



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la pratique clinique

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Argumentaire

Novembre 2005

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en novembre 2005.

Haute Autorité de santé (HAS)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de la Direction générale de la santé et des associations de sages-femmes.

Les sociétés savantes et les organisations professionnelles dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française de pédiatrie ambulatoire
- Association nationale des puéricultrices diplômées d'État
- Association nationale des sages-femmes libérales
- Association des sages-femmes d'encadrement des services de gynécologie obstétrique
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- Conseil de l'ordre des sages-femmes
- Organisation nationale des syndicats de sages-femmes
- Société française de médecine générale
- Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France

L'ensemble du travail a été réalisé par M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été coordonnée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M. Aurélien DANCOISNE, sous la responsabilité de M^{me} Frédérique PAGÈS, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Laetitia GOURBAIL et M^{lle} Stéphanie BAUDOUX.

Les rédacteurs tiennent à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, du groupe de lecture, de la commission recommