts des services sociaux et des associations d'aides sont abordés durant les séances de PNP (n=83)



2.3.Place de la parentalité dans les séances de PNP

63% des sages-femmes pensaient ne pas aborder suffisamment la parentalité durant les séances de PNP.

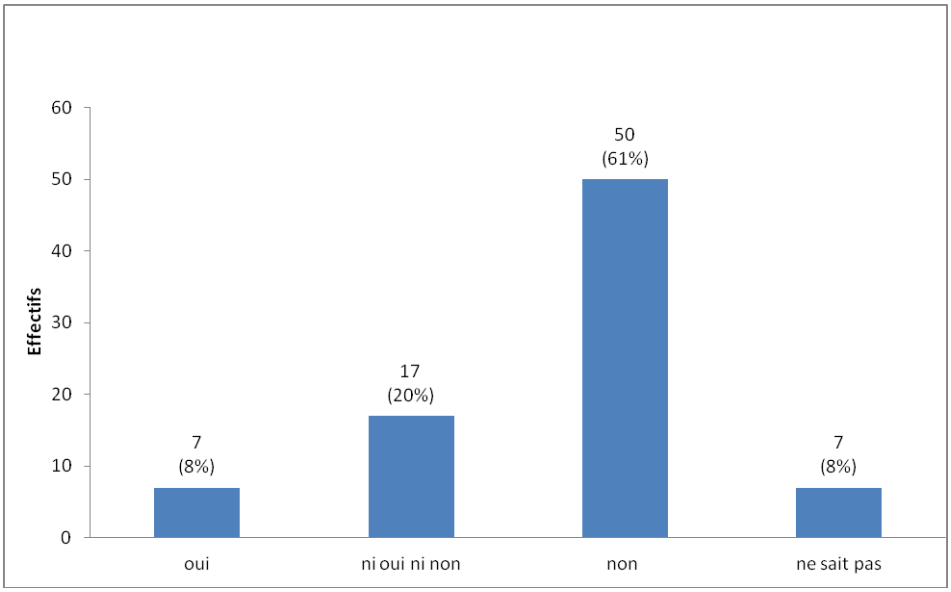
<u>Figure 15 :</u> Les sages-femmes pensent-elles aborder suffisamment la parentalité ? (n=80)



2.4. Information des couples sur l'existence de soutien à la parentalité

61% des sages-femmes considéraient que les couples étaient insuffisamment informés de l'existence du soutien à la parentalité. Et seules 54% de la population totale déclaraient informer les couples sur l'intérêt des séances de PNP à propos de la parentalité. Le test de chi 2 pour démontrer un lien entre le fait d'informer les couples préalablement et d'aborder la parentalité a calculé un p=0.0007886.

Figure 16 : Les couples sont-ils suffisamment infomés sur l'existence de soutien à la parentalité ? (n=81)



2.5. Organisation des séances

Tableau I : Organisation des séances

	Nombre séances		Durée séance		Séances individuelles		Nombre de participants		Présence du conjoint	
	≥8	<8	>90 min	<90 min	oui	non	≤5	>5	oui	non
Parentalité abordée	***70%*** *(n=19)*	*30% (n=17)*	***60%*** *(n=17)*	*34% (n=19)*	***63%*** *(n=23)*	*27% (n=13)*	***55%*** *(n=25)*	*24% (n=8)*	***71%*** *(n=25)*	*28% (n=10)*
Parentalité non abordée	*29% (n=8)*	***69%*** *(n=39)*	*39% (n=11)*	***65%*** *(n=36)*	*36% (n=13)*	***72%*** *(n=35)*	*44% (n=20)*	***75%*** *(n=25)*	***66%*** *(n=32)*	*33% (n=16)*
P-value	**0.001329**		**0.04062**		**0.001630**		**0.01129**		**0.934**	

Le nombre de séances quand la parentalité est abordée est en moyenne de 7.19 +/- 1.06, lorsque la parentalité n'est pas abordée celui-ci est de 6.57 +/- 1.41. 70% des sages-femmes qui avaient un nombre de séances supérieur ou égal à 8 abordaient la parentalité. Dans le secteur hospitalier, 44% des sages-femmes organisaient 6 séances de préparation à la naissance. En libéral, 64% en organisaient 8. En CPP, les sages-femmes avaient de façon égalitaire 4, 6 ou 8 séances. En clinique, les sages-femmes avaient de façon égalitaire 8 ou 13 séances. En PMI, 40% des sages femmes organisaient 5 séances de préparation à la naissance.

Parmi les sages-femmes qui avaient des séances d'une durée supérieure à 90 minutes, 60% abordaient la parentalité. Dans le secteur hospitalier, 46% organisaient des séances d'une durée de 90 minutes. En libéral, 32% des sages-femmes établissaient des séances d'une durée de 90 minutes. En clinique, les sages-femmes avaient de façon égalitaire des séances soit de 90 minutes soit de 105 minutes. En CPP, les sages-femmes avaient de façon égalitaire des séances soit de 60 minutes soit de 105 minutes ou 135 minutes. En PMI, 100% des sages-femmes organisaient des séances d'une durée de 120 minutes.

63% des sages-femmes abordaient la parentalité lorsque les séances étaient individuelles. Dans le secteur hospitalier, 88% des sages-femmes organisaient des séances collectives. En libéral, 52% des sages-femmes avaient des séances individuelles. En clinique 100% des sages-femmes établissaient des séances collectives. En CPP, 60% des sages-femmes organisaient des séances collectives. En PMI, 55% des sages-femmes avaient des séances collectives.

Globalement, le nombre de personnes durant les séances de préparation à la naissance s'étalait de 2 à 12. 55% des sages-femmes abordaient la parentalité lorsque le nombre de personnes présentes durant les séances était inférieur ou égal à 5. Dans le secteur hospitalier, 39% des sages-femmes organisaient des séances avec 6 participants. En libéral, 67% des sages-femmes établissaient des séances avec 3 participants. En clinique, 100% des sages-femmes avaient des séances avec 3 participants. En PMI, 75% des sages-femmes organisaient des séances avec 3 participants. En CPP, les sages-femmes organisaient des séances avec 3, 5 ou 6 participants.

71% des sages-femmes abordaient la parentalité quand elles invitaient les conjoints à assister aux séances. Tandis que 66% abordaient la parentalité alors qu'elles n'invitaient pas les conjoints à assister à toutes les séances. Dans le secteur hospitalier, 70% des sages-femmes invitaient toujours le conjoint aux séances de préparation. En libéral, 65% des sages-femmes invitaient toujours le conjoint aux séances de préparation. En clinique, la répartition

était égalitaire entre les sages-femmes invitant les conjoints « toujours » ou « parfois » aux séances. En PMI, 80% des sages-femmes invitaient toujours le conjoint aux séances de préparation. En CPP, la répartition était égalitaire entre les sages-femmes invitant les conjoints « toujours », « parfois » ou « jamais » aux séances.

2.6.Préparation de la séance

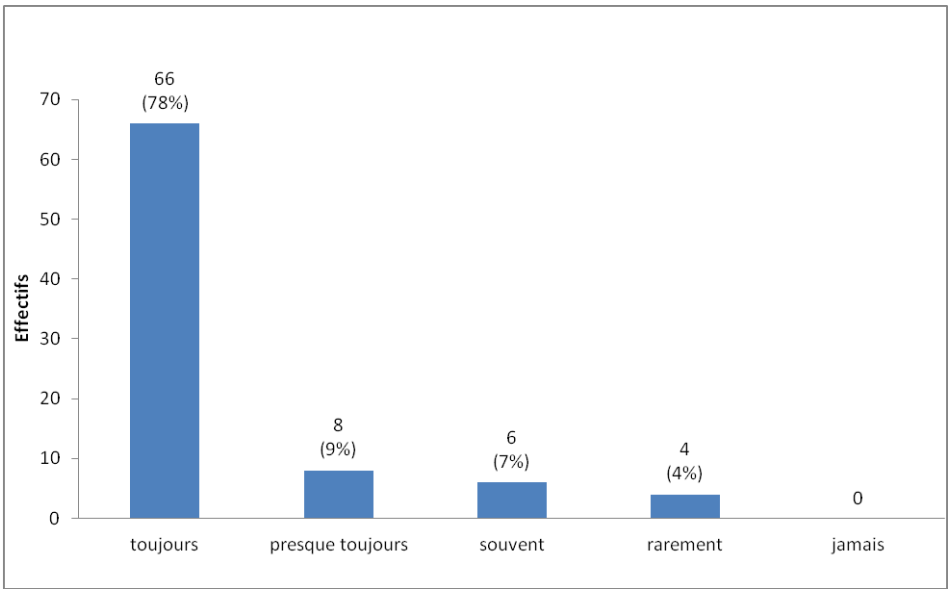
Durant les séances de PNP, 55% des sages-femmes installaient les couples en cercle pour faciliter la mise en confiance et le dialogue. 49% les installaient sur des tapis enfin, 39% les faisaient s'assoir sur des chaises.

Les professionnelles utilisaient également des ballons, matelas, coussins d'allaitement, corpomed, galettes. Certaines avaient des fauteuils et des canapés. Certaines avaient évoquées le fait de s'installer comme les patientes, face à elles et à leur niveau. L'idée d'une présence proche des couples sans élément interposé entre la sage-femme et les patientes dans une pièce lumineuse avaient également été citées.

2.7.Expression des parents

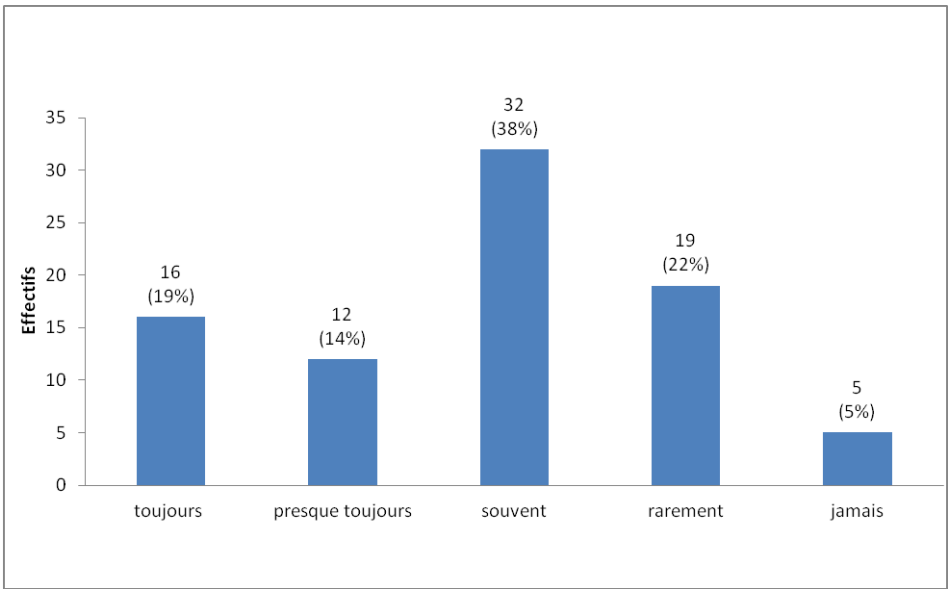
78% des sages-femmes laissaient systématiquement un temps d'expression pour les parents durant les séances de préparation à la naissance.

Figure 17 :Temps d'expression pour les parents durant les séances de PNP (n=84)



27% des sages-femmes utilisaient « rarement » à « jamais » ce temps d'expression pour construire les séances de PNP.

Figure 18 : Appui sur le temps d'expression des parents pour la construction de la séance de PNP (n=84)



55% des sages-femmes faisaient le point sur des questions à propos de la parentalité. Tandis que 44% ne le faisaient pas.

Le test de chi 2 entre le fait de faire le point sur les questions de parentalité avec certains couples et le fait d'aborder la parentalité durant les séances de PNP donne un p=0.0002766.

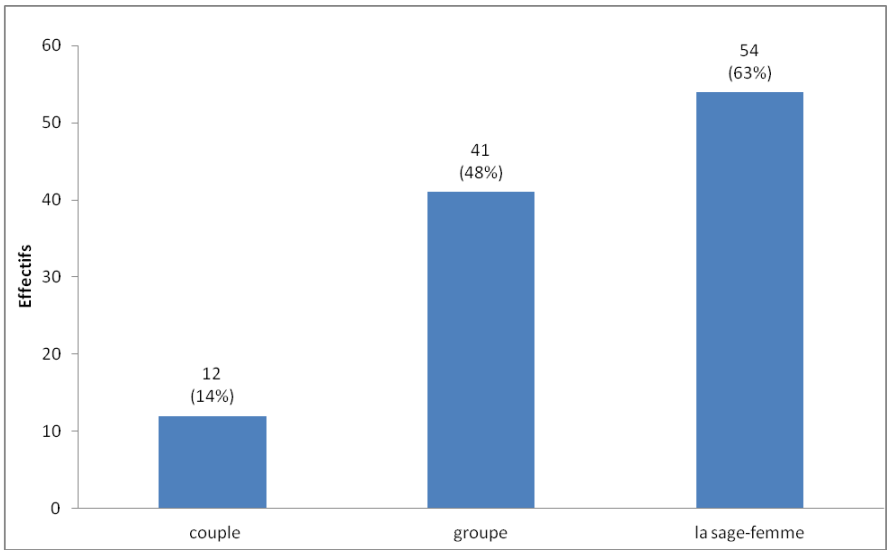
2.8. Existence d'une séance de soutien à la parentalité

82% des sages-femmes n'organisaient pas de séance dédiée au soutien à la parentalité. Et parmi elles, 63% n'abordaient pas la parentalité dans leurs pratiques.

2.9. Qui aborde la parentalité ?

Selon les sages-femmes, la parentalité était abordée en majorité par elles-mêmes à 63%.

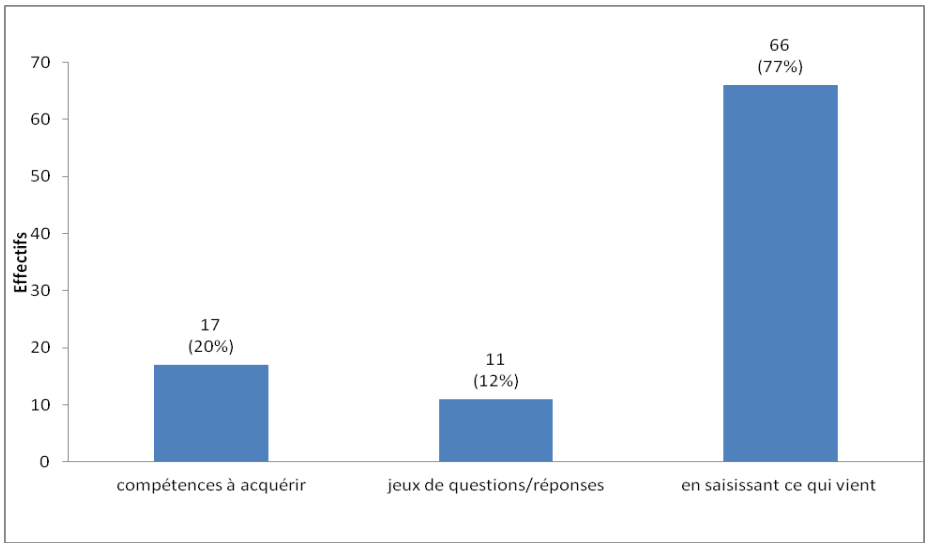
Figure 19 : Qui aborde la parentalité ?



2.10. Forme sous laquelle est abordée la parentalité

La parentalité était majoritairement abordée en saisissant ce qui venait à ce propos lors des séances (77%).

Figure 20 :Sous quelle forme est abordée la parentalité ?



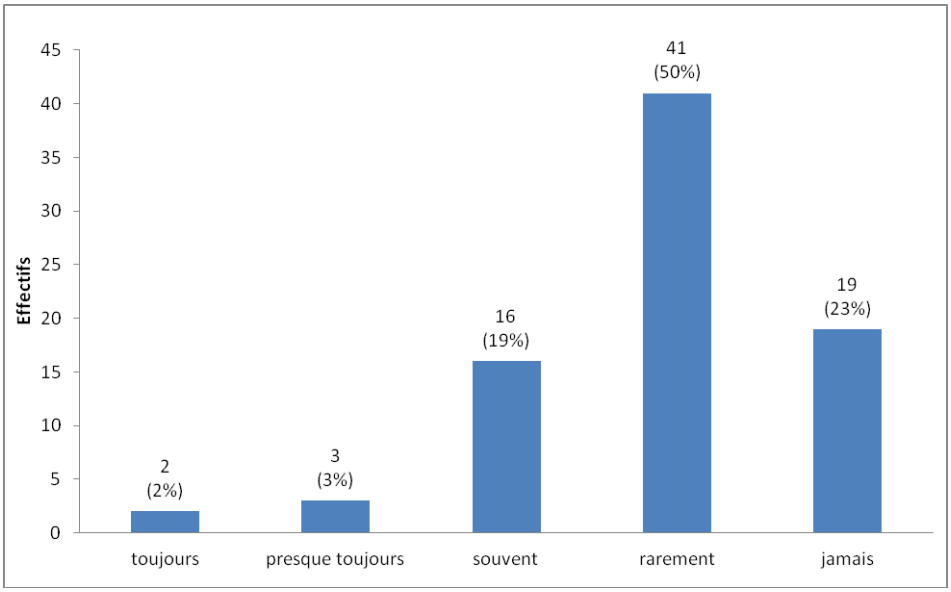
2.11. Support écrit au soutien à la parentalité

86% des sages-femmes n'utilisaient pas de support écrit contre 12% qui en utilisaient.

2.12. Les difficultés à aborder la parentalité

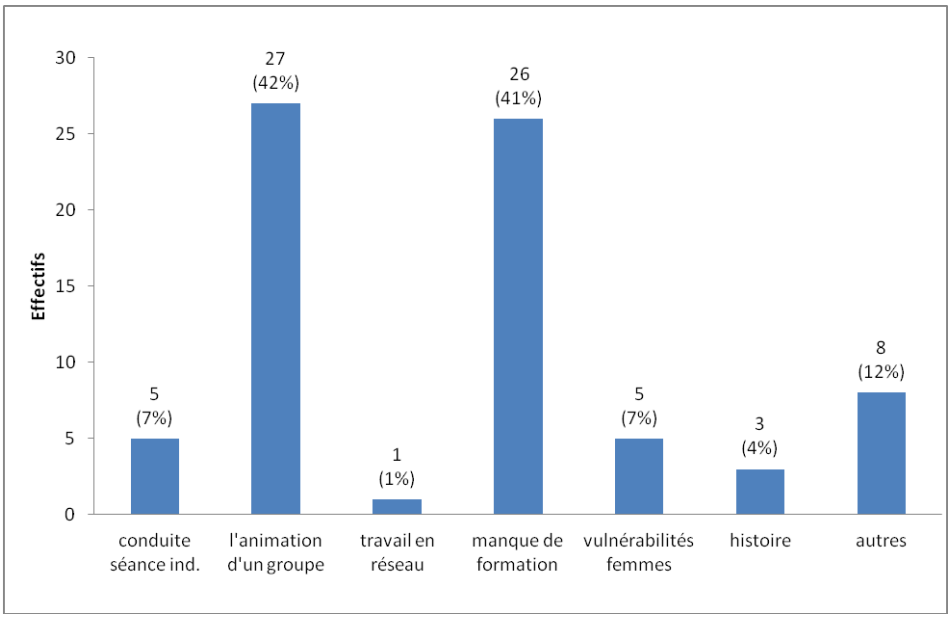
50% des sages-femmes avaient rarement des difficultés à aborder la parentalité, tandis que 2% en avaient toujours.

Figure 21 : Difficultés à aborder la parentalité (n=81)



Ces difficultés étaient majoritairement dûes à la manière d'animer le groupe (42%) et au manque de formation spécifique (médical, social, psychologique...) (41%). Dans l'item « autres » était cité la difficulté d'être face à des couples qui ne souhaitaient pas se projeter et se livrer.

Figure 22 : Difficultés (n=63)



3. Attentes des professionnels

Notre étude faisant un état des lieux de la prise en charge de la parentalité durant les séances de préparation à la naissance, il nous est paru nécessaire de nous intéresser aux modifications à mettre en place pour permettre un soutien réel face au passage du couple conjugal au couple parental.

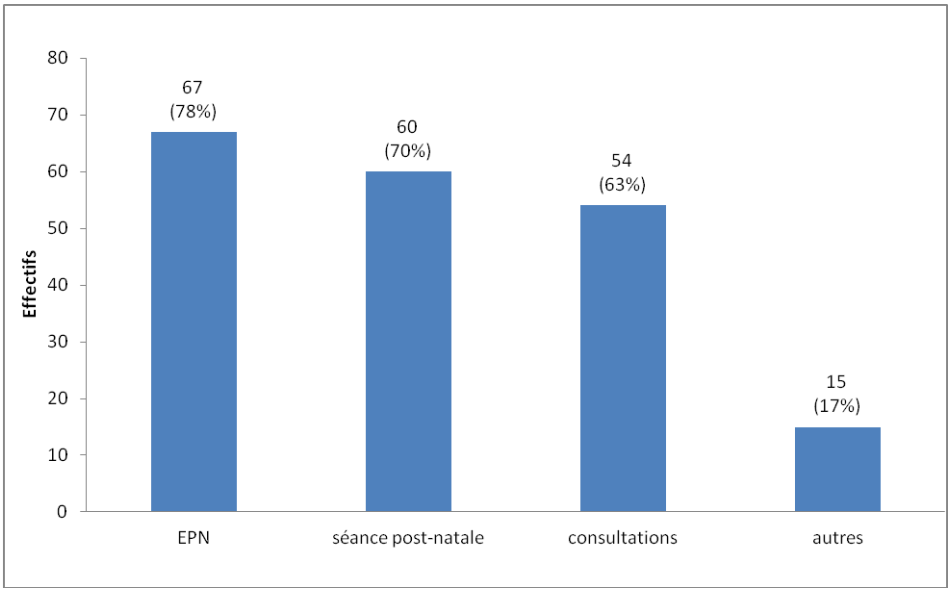
3.1. Création d'une séance dédiée au soutien à la parentalité

58% des sages-femmes pensaient qu'il serait interessant de créer une séance dédiée au soutien à la parentalité contre 32% qui étaient d'avis défavorable. 8% d'entre elles n'ont émis aucun avis.

3.2. Identification des meilleurs moments pour aborder la parentalité

78% des sages-femmes considéraient l'entretien pré-natal comme un moment propice pour aborder la parentalité. Les autres moments étaient : les séances post-natales (71%) et les consultations (63%). L'item « autres » désignait majoritairement la séance de rééducation périnéale et les suites de couches comme autres moments propices pour aborder la parentalité.

Figure 23 : Autres moments pour aborder la parentalité



3.3.Formation professionnelle

90% des sages-femmes pensaient qu'il serait intéressant de former les professionnels sur le soutien à la parentalité.

3.4.Suggestions

21% des sages-femmes suggéraient le développement de la formation initiale et continue sur la parentalité. Concernant les séances en tant que telles, 14% des sages-femmes préconisaient la création de séances de type individuel. Il a également été mentionné d'augmenter le nombre de séances prises en charge par la sécurité sociale ainsi que leur durée mais également de diminuer le nombre des participants par groupe. Il est également ressorti la mise en place de groupes de paroles dédiés aux pères et animés par un homme, le développement de l'entretien prénatal et des séances postnatales, la création de séances de soutien à la parentalité et de séances mixtes entre les futurs parents et les jeunes mères pour faciliter la transmission et le partage des expériences. La connaissance des réseaux psychosociologiques pour orienter si besoin les couples a été évoquée. Celles-ci ont aussi noté l'utilité d'un suivi par une même sage-femme tout au long des séances. Elles avaient mis en évidence l'utilité d'un temps de parole pour les couples et l'information sur les différents supports existant à propos de l'accès à la parentalité.

DISCUSSION

1. Répartition des professionnelles par secteur

Pour certaines réponses l'effectif était plus élevé (n=91) que le nombre de sages-femmes répondant à l'étude (n=85). Il parait donc important de préciser que les lieux d'exercices étaient non exclusifs. En effet, certaines sages-femmes avaient plusieurs modes d'exercice de leur profession.

Concernant la répartition des professionnelles par secteur, nous pouvons mettre en parallèle nos résultats avec les estimations faites par la Cour des comptes en 2011 [42]. Celle-ci retrouvait des sages-femmes travaillant à l'hôpital à 75%, alors que dans notre étude seulement 55% avaient un exercice en hôpital. Tout d'abord, il parait important de rappeler que nos taux correspondaient aux sages-femmes effectuant des séances de préparation à la naissance. Cette différence peut donc s'expliquer en étudiant les résultats d'une enquête de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) effectuée auprès de 11 maternités de niveau II ou III. Cette enquête montrait que les sages-femmes passaient en moyenne 1 à 5 % de leur temps de travail pour le diagnostic anténatal, la procréation médicalement assistée, les échographies et les cours de préparation à la naissance [42]. Ainsi, nous avons constaté lors des stages effectués en maternité que l'animation des séances de préparation à la naissance était effectuée par un nombre restreint de sages-femmes effectuant le reste du temps des consultations. Peu de sages-femmes hospitalières ont l'occasion de pratiquer cette activité de leur profession. D'où le plus faible taux de sages-femmes hospitalières recensé ici. Cependant, il est à noter que certains établissements comme celui de Vichy, mettent en place un système de roulement pour permettre à toutes les sages-femmes de réaliser des séances de préparation.

Ce faible taux de sages-femmes hospitalières peut aussi être lié au développement de l'exercice libéral. Nous retrouvons, en effet, 38% de sages-femmes libérales contre 18% estimées par la Cour des comptes [42]. Nous savons que le nombre de sages-femmes libérales a triplé en 20 ans, ce qui peut expliquer le fort taux retrouvé.

La Cour des comptes donnait un taux de 7% de sages-femmes de PMI, taux également retrouvé dans notre étude.

Une estimation de 17% de sages-femmes en clinique a été retrouvée par la Cour des comptes, alors que nous avions seulement 2% d'exercice en clinique [42]. Ce taux peut être dû au faible nombre de services de maternité au sein des cliniques d'Auvergne. En effet, lors de notre distribution des questionnaires nous avons recensé une seule clinique effectuant des séances de préparation à la naissance. De plus, il parait important de préciser que les sages-

femmes libérales ayant répondu au questionnaire effectuent les séances de préparation à la naissance en dehors de la clinique. Leur mode d'organisation des séances de préparation peut donc être assimilé à celui des sages-femmes libérales.

Ainsi, le nombre de réponses collectées en fonction du lieu d'exercice des sages-femmes est assez représentatif de celui de la répartition des sages-femmes de France.

Le taux de participation plus élevé dans les départements de l'Allier (45%), le Cantal (12%) et le Puy de Dôme (34%) est sans doute dû à la distribution en « main propre » des questionnaires. Ce qui n'a pas pu être réalisé en Haute-Loire.

2. Age des professionnelles

La moyenne d'âge des sages-femmes répondant à l'étude était de 40 ans +/- 10.42 ans. En 2011, la Cour des comptes a donné l'âge moyen des sages-femmes comme étant de 42.2 ans en France [42]. Notre étude est donc assez représentative.

Dans notre étude, le fait d'aborder la parentalité n'était pas lié à l'expérience professionnelle de la sage-femme effectuant les séances de préparation. Cette différence n'est pas significative (p=0.07015). Cela peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes n'ayant pas eu une formation initiale, ont reçu majoritairement une formation à ce sujet durant leur carrière. La formation continue sensibilise les sages-femmes non formées durant les études. Tandis que les sages-femmes récemment sorties de l'école, ont déjà reçu une formation sur ce thème.

3. Formation

76% des sages-femmes avaient reçu une formation. 43% des sages-femmes avaient eu une formation sur la parentalité durant leur étude. Ce faible taux peut-être lié à l'apparition récente de la notion de parentalité dans le programme des études de sages-femmes qui a été mise en place en 2001. 33% de sages-femmes ont donc décidé de se former sur ce thème, ce qui prouve que les sages-femmes ont été sensibilisées et que ce sujet les intéresse en grande majorité. Ce mémoire trouve donc tout son intérêt pour développer les connaissances sur ce vaste sujet.

Une formation continue sur la parentalité avait été réalisée en majorité par les sages-femmes exerçant en libéral (46%), en PMI (50%). Cela met en avant l'intérêt des sages-femmes sur ce thème puisqu'elles décident spontanément de se former sur ce sujet. Les sages-

femmes libérales sont plus formées car elles sont seules face aux patients et ont l'obligation de se former pour offrir le plus grand choix de pratiques aux femmes enceintes. Elles ont 5 jours par an de formations médicales continues et deux jours par an de formations non conventionnelles. Alors que les sages-femmes hospitalières ont droit à 20 heures par an [43]. Il est intéressant de noter que le statut de praticien hospitalier offre un droit de formation de 15 jours par an.

De plus, la HAS recommande que les professionnelles qui proposent de la préparation à la naissance soient formées aux techniques de pédagogie de la diffusion des savoirs pour adultes, avec une connaissance des principes de la dynamique de groupe, des notions d'écoute active et de psychologie de la maternité [1].

4. Pratique de la PNP

Lors de notre enquête, les sages-femmes n'avaient pas, au cours de la préparation à la naissance, une séance dédiée au soutien à la parentalité (82%). Les recommandations actuelles insistent sur la nécessité de soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux mais elles ne précisent pas la possibilité de créer ce type de séance [1]. Durant le pré-questionnaire, la plupart des sages-femmes considéraient que la parentalité était abordée naturellement au fil des séances, quand la conversation découlait sur ce sujet.

Les sages-femmes pensaient qu'il serait intéressant de créer une séance dédiée à la parentalité (58%). Cela peut s'expliquer par le fait qu'une séance sur le retour à domicile est déjà effectuée et permet d'aborder de façon plus facile tout ce qui touche à la parentalité. Ainsi, les sages-femmes pensent aborder de façon plus facile tout ce qui touche à la vie de couple et de famille lors d'une séance précise. Dans l'étude « parenthood education in Swedish antenatal care : perceptions of midwives and obstetricians in charge » il est ressorti que des sessions parentales seront probablement quelque chose à développer avec un plus large éventail de sujets que ce qui est actuellement organisé [44]. Le fonctionnement des séances en Suède étant proche du notre, nous pouvons donc utiliser ce qui est apparu au sein de cette étude.

5. Les différents types de PNP recensés

Les sages-femmes exercaient majoritairement la préparation classique à 85%, suivi de la préparation en piscine à 44%.

Il parait important que préciser que les réponses étaient non exclusives, certaines sages-femmes exerçaient plusieurs types de préparation à la naissance dans l'exercice de leur profession.

La préparation classique ressort majoritairement dans tous les modes d'exercice de la profession. Nous pouvons nous référer à l'article L. 4151-1 du code de santé publique pour comprendre sa place prédominante. Cet article précise que « la sage-femme pratique les actes nécessaires à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement » [45]. Après avoir reçu l'ensemble de la formation initiale, la préparation classique est le seul type d'exercice qui ne nécessite pas de formation complémentaire.

D'après nos stages, la répartition des différents types de préparation à la naissance est assez représentative de l'offre faite en Auvergne.

6. Thèmes abordés

La parentalité est abordée de façon systématique par 42% des sages-femmes interrogées. En effet, les sages-femmes abordent la parentalité en saisissant ce qui vient durant les séances (77%). Cela montre que les sages-femmes souhaitent laisser de la spontanéité dans leur façon d'aborder ce thème et ne souhaitent pas forcer les couples à parler de ce sujet. Ainsi, en fonction du thème de la séance et des discussions qui en découlent, la parentalité n'est pas toujours abordée.

Ce pourcentage peut être éclairé avec l'analyse des fréquences à laquelle les sages-femmes abordent la parentalité. La parentalité est globalement abordée par les sages-femmes (71%) mais moins de la moitié d'entre elles l'intègre de façon systématique dans les cours (43%). Les sages-femmes suivent donc le référentiel métier/compétences qui insiste sur le fait que ces séances doivent favoriser l'émergence des compétences parentales [46].

Concernant les thèmes abordés durant les séances de PNP, le vécu de la grossesse, les modifications physiques et la sexualité étaient les thèmes abordés par toutes les sages-femmes.

Plus précisément, le vécu de la grossesse était toujours abordé par plus de la moitié des sages-femmes interrogées (56%). Le passage du couple conjugal au couple parental était

globalement abordé par plus de la moitié des sages-femmes interrogées (75%). En effet, dans « essential antenatal perinatal and postpartum care », la World Health Organization précise que les intervenants aidant les couples à se préparer à la parentalité se doivent d'avoir la sensibilité et la connaissance des ajustements psychologiques que la plupart des parents vont expérimenter durant leur transition à la parentalité [35].

La sexualité était abordée avec une répartition équivalente entre les items « toujours », « presque toujours », « souvent », « rarement ». Cela peut venir du fait que certaines sages-femmes peuvent ressentir des difficultés à aborder ce sujet qui peut rester encore tabou.

Les modifications physiques étaient toujours abordées par la majorité des sages-femmes interrogées (48%). En effet, durant les séances de préparation à la naissance dont nous avons assisté lors de nos stages, les sages-femmes organisaient une partie de la séance à l'exécution d'exercices physiques ce qui était propice aux développements d'explications sur les modifications physiques. Il semblerait que cela permette un renforcement de l'estime de soi et du sentiment maternel. C'est donc une aide à la parentalité favorisant un vécu positif de la naissance qui s'inscrit dans le corps. Si la femme se sent inutile, dépossédée d'elle-même, si elle perd pied ou a le sentiment de donner d'elle-même une image dégradante à l'autre parent, les liens avec l'enfant risquent d'être perturbés. Toute l'attention des sages-femmes dans cette aide à la parentalité mérite d'être encouragée [22].

Les répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant étaient abordées par la majorité des sages-femmes interrogées (93%). En effet, loin d'être une affaire personnelle, les soins de maternage sont une affaire culturelle et si nous ne voulons pas laisser ces questions aux seuls intérêts commerciaux et aux diktats technologiques, nous devons favoriser toutes initiatives qui permettent de renouer avec l'héritage culturel universel par des échanges entre les cultures et les générations, par des lieux de partage et de maternage communautaire [47]. De plus la World Health Organization précise que les objectifs des séances de préparation sont de préparer aux ajustements psychologiques du mariage et de la vie avec le bébé ainsi qu'à la reprise du travail [35].

Les répercussions sur la vie de couple et la fonction parentale étaient toujours abordées par la majorité des sages-femmes interrogées (42%). Durant nos stages, nous avons en effet constaté que ce thème était abordé notamment à l'occasion d'une séance concernant le retour à domicile et les soins à apporter au nouveau-né. A cette occasion, la sage-femme expliquait comment concilier la vie de famille avec la vie de couple. Elle conseillait aux jeunes parents de se garder une soirée en couple après avoir laissé l'enfant aux grands-parents. La sage-femme mettait aussi en avant le fait de rester femme notamment en prenant soin de son corps.

La World Health Organization dans « essential antenatal perinatal and postpartum care » précise que parmi les sujets à aborder durant les séances, le rôle du père ainsi que ses préoccupations doivent être mises en avant. Un des objectifs de l'éducation des parents à la parentalité est de rendre le couple plus confiant et fournir une source de soutien tout au long de la transition qui se poursuit du couple à parentalité [35]. Une étude sur les séances de préparation a montré que les programmes d'éducation qui abordent la parentalité empêchent une baisse de la satisfaction dans les relations conjugales généralement associée au fait de devenir parent [48].

Les contacts avec les services sociaux et les associations d'aides étaient majoritairement abordés par les sages-femmes (95%). Il est à noter que 27% des sages-femmes abordent « rarement » ou « jamais » ce sujet. Or, il semble essentiel que des contacts puissent être donnés et que des couples soient réorientés si besoin. Dans les recommandations de la HAS, les objectifs spécifiques des séances de PNP précisent que les professionnels doivent faire connaitre les recours possibles à proximité en cas d'urgence ou de difficultés. Nous avons la chance d'avoir un Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA) dont l'un des buts est de favoriser le maintien du lien social et familial des nouveau-nés et de leur mère par une prise en charge adaptée à leur niveau de risque. Cette collaboration est un moyen de travail à développer par l'avenir qui permet d'utiliser au mieux chaque professionnel dans leur domaine de compétences. De plus nous pouvons citer sur Clermont-Ferrand des associations d'aides comme la Maison des "petits pas" qui accueille les futurs parents et les enfants de 0 à 4 ans accompagnés d'un adulte. C'est un lieu d'écoute et de parole. Nous pouvons également mentionner le REAAP, ce réseau est copiloté par la CAF et la Direction départementale de la Cohésion sociale. Son objectif est d'aider les parents dans leur rôle et de mettre en réseau les différents intervenants d'aide à la parentalité.

Il parait nécessaire de préciser que d'autre thèmes en rapport avec la parentalité peuvent être discutés lors des séances tels que l'allaitement maternel, les compétences du nouveau-né, ses besoins… Les soins aux nourrissons et en les modifications dans le couple devraient être inclus dans les séances d'éducation à la transition à la parentalité en mettant l'accent sur la formation des compétences et l'évaluation des résultats objectivement mesurables [48].

7. Temps consacré à la parentalité

Nous pouvons constater que les sages-femmes accordent un faible temps aux séances de PNP (82%). Ce résultat s'explique par la diversification des tâches laissées aux sages-

femmes. Selon une enquête de l'ANAP, les sages-femmes hospitalières avaient un taux de travail en salle de naissance ou en suites de couches qui représentaient 67% du temps de travail. Dans ces établissements, dans un contexte de moyens tendus, les cours de préparation à la naissance, les consultations et les entretiens prénataux précoces sont utilisés comme des variables d'ajustement, les autres secteurs d'activité où la présence des sages-femmes est indispensable d'un point de vue réglementaire étant largement prioritaires [42].

L'estimation de la Cour des comptes montrait que les séances de préparation à la naissance et les séances de rééducation périnéale sont les activités de loin les plus pratiquées par les sages-femmes en libéral puisqu'elles représentent les 3/4 des montants remboursés [42]. Cependant, un faible taux a aussi été retrouvé chez les sages-femmes libérales. Cette différence est peut-être liée au développement des sorties précoces et à la nécessité des sages-femmes libérales de leurs consacrer plus de temps.

La parentalité est plus abordée lorsque la durée des séances est supérieure à 90 minutes. Cette différence est statistiquement significative (p= 0.04062). Dans les recommandations de la HAS, la durée de chaque séance doit être suffisante pour donner des informations et permettre le développement des compétences et doit être adaptée au thème abordé et à la technique éducative utilisée. Les séances prénatales devant durer 45 minutes minimum [1]. Il parait normal que ce temps doit être plus important pour créer un climat de confiance nécessaire à l'expression des émotions des couples. Dans notre étude, il est ressorti que les sages-femmes organisant des séances d'une durée élevée travaillaient en PMI.

La parentalité est plus abordée lorsque le nombre de séances de préparation à la naissance et à la parentalité est supérieur ou égal à 8 (70%). Cette différence est statistiquement significative (p=0.001329). Nous pouvons constater que le secteur hospitalier organise un faible nombre de séances contrairement au secteur libéral. Cela peut être lié aux difficultés d'organisation et au faible nombre de sages-femmes hospitalières effectuant des séances. 8 séances prénatales sont prises en charge par l'assurance maladie. Nous pouvons penser que celles qui organisent 8 séances connaissent les recommandations de la HAS. Elles ont donc eu connaissance des différents thèmes à aborder notamment ceux en lien avec la parentalité et sont peut être plus sensibles sur ce sujet.

Une étude américaine menée par Mark E. Feinberg concernant l'amélioration de la coparentalité, des compétences parentales, et de l'autorégulation infantile avait montré qu'un

programme éducatif psychosocial de 8 séances ciblé sur l'accouchement et les relations coparentales avait un impact positif sur les interactions familiales, la relation de couple et le comportement de l'enfant [49].

8. Echanges avec les participants

Les sages-femmes qui informaient les couples préalablement avaient plus tendance à aborder la parentalité durant les séances. Cette différence est statistiquement significative (p=0.0007886). Nous pouvons penser que les sages-femmes (54%) pensant à informer les couples durant les consultations ou les entretiens prénataux sont plus sensibilisées sur le sujet et portent plus leur attention sur ce thème lors des séances de PNP. La majorité des sages-femmes considéraient que les couples étaient insuffisamment informés sur l'existence du soutien à la parentalité (61%). En effet, lors de nos stages en consultations, peu de sages-femmes abordent le passage du couple à la famille. Il y a donc peu de relais avec des conseillers conjugaux ou des assocations d'aides alors qu'il serait préferable d'aborder dès le début de grossesse les modifications au sein des relations et les difficultés qui peuvent voir le jour. L'entretien prénatal est d'ailleurs un moment privilégié pour voir avec le couples les vulnérabilités qui peuvent s'installer. En Corrèze, l'entretien prénatal donne lieu à un résumé écrit qui reste dans le dossier de la femme enceinte ou peut être transmis à la sage-femme de PMI si un relai se révèle nécessaire.

Une grande majorité de sages-femmes laissaient systématiquement un temps d'expression pour les parents durant les séances (78%). En effet, les sages-femmes s'appuient sur ce temps pour construire leur séance en saisissant ce qui vient à propos de la parentalité (77%). Le fait de faire le point sur les questions de parentalité avec certains couples est lié au fait d'aborder la parentalité durant les séances de PNP. Cette différence est statistiquement significative (p=0.0002766). En effet, selon le référentiel métier/compétence de la sage-femme, celle-ci doit donner la parole et le temps aux participants pour poser des questions, témoigner de leurs expériences, inquiétudes, attentes, souhaits. Elle repère les non-dits et anticipe les questions non posées (vie de couple, sexualité, retour à la maison...) [46]. Dans l'étude « the transition to fatherhood : the role of formal and informal support structures during the post-partum period » la prise en charge de la relation conjugale doit être basée sur les actions des sages-femmes consistant en un soutien à la communication et l'expression des sentiments et des besoins. Les questions des participants devant être le point de départ des différentes leçons

ayant pour base le partage d'expériences et l'apprentissage des uns par rapport aux autres [50]. Ainsi, les sages-femmes éviteraient les instructions abusives envers les futurs parents et ne se positionneraient pas comme les détentrices de « la bonne méthode » pour devenir parents.

La majorité des sages-femmes abordaient la parentalité quand elles invitaient les conjoints à assister aux séances (71%). Tandis qu'une autre majorité abordait la parentalité alors qu'elles n'invitaient pas les conjoints à assister à toutes les séances (66%). Ainsi, le fait d'aborder la parentalité ne semble pas lié à la présence du conjoint. Cette différence n'est pas significative (p=0.934). Toity Deave explique dans son étude « transition to parenthood : the needs of parents in pregnancy and early parenthood » que les hommes se sentaient très impliqués par la grossesse de leur partenaire, mais exclus des classes prénatales et qu'ils ressentaient un manque d'information. Ainsi, il apparait que les partenaires ne sont pas assez sollicités et mis en avant durant les séances de préparation. Il a été mis en évidence l'importance d'impliquer les pères, en leur fournissant des informations et en les préparant aux changements dans leurs relations avec leurs partenaires. Les hommes de cette étude estimaient que leur état émotionnel et leur besoins psychologiques avaient été négligés, qu'ils étaient exclus des discussions et qu'ils n'étaient pas préparés à la paternité [51].

Quelque soit le type d'exercice, les sages-femmes invitaient globalement toujours le père à ces séances. Même si les pères étaient invités durant les séances, les sages-femmes ne profitaient donc pas de leur présence pour aborder de façon plus importante tout ce qui attrait à la parentalité. Cela peut donc vouloir dire qu'actuellement les sages-femmes considèrent les informations données durant les séances de préparation comme réservée aux femmes. Il est intéressant de remarquer que pour palier à ce problème il peut être créé des groupes constitués exclusivement de pères et animés par des soignants masculins permettant la libre circulation d'une parole exclusivement masculine.

La parentalité est plus abordée lorsque le nombre de personnes présentent durant les séances est inférieur ou égal à 5 (p=0.01129). Cette différence est statistiquement significative.

Dans le secteur hospitalier, la majorité des sages-femmes organisaient des séances avec un nombre élevé de participant (39%). Cette différence entre l'hôpital et les autres modes d'exercice peut s'expliquer par la difficulté d'organiser des séances de préparation à la

naissance pour un nombre important de femmes enceintes et avec un nombre restreint de sages-femmes hospitalières effectuant cette mission.

Les recommandations de la HAS précisent que le nombre de participants peut être modulé selon le type d'activité éducative proposé. Cependant, la taille du groupe doit favoriser la participation active des participants et les séances doivent être ouvertes aux futurs pères [1]. Il parait donc intéressant de diminuer le nombre de participants pour permettre plus facilement la mise en confiance et faciliter le dialogue. Nous avons constaté lors des stages effectués à l'hôpital, qu'il arrivait qu'un même groupe de participantes ait plusieurs sages-femmes différentes lors de ces séances. Il est donc difficile qu'une relation de confiance s'installe pour permettre d'aborder la parentalité.

La parentalité est plus abordée lorsque les séances sont individuelles. Cette différence est statistiquement significative (p=0.001630). La majorité des sages-femmes abordaient la parentalité lorsque les séances étaient individuelles (63%).

Les séances collectives à l'hôpital sont majoritaires (88%) du fait des difficultés d'organisation qu'il peut y avoir par rapport au nombre important de patientes souhaitant assister aux séances. En libéral, les séances étaient majoritairement individuelles (52%). Cela peut être lié à une facilité d'organisation par rapport à la place dans les cabinets des sages-femmes.

Peu de sages-femmes utilisent des supports d'information au soutien à la parentalité (12%). Cependant nous pouvons nous demander si elles ne souhaiteraient pas en avoir mais n'en n'ont pas trouvé de pré-existant. Dans un premier temps, les parents pourraient avoir ce document sur les bouleversements qu'engendre une naissance. Ce document permettrait donc de montrer aux couples qu'un moment, les séances de préparation, leurs sont dédiés pour aborder avec eux les difficultés, les angoisses qu'ils peuvent rencontrer.

Les moments favorables pour aborder la parentalité étaient l'entretien prénatal, les séances post-natales et les consultations à parts égales. La parentalité est un processus, un mouvement en cours d'élaboration pendant la grossesse qui se concrétise au moment de la naissance dans la majorité des cas. Devenir parent est un puissant mouvement qui est long à se mettre en place. Il faut donc aider les couples à devenir parents en les soutenant tout au long de la grossesse et dans les premiers temps après la naissance de l'enfant. Dans les recommandations de la HAS, l'entretien prénatal doit faire partie des séances prénatales et

doit être un moment privilégié pour identifier les compétences parentales à soutenir ou à développer [1]. De plus, alors qu'il est de tradition pour les séances de préparation de se dérouler pendant la grossesse, il est plus approprié pour les parents que celles-ci se poursuivent au moins la première année après la naissance de l'enfant. En effet, durant la période du post partum, il est plus facile pour les parents d'être réceptifs à ce qu'on leur enseigne sur ce sujet. Nous pouvons nous appuyer sur l'exemple de la maternité de Montluçon qui effectue dans le service de suites de couches, une séance abordant notamment le retour à domicile, l'allaitement, les soins du nouveau-né. Cette séance est animée une fois par semaine par la sage-femme de nurserie qui invite toutes les mères hospitalisées en suites de couches à venir assister avec leur conjoint à cette séance. La rééducation périnéale a été citée et peut être intéressante pour le suivi au long cours et le temps passé avec la femme qui est propice au climat de confiance

9. Principaux problèmes recensés par les professionnelles

Les sages-femmes pensaient majoritairement ne pas assez aborder la parentalité. Cela ne semble pas venir des difficultés à parler de ce thème mais il semble que les sages-femmes pensent manquer en formation sur ce sujet.

La plupart des sages-femmes avaient rarement des difficultés à aborder la parentalité (50%). Ces difficultés étaient majoritairement dues à l'animation d'un groupe et au manque de formation spécifique. Concernant l'histoire et le contexte personnel nous pouvons penser qu'il a été sous estimé par peur des sages-femmes de se prononcer sur ce sujet.

10. Les limites de l'étude

Nous avons été confrontées à différents biais de sélection. Tout d'abord, les résultats de notre étude se limitent aux sages-femmes de la région Auvergne et ne peuvent donc pas être généralisés à une plus large population en raison des spécificités inhérentes à la région (formation, pratiques, organisation…). Le taux de non répondant constitue aussi un biais majeur de notre étude. De plus, les répondantes sont peut-être des sages-femmes plus intéressées par notre sujet d'étude et plus désireuses de se renseigner sur ce thème. Ensuite, nous avons eu un faible nombre de sages-femmes du secteur privé.

Le questionnaire de cette étude compte 6 pages et un total de 31 questions, ce qui peut être à l'origine de l'absence de réponse de certaines sages-femmes. Lors de la rédaction de ce questionnaire, consciente de son volume, j'ai fait le choix de garder son caractère exhaustif afin d'avoir des résultats les plus précis possible pour répondre aux objectifs fixés.

Les résultats de l'étude sont basés sur une enquête déclarative des sages-femmes vis-à-vis de leurs pratiques et ne sont donc pas contrôlés par une observation extérieure, ce qui aurait permis des données plus fiables.

Enfin, l'évaluation des pratiques des sages-femmes en matière de parentalité reste tout à fait subjective. Non seulement elle est liée à la personnalité de la sage-femme et à son interprétation personnelle de la parentalité, mais elle peut être entachée par les conditions de prise en charge de la patiente (faible temps des séances, présence d'une étudiante sage-femme, etc.).
J'ai choisi dans ce travail d'aborder le thème de l'accompagnement à la parentalité durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, mais il est entendu que ce travail d'accompagnement doit se faire tout au long de la grossesse et ce jusqu'à la visite post-natale voir au-delà si besoin. Il aurait été intéressant d'évaluer les sages-femmes sur l'entretien prénatal et les séances post-natales. Cela n'a pas été fait en raison de la limite de temps qui nous était imparti pour la réalisation de ce mémoire. La HAS recommande d'intégrer l'entretien prénatal dans les 8 séances prénatales et de poursuivre la PNP en postnatale systématiquement à la maternité après la naissance, en cas de sortie précoce ou si des besoins particuliers ont été décelés.

11. Les points forts de l'étude

Tout d'abord, nous n'avons pas retrouvé d'étude portant sur l'évaluation des pratiques des sages-femmes à propos de la parentalité durant les séances de préparation. Les recommandations de la HAS élaborées à la demande de la DGS et des sages-femmes montrent l'intérêt croissant d'une approche plus humaniste de la naissance par une participation active du couple. A cette occasion, la HAS recommanda aux professionnels des maternités de réfléchir à une évolution de leurs pratiques et de leur organisation afin de participer au soutien des pratiques parentales [1].Cette étude nous est donc paru essentielle.

Les questionnaires de notre étude ont pu être distribués à l'ensemble des sages-femmes d'Auvergne effectuant des séances de PNP. Grâce à un taux de réponses relativement

satisfaisant (52.14%), nous avons pu constituer un échantillon de sages-femmes représentatif des différents modes d'exercice (excepté le secteur salarié privé) ce qui nous a permis de décrire les pratiques des séances de préparation à propos de la parentalité dans toute la région Auvergne.

12. Projet d'action

Notre étude nous a permis d'apprécier l'organisation des séances de PNP en vue d'améliorer les pratiques professionnelles en matière de parentalité et ainsi de mieux accompagner les futurs parents dans leurs nouveaux rôles.

Dans l'ensemble, les sages-femmes abordent la parentalité durant les séances de préparation à la naissance. Cependant, celles-ci pensent avoir des difficultés à parler de ce sujet par manque de formation et problèmes d'animation de groupe. Il faudrait donc favoriser la formation à la dynamique de groupe et à la parentalité.

Il nous semblerait donc que les recommandations de la HAS de 2005, concernant les objectifs des séances de préparation à la naissance devraient être largement diffusées pour permettre le développement de compétences parentales [annexe III].

Il serait intéressant de faire parvenir nos résultats aux sages-femmes ayant participé à notre étude afin d'assurer un retour comme dans tout processus évaluatif. A cette fin, nous avons envoyé aux cadres sages-femmes notre mémoire afin que celles-ci disposent des résultats issus de cette recherche.

Il nous semblerait également pertinent de promouvoir la généralisation de l'entretien prénatal et des séances post-natales. A ce sujet, la convention nationale des sages-femmes dans le titre 1er concernant la prévention et l'éducation sanitaire propose de mettre en place des séances de suivi postnatal, avec un maximum de deux séances, qui seraient réalisées soit au domicile de la patiente soit au cabinet de la sage-femme dans une période allant de huit jours après la naissance jusqu'à la consultation postnatale. Ces séances étant indépendantes des consultations médicales [52]. Celles-ci permettent un retour d'informations vers le médecin traitant et lorsque cela est nécessaire, une réorientation vers les différents acteurs de la périnatalité. Il pourrait aussi se développer des séances dédiées à la parentalité avec de

jeunes mamans qui pourraient venir échanger leurs expériences et connaissances avec les femmes enceintes. Des séances pour les pères, animées par un intervenant masculin seraient à généraliser pour permettre d'impliquer les pères, en leur fournissant des informations et en les préparant aux changements dans leur relation avec leur partenaire.

Nous avons vu que les différents contacts sociaux sont abordés de façon très différentes selon les professionnelles. Les sages-femmes doivent donc connaitre le fonctionnement du RSPA et les acteurs dans le domaine de la périnatalité pour permettre une prise en charge optimale des couples et ainsi orienter rapidement vers un autre professionnel lorsque cela est nécessaire. Il faudrait ainsi développer le travail en réseau pour permettre une prise en charge rapide des femmes en situation de vulnérabilité. De plus, si les 8 séances de préparation sont organisées avec un nombre restreint de participants (≤5) par une seule et même sage-femme, un lien de confiance peut s'établir. Ainsi, grâce à cette continuité du suivi, la sage-femme pourra connaitre plus en détail le contexte de vie du couple et les vulnérabilités possibles de celui-ci. Durant les staffs de parentalité, il parait donc important de faciliter les liaisons qui pourraient être faites par les sages-femmes effectuant des séances. Tout cela dans le but d'évaluer le plus tôt possible toute situation présentant des facteurs de risque et de proposer rapidement une orientation et un soutien adaptés après concertation entre les différents acteurs.

De plus, nous avons également pensé qu'il serait important de créer une fiche récapitulative de nos principaux résultats [annexe IV]. Celle-ci pourrait être utilisée comme une aide à l'organisation des séances pour faciliter l'accès à la parentalité des futurs parents.

Cependant, cet outil n'a pas la prétention d'être des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. De ce fait, il semble difficile de généraliser nos résultats sans que d'autres études viennent recouper ceux-ci. Une étude qualitative auprès des sages-femmes permettrait de laisser celles-ci s'exprimer sur les modifications à mettre en place pour permettre une organisation structurée des séances de PNP ayant pour but de faciliter la transition à la parentalité. Il serait également important de s'enquérir de l'avis des couples sur le déroulement des séances, leurs apports en matière de parentalité ainsi que leurs souhaits concernant leur prise en charge.

CONCLUSION

Les sages-femmes, professionnelles de la naissance physiologique, de par leur rôle de prévention se doivent d'assurer l'émergence des ressources propres aux parents en permettant une continuité du lien familial vers le lien social. Grâce à leurs domaines d'actions multiples, celles-ci occupent donc une place stratégique pour préparer à la parentalité. Les recommandations de la HAS élaborées à la demande de la DGS et des sages-femmes montrent l'intérêt croissant d'une approche plus humaniste de la naissance qui favorise une participation active du couple. A cette occasion, la HAS a recommandé aux professionnels des maternités de réfléchir à une évolution de leurs pratiques et de leur organisation afin de participer au soutien des pratiques parentales.

Ainsi, notre étude a mis en évidence que la majorité d'entre-elles abordent la parentalité durant les séances de préparation à la naissance mais ceci de manière non systématique. Une majorité pense ne pas aborder suffisamment ce thème et considère que les couples sont ne sont pas assez informés sur l'existence de soutien à la parentalité. La parentalité paraît plus abordée lorsque les séances de préparation à la naissance sont individuelles ou en petit groupe (≤5) d'une durée supérieure à 90 minutes. Les sages-femmes désirent également augmenter le nombre de séances prises en charge par la sécurité sociale. Les séances devraient être organisées de manière à soutenir la fonction parentale par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux. De plus larges éventails de sujets que ce qui est actuellement organisé devraient être mis en place. Il s'agit notamment d'aborder le passage du couple conjugal ou couple parental et les répercussions sociales, professionnelles que cela implique. Le rôle du père ainsi que ses préoccupations devraient être mises en avant. De plus, préparer à la parentalité est une mission qui engage la responsabilité de la sage-femme vis-à-vis de la famille qui est en train de naitre. Cette mission demande des compétences qui ne se limitent pas à un simple savoir. Il faudrait donc une formation axée sur l'animation de groupe, le conseil familial-conjugal pour préparer au mieux le couple conjugal à devenir parental et ainsi réaliser pleinement le travail de prévention qui est au cœur du métier de sage-femme. Les sages-femmes devraient donc connaitre le fonctionnement du RSPA et les acteurs dans le domaine de la périnatalité pour permettre une prise en charge optimale des couples et ainsi orienter rapidement vers un autre professionnel lorsque cela est nécessaire.

Enfin, il serait intéressant d'étudier le ressenti et les attentes des couples vis-à-vis de la préparation à la naissance afin d'être en adéquation avec leurs besoins. Enfin, une étude quant à l'efficacité de la PNP sur le soutien à la parentalité pourrait être effectuée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] HAS. Recommandation pour la pratique clinique, préparation à la naissance et à la parentalité. 2005. [Consulté le 16/09/2010]. Disponible à partir du l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

[2] Carrière C. Se faire parent à l'hôpital, interactions et co-élaboration des normes de parentalité dans un service de suivi des grossesses à haut risque. Dossiers d'études. 2008 ; 101 : 1-143.

[3] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, institu national de la santé et de la recherche médicale ; 2010. [Consulté le 15/01/2012]. Disponible à partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

[4] Frydman R, Szejer M, Dirs. La naissance Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Paris : Albin Michel ; 2010.

[5] Nolan ML. Antenatal education: failing to educate for parenthood. Br J Midwifery 1997 ; 5(1) : 21-6.

[6] Coren E, Barlow J. Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. The Cochrane Database of SystematicReviews. 2001.

[7] Dugeny F, Dir, Scherer S, Dir, Malochet V, Heurtel H. Aide à la parentalité Etude sur la politique régionale de soutien aux structures porteuses de projet. Paris : IAU, 2011. [Consulté le 15/11/2011]. Disponible à partir de l'URL : http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_792/Aide_a_la_parentalite.pdf

[8] Costa-Lescoux J. Emergence d'un concept, la parentalité. L'école des parents. (HS) 2009 ; 581 : 86-88.

[9] Sellenet C. Essai de conceptualisation du terme « parentalité ». [consulté le 10/12/2010]. Disponible à partir de l'URL : http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/concept_parentalite.pdf

[10] Barraco M, Lamour M. Souffrance autour du berceau. Gaëtan Morin Editeur ; 1998. p.28.

[11] Poussin G. Psychologie de la fonction parentale. Privat, collection familles clinique. 1993.

[12] Doumont D, Renard F. Parentalité : nouveau concept, nouveau enjeux ? Série de dossiers techniques. 2004 ; 04-31. P. 1-17.

[13] Dictionnaire critique d'action sociale. Bayard jeunesse ; 1995.

[14] République française. Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n 99-153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. [consulté le 13/12/2010]. Disponible à partir de l'URL : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-11/a0110762.html

[15] Freud S. Contributions à la psychologie de la vie amoureuse, 1910. La vie sexuelle. Paris : PUF, 1985.

[16] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson ; 2003. P. 1-28.

[17] Brazelton T. La naissance d'une famille. Points ; 2009.

[18] Winnicott D. Le bébé et sa mère. Payot ; 1992.

[19] Dugnat M. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2004.

[20] Delassus J M. Le sens de la maternité. 3ème ed. Dunod ; 2007.

[21] Butler A. Du couple conjugal au couple parental.: Sexol : 2006 ; 15 : 4. P . 250-254.

[22] Percival P, McCourt C. Devenir parent. In : Ann Page L, Percival P, Eds. Le nouvel art de la sage-femme : Science et écoute mises en pratique. Paris : Elsevier-Masson ; 2010. P. 187-222.

[23] Delion P. La fonction parentale. Bruxelles : Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance ; 2007.

[24] Murray L, Cooper P. J. Postpartum depression and child development. Paris : Guilford Press ; 1999.

[25] Blanchard-Freund E, Guillaume S. De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance et à la parentalité. EMC Obstétrique : 2008.

[26] Read D G. Natural childbirth. Londres : Pinter and Martin Ltd ; 1933.

[27] Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée. Paris : L'atelier ; 2004.

[28] Kolly-Weiss B. Sage-femme, une profession au service de la parentalité. Vocation Sage-femme. 2008 ; 62 : 16-19.

[29] Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. Health Promot Int 2001; 16(4) : 381-8.

[30] HAS. Recommandation pour la pratique clinique, préparation à la naissance et à la parentalité, argumentaire. 2005. [Consulté le 16/09/2010]. Disponible à partir du l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

[31] République française. Circulaire n°127 du 5 mai 1988 relative à la sécurité et à l'environnnement de la naissance dans les maternités publiques. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 88/20 bis.

[32] Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES 2008 ; 660.

[33] Blondel B, Du Mazaubrun C, Norton J, Bréart G.La situation périnatale en France en 1998. Paris : DRESS ; 1998.

[34] République française. Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance. JORF n°16 du 20 janvier 1999. p 1043.

[35] Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care : The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. WHO ; 2002. [Consulté le 16/09/2010]. Disponible à partir du l'URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

[36] Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale Collaboration médico-psychologique en périnatalité. DHOS. 2004.

[37] République française. Circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. DHOS ; 4 juillet 2005.

[38] Breart G, Puech F, Roze J.C. Plan de périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la santé et des sports. 2004.

[39] République française. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. JORF ; 6 mars 2007, 55. p.4215 ». [consulté le 10/12/2010]. Disponible à partir de l'URL : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&fastPos=15&fastReqId=333204673&categorieLien=id&oldAction=rechTexte

[40] République française. "Décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie Journal officiel de la république française " . JORF ; 5 février 2008. [consulté le 10/12/2010]. Disponible à partir de l'URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/155_DECISION_UNCAM22avril2009.pdf

[41] Van Eersel P. mettre au monde, enquêtes sur les mystères de la naissance. Albin Michel ; 2008.

[42] Cour des Comptes. Rapport sécurité sociale, le role des sages-femmes dans le système de soins. 2011. p.173-198.

[43] République française. Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. JORF n°0001 du 1 janvier 2012. p. 34, texte n° 19.

[44] Ahldén I, Göransson A, Josefsson A, Alehagen S. Parenthood education in Swedish antenatal care : perceptions of midwives and obstetricians in charge. J Perinat Educ. 2008 ; 17(2): 21–27.

[45] République française. article L. 4151-1. Code de santé publique. 9 Juillet 2011.

[46] Collectif associatif et syndical des sages-femmes, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris : CASSF/CNOSF ; 2007.

[47] Martin C. La parentalité en questions. Perspectives sociologiques. Haut Conseil de la population et de la famille ; 2003.

[48] Petch J, Halford W. Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. Clinical Psychology Review 2008 ; 28. p. 1125–1137.

[49] Feinberg M, Kan M, Goslin M. Enhancing Coparenting, Parenting, and Child Self-Regulation: Effects of Family Foundations 1 Year after Birth. Prev Sci. 2009 September; 10(3): 276–285.

[50] de Montigny F, Lacharite C, Amyot E: The transition to fatherhood : the role of formal and informal support structures during the post-partum period. Texto and Contexto Enfermagem 2006, 15(4):601-9.

[51] Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood : the need of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy and Childbirth : 2008 ; 8 : 30. [consulté le 17/09/2011]. Disponible à partir de l'URL : http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30

[52] République française. Convention nationale des sages-femmes titre 1er concernant la prévention et l'éducation sanitaire. JO du 19 décembre 2007.

ANNEXES

Plan des annexes

ANNEXE I : Lettre destinée aux sages-femmes effectuant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

ANNEXE II : Questionnaire.

ANNEXE III : Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, présentés par compétence.

ANNEXE IV : Brochure « La parentalité durant les séances de préparation à la naissace »

ANNEXE I

La parentalité :

La parentalité peut-être définie comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs nécessaires pour devenir parents et ainsi répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps, la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif. (« Souffrances autour du berceau » M Lamour et M Barraco).

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme en dernière année, je dois réaliser dans le cadre de ma formation, un travail de recherche de fin d'études.

Le thème de mon mémoire porte sur la parentalité. Ce sujet m'a particulièrement touché pour la dimension humaine qu'il comporte. La littérature suggérant qu'un soutien de qualité le plus précoce possible constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile ; il m'est alors paru intéressant de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) afin que cette enquête me permette d'établir des dispositifs d'action de santé publique pour soutenir la fonction parentale.

C'est pourquoi, j'ai besoin de votre collaboration en tant qu'experts professionnels dans ce domaine, je me permets donc de vous faire parvenir un questionnaire afin de recueillir le maximum d'informations sur ce sujet.

Ce questionnaire comporte une 1ère partie sur votre identité professionnelle . La 2ème partie s'intéresse à votre pratique professionnelle en matière d'accompagnement à la parentalité pendant les séances de PNP, qui se divise en deux sous-parties : l'organisation des séances et les séances de PNP. Vous prendrez soin de lire attentivement chaque question ainsi que les réponses proposées. Vous répondrez à chaque question en cochant une réponse, celle qui vous correspond le mieux. Si les propositions ne vous conviennent pas, entourez la réponse qui s'en approche le plus. Ce questionnaire recto-verso comporte 6 pages. Celui-ci reste anonyme. Le calendrier de ce projet prévoit le retour des questionnaires pour le 31 Décembre 2011.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour le remplir, votre aide m'est précieuse. N'hésitez pas à me faire part de toutes vos remarques et suggestions.

Je reste à votre disposition pour toute information, et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Sophie HAMELIN

ANNEXE II

1ère partie : votre identité professionnelle

1- Quel est votre âge ?.....

2- Quel est votre département d'exercice professionnel ?

- ☐ 03
- ☐ 15
- ☐ 43
- ☐ 63

3- Quel est votre lieu d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Clinique privée
- ☐ Hôpital public
- ☐ PMI
- ☐ Centre périnatal de proximité
- ☐ Secteur libéral

4- Quelle part de votre activité la PNP représente-t-elle approximativement ?

- ☐ 1/3
- ☐ 1/2
- ☐ 2/3
- ☐ 1/1

5- Quels types de PNP effectuez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Classique
- ☐ Yoga
- ☐ Sophrologie
- ☐ Haptonomie
- ☐ Piscine
- ☐ Acupuncture
- ☐ Autres, précisez :…….....

6- Avez-vous été formé(e) sur l' accompagnement à la parentalité ?

- ☐ Formation initiale
- ☐ Formation continue
- ☐ Les deux
- ☐ Non

2ème partie : votre pratique professionnelle en matière d'accompagnement à la parentalité pendant les séances de PNP

Partie A : l'organisation des séances

1- Avant les séances de PNP, informez-vous les couples sur l'apport de ces séances en matière de soutien à la parentalité ?

☐ Oui ☐ Non

2- Pensez-vous que les couples sont suffisamment informés sur l'existence de soutien à la parentalité ?

Plutôt oui	Ni oui ni non	Plutôt non	Ne sait pas

3- Combien de séances proposez-vous à chaque femme ? ……..

4- Combien de temps durent en moyenne chaque séance ? ……

5- Les séances de PNP que vous effectuez sont : (plusieurs réponses possibles)

Individuelles	Collectives

Si vous avez répondu « individuelles », passez directement à la question 7.

Sinon, poursuivez avec la question 6.

6- Combien de personnes accueillez-vous en moyenne par séance ?.....

7- Durant les séances de PNP, invitez-vous le conjoint à participer à :

Toutes les séances	Quelques séances	Une séance dédiée

8- Comment installez-vous les participants aux séances et vous-même pour faciliter la mise en confiance et le dialogue ?

……
……
……

Partie B : les séances de PNP

1- En début de séance, laissez-vous un temps d'expression pour les parents ?

Toujours	Presque toujours	Souvent	Rarement	Jamais

2- Vous appuyez-vous sur ce temps pour construire votre séance ?

Toujours	Presque toujours	Souvent	Rarement	Jamais

3- Au cours de ces séances, abordez-vous systématiquement la parentalité ?

☐ Oui ☐ Non

4- Durant les séances de PNP, vous diriez que vous abordez la parentalité ?

Toujours	Presque toujours	Souvent	Rarement	Jamais

5- Attendez-vous que la notion de parentalité soit abordée par :

- ☐ Un des membres du couple
- ☐ Un des membres du groupe
- ☐ Vous-même

6- Sous quelle forme l'abordez-vous ?

- ☐ Compétences à acquérir
- ☐ Jeu de questions-réponses
- ☐ En saisissant ce qui vient à ce propos lors de la séance
- ☐ Autres, précisez : ……

7- En ce qui concerne la parentalité, au cours des séances de PNP, abordez-vous :

	Toujours	Presque toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Le vécu de la grossesse					
Les répercussions liées à l'arrivée d'un enfant sur la vie de couple et la fonction parentale					
Les répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant					
Les modifications physiques de la grossesse					
La sexualité					
Le passage du couple conjugal au couple parental					
Les contacts des services sociaux de proximité et des associations d'aides et d'accompagnements					
Autres, précisez :…….....					

8- Utilisez-vous des brochures d'information au soutien de la parentalité ?

☐ Oui ☐ Non

9- Avez-vous déjà aménagé une séance dédiée au soutien à la parentalité ?

☐ Oui ☐ Non

10- Si non, pensez-vous qu'il serait intéressant d'en créer une ?

☐ Oui ☐ Non

11- A l'issue de ces séances, faites-vous le point sur les questions de parentalité avec certains couples ?

☐ Oui ☐ Non

12- Pensez-vous, en tant que professionnel, aborder de manière suffisante tout ce qui concerne le soutien de la parentalité ?

☐ Oui ☐ Non

13- Pensez-vous que d'autres occasions sont propices pour aborder la question de la parentalité ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Entretien pré-natal
☐ Séances post-natales
☐ consultations
☐ Autres, précisez :……

14- D'une manière générale, ressentez-vous des difficultés à aborder la parentalité lors des séances de PNP ?

Toujours	Presque toujours	Souvent	Rarement	Jamais

15- Si tel est le cas, ces difficultés sont liées : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ A la conduite d'une séance individuelle
- ☐ A l'animation d'un groupe
- ☐ Au travail en réseau
- ☐ A un manque de formation spécifique (médicales, sociales, psychologiques....)
- ☐ Aux connaissances sur les vulnérabilités des femmes pendant la grossesse
- ☐ A votre histoire et contexte personnel
- ☐ Autres, précisez :…….

16- Pensez-vous qu'il serait intéressant de former les professionnels sur le soutien à la parentalité ?

☐ Oui ☐ Non

17- Quelles modifications seraient à mettre en place pour permettre d'accompagner la naissance de la parentalité durant les séances de PNP ?

……
……
……

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

ANNEXE III

Objectifs spécifiques et contenus des séances de PNP, présentés par compétence

1. *Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé*

♉ Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage.

- vécu de la grossesse, de la transformation du corps, conséquences de la grossesse sur le couple, la vie familiale, sociale, professionnelle, l'environnement affectif, attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, importance d'un soutien social après la naissance (soutien affectif, partage d'informations, ressources matérielles, services)
- expérience et connaissance acquises pour les soins du bébé, sa sécurité, ses comportements habituels (sommeil, pleurs), son alimentation.

2. Comprendre, s'expliquer

♉ Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des suites de l'accouchement

♉ S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse

La grossesse

- changements physiques et affectifs, modifications psychologiques durant la grossesse et adaptation à ces changements
- symptômes mineurs durant la grossesse
- nutrition durant la grossesse et après l'accouchement
- sexualité durant la grossesse
- Renforcement des messages délivrés en consultation de suivi de la grossesse sur les méfaits et conséquence de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues

L'accouchement et la naissance déroulement du travail et de la naissance

- soulagement de la douleur durant le travail
- aborder la question de la présence de l'entourage pendant le travail
- pratiques habituelles durant le travail
- autres modes d'interventions au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne)
- Visite de la salle de naissance souhaitable

En salle de naissance

- contact "peau-à-peau" avec le nouveau-né, mise au sein et allaitement maternel si souhaité
- explication des soins à la naissance : surveillance attentive et évaluation clinique du nouveau-né

♉ Comprendre les risques liés au mode de vie

- Consommation de drogues, tabac, alcool
- Automédication

♉ Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant

- Le développement de l'enfant et ses acquisitions :
- Développement psycho-moteur :

- suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents
- appréciation des différentes acquisitions lors des examens successifs dont bénéficiera l'enfant, notamment lors des consultations « charnières » du carnet de santé (4 mois, 9 mois, 24 mois).

- Au niveau sensoriel *:*

- l'orientation visuelle vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit une cible sur 90°.
- les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort : il sursaute ou grimace, modifie son état de vigilance.
- en cas de doute, un examen ophtalmologique ou un dépistage auditif peuvent être réalisés dès les premiers jours de vie.

Le développement psycho-moteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.

♉ S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant

- Association de la vie de couple à la fonction de parent
- attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille
- présence ou non de supports familiaux au moment de la naissance et à distance de la naissance
- modes d'accueil de l'enfant après le congé maternité, vie professionnelle

3. Repérer, analyser

♉ Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance

- changements normaux durant la grossesse et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence
- signes précurseurs du début du travail, conseils pour gérer les contractions et venir au bon moment à la maternité

♉ Analyser une situation à risque

- Signes d'alerte précoce pour la mère après la naissance : fièvre, saignements, difficultés d'allaitement
- Signes d'alerte précoce pour le bébé : troubles fonctionnels du nourrisson (tristesse, changement de comportement, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance)

4. Faire face, décider

♉ Décider d'être accompagnée durant l'accouchement

- Place du père ou d'une autre personne lors de l'accouchement

♉ Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer

- Pour la mère : périnée, cicatrice de césarienne, seins
- Pour l'enfant : bain, soins du cordon, précautions d'hygiène générale,

♉ Décider du mode d'alimentation du bébé

♉ Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant

♉ Contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité

Alimentation du nourrisson à la naissance :

- Avantages de l'allaitement maternel, allaitement à la demande, cohabitation mère-enfant à la maternité, etc.

Alimentation du nourrisson jusqu'à 4 à 6 mois :

- Avantages de l'allaitement maternel (nutritionnels, immunologiques et relationnels).
- Les préparations pour nourrissons (ex, laits 1er âge) répondent aux besoins nutritionnels de l'enfant pendant cette période.

Alimentation de transition et de diversification de 4-6 mois à 9-12 mois

- Le lait est soit le lait maternel, soit une préparation de suite (ex, laits 2ème âge).
- La diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers six mois.

Alimentation après 9 -12 mois

- L'alimentation est quasiment de type adulte avec apport de lait de croissance de façon prolongée.
- *Les suppléments indispensables*
- vitamine D et fluor, tous les jours
- vitamine K, toutes les semaines pendant l'allaitement maternel exclusif

La prévention de l'allergie alimentaire s'adresse aux nouveau-nés issus de famille « allergique » (père, mère ou fratrie avec manifestations allergiques). L'explosion de l'allergie alimentaire avec ses conséquences (eczéma, douleurs abdominales, asthme, urticaire, choc) en fait un problème de santé publique.

- Débuter précocement les mesures suivantes :
- allaitement maternel exclusif ou lait hypo-allergénique jusqu'à six mois,
- retard de la diversification alimentaire au-delà de six mois : fruits et légumes à six mois (en évitant les fruits exotiques), oeufs et poissons à partir de douze mois, arachide et fruits à coque vers cinq-six ans.

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique. Sa prévention doit être précoce par la promotion d'une alimentation équilibrée riche en fruits et légumes, la proscription des boissons sucrées et du grignotage entre les repas, l'encouragement à l'exercice physique dès l'âge de la marche

- Comprendre les comportements habituels de l'enfant
- Faire face aux pleurs de l'enfant

Protéger le sommeil de l'enfant dès la naissance est essentiel pour préserver sa santé :

- environnement calme
- respect de son rythme de sommeil
- Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers trois mois, 10 heures vers six mois.
- Avertir les parents *du danger de secouer un enfant* parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énervement (risque de séquelles neurologiques redoutables) Manières de faire face à une agitation de l'enfant : mettre l'enfant en sécurité dans son lit, se faire aider, en parler, demander conseil
- La survenue de *cris excessifs* –« coliques du nourrisson » est fréquente (notamment en fin d'après-midi et le soir):Ils sont calmés par l'alimentation et sont isolés (absence de troubles digestifs objectifs et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers trois mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique et rassurera les parents.

♉ Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance

♉ Décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences

- Fatigue après la naissance et dans les premiers mois de vie de l'enfant : se reposer ou dormir entre les tétées ou les biberons.
- Difficultés d'allaitement (douleur, lésions des mamelons, engorgement, mastite, insuffisance de lait lors de la reprise des activités) : position correcte du nourrisson lors des tétées, augmentation transitoire de la fréquence et la durée des tétées et recherche de soutien auprès de professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés (Anaes allaitement maternel 2002).

L'enfant malade

- Pendant les premières semaines de vie, prévenir les parents que la persistance d'un symptôme anormal (modification du comportement, arrêt de la prise alimentaire, respiration rapide, changement de coloration, fièvre au-delà de 38°C) impose une consultation médicale rapide.
- Conduite à tenir en cas de fièvre : lutter contre l'inconfort de l'enfant et prévenir la déshydratation : découvrir l'enfant et lui donner à boire fréquemment)

♉ Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés

- Connaissance des modalités de recours de proximité en cas de complication ou de perception d'une situation d'urgence (sage-femme, médecin généraliste)
- Mise en contact avec des associations, un service d'écoute téléphonique, les services de la PMI, etc.

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

♉ Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant

- Activité physique, gestion du stress
- Aménagement du temps de travail et du temps de transport
- Conseils pour le choix du matériel de puériculture
- Conseils pour la qualité de l'environnement à domicile : température ambiante, tabagisme de l'entourage y compris passif, plomb.

♉ Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions.

- Modalités de sortie précoce de la maternité

- Organisation des conditions domestiques de retour à domicile (aide de la famille proche, congé du père, travailleuse familiale, etc.)

♉ Résoudre des difficultés d'allaitement

- Position pour une succion efficace
- Reconnaissance d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée
- Vérification à la maternité ou à domicile de la prise correcte du sein et de l'efficacité de la succion.
- Recours à des associations de soutien, à la PMI
- Conseils de prévention de l'engorgement (tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée)

♉ Comprendre la prévention des risques pour l'enfant

La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite :

- choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit
- éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les sur-pyjamas ou les turbulettes
- préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des six premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée.
- limiter la température de la pièce à 19°C
- éviter le tabagisme autour de l'enfant.

Les circonstances d'accidents les plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte).

6. Pratiquer, faire

♉ Mettre en oeuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins

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

♉ Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse

- Rééducation postnatale : rééducation du *post-partum* (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvirachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.

♉ Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé:

- Conseils d'hygiène générale
- Bain, change, habillement, soins des yeux, du nez et des oreilles
- Conseils pour le choix des produits d'hygiène du nouveau-né

7. Adapter, réajuster

♉ Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né

Mesures simples pour prévenir les infections virales chez le nouveau-né :

- lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant,
- port de masque lors des repas chez les parents qui toussent,
- éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et soeurs,
- éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transport en commun, supermarchés).

♉ Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques

- Équilibre alimentaire durant la grossesse, après l'accouchement et en cas d'allaitement

♉ S'ajuster aux besoins d'un bébé

- Comprendre les exigences d'un nourrisson et savoir y répondre
- Confiance en sa capacité de donner les soins essentiels au bébé (mère et père)

8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits

♉ Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible

- Connaissance de l'offre de soins de proximité

♉ Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé

- Le carnet de maternité : remis à chaque femme enceinte contient les informations sur le suivi de la grossesse et des messages d'éducation à la santé et de prévention.

Objectifs de la consultation postnatale pour la mère dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

- Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.
- Parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.
- Rechercher des signes évocateurs d'une dépression du *post-partum*
- Faire un examen gynécologique
- Aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple
- Envisager la rééducation du *post-partum*
- Le suivi de l'enfant

Les examens médicaux obligatoires pour l'enfant (9 la première année : un par mois pendant les 6 premiers mois) pour :

- la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psycho-moteur et affectif de l'enfant
- le dépistage précoce des anomalies ou déficiences
- la pratique des vaccinations.
- Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents.
- Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé.

Le carnet de santé :

- a valeur de carnet de vaccination
- est la propriété des parents (document médical confidentiel).
- La famille est seule à décider de sa présentation au médecin et seul le médecin de la crèche ou de l'école est habilité à en prendre connaissance. Il doit accompagner l'enfant lors de ses déplacements en dehors de son lieu de résidence habituel. Il constitue un outil d'éducation pour la santé par les informations et conseils à destination des parents qu'il contient

♉ Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement

- Orientation vers des contacts possibles avec des professionnels médico-sociaux, des associations d'usagers
- Informations utiles sur les ressources de proximité disponibles pour mener à bien le projet de naissance et créer les liens sécurisants en particulier pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité et pour les femmes ayant un handicap ou une maladie invalidante (accompagnement, solutions pour faciliter la vie dans les domaines de mise en difficulté du fait de leur handicap)

♉ Rechercher de l'information utile

- Renvoi vers des brochures crédibles qui complètent l'information orale

♉ Faire valoir des droits (travail, maternité)

- Informations sur les droits et avantages liés à la maternité

ANNEXE IV
LA PARENTALITE DURANT LES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE

➢ **Formation**	Pour développer ses connaissances sur la parentalité et l'animation de groupe (Aspazie)
➢ **Information des couples**	Pour préciser l'intérêt des séances de PNP pour les parents afin de se préparer au mieux à l'arrivée de leur enfant
➢ **Entretien prénatal**	Pour identifier les besoins d'information et les compétences parentales à développer ou soutenir
➢ **Une sage-femme par groupe**	Pour créer des liens avec les futurs parents et les mettre en confiance, les séances de PNP devraient toutes se faire par la même sage-femme
➢ **Nombre et durée de séances**	Pour donner des informations et permettre le développement des compétences, il devrait être organisé 8 séances prénatales, prises en charges par l'assurance maladie de 90 minutes minimum
➢ **Nombre de participants**	Pour favoriser la participation active et ouvrir les séances aux futurs pères, le nombre de participants devrait être au maximum de 5 personnes
➢ **Installation des participants**	Pour favoriser la confiance et le dialogue, les participants devraient être installés à notre niveau sur des coussins, en cercle
➢ **Temps expression**	Pour animer les échanges d'informations et d'expériences, les sages-femmes devraient donner la parole et le temps aux participants pour poser des questions et témoigner de leurs attentes, inquiétudes…
➢ **Thèmes à aborder**	Pour favoriser l'émergence de compétences parentales, il serait utile d'aborder le passage du couple conjugal au couple parental et ses répercussions sociales, familiales et professionnelles liées à l'arrivée de l'enfant ainsi que les contacts des services sociaux et des associations d'aides
➢ **Séances spécifiques**	Pour favoriser le partage des connaissances, il pourrait être mis en place des séances mixtes avec des jeunes mamans racontant leur vécu. Une séance dédiée à la parentalité ainsi que 2 séances postnatales permettraient aux couples de gérer l'arrivée de leur enfant.

Introduction : Lors de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), les sages-femmes, de par leur rôle d'accompagnement, préparent le couple conjugal à devenir parent et participent à la prévention des troubles de la relation mère-enfant en permettant de créer des liens sécurisants et en soutenant la construction harmonieuse des liens familiaux.

Objectifs : L'objectif de cette recherche était d'analyser les pratiques professionnelles en matière d'accompagnement à la parentalité durant les séances de PNP afin de savoir si celles-ci abordaient assez la parentalité.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et à visée étiologique. Un questionnaire à l'intention des sages-femmes d'Auvergne effectuant des séances de PNP a été distribué.

Résultats, discussion : 71% des sages-femmes déclaraient aborder « toujours » à « souvent » la parentalité durant les séances. 63% des sages-femmes pensaient ne pas l'aborder suffisamment. La parentalité était plus abordée lorsqu'il était organisé au minimum 8 séances d'une durée supérieure à 90 minutes avec un nombre de participants inférieur ou égal à 5 ou lorsque les séances étaient individuelles. Les séances devraient être organisées de manière à soutenir la fonction parentale par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux.

Conclusion : Les écarts entre les recommandations actuelles et les pratiques des sages-femmes doivent disparaitre. Il faut soutenir la fonction parentale par des dispositifs d'actions de santé publique proposés en période anté et postnatale. Les sages-femmes, professionnelles de la naissance physiologique, occupent une place stratégique pour préparer à la parentalité. De part leur rôle de prévention, elles doivent assurer l'émergence des ressources propres aux parents.

Mots clés : parentalité, séances de PNP, couple parental-conjugal, périnatalité

Introduction : During preparation lessons for birth and parenting which is called PNP in french, the midwives have a support role and prepare the couple in order to become parents and to participate to avoid disorder concerning the mother child relationship allowing the creation of secure attachment by supporting the construction of harmonious family ties.

The aims : The aim of such a study was to analyse professional practices in term of parenting support during the PNP in order to know if they really approached parenting relationship.

Material and methods : it was a cross-sectional study and aetiological. A questionnaire has been distributed to Auvergne midwives practising PNP.

Result and discussion : 71 percent of the midwives declared that they "always" and "often" approached parentality during those sessions whereas 63 percent thought that they did not sufficiently approach it. Parentality was much more concerned during at least 8 lessons which lasted for 90 minutes with a good deal of participants inferior or equal to 5 or when those lessons were individual. Those sessions had to be organized in order to support the parental fonction with informations and familial landmarks building.

Conclusion : Differences between current recommendations and midwives practise must disappear. We must support parental function with devices for public health action suggested during pre and post natal. The midwives who are really professional birth physiological have a strategic fit in the preparation to parentality. Because of their role in prevention they must ensure the emergence of their own resources for parents.

Key words : parentality/birth preparation classes/parental-conjugal couple/perinatal.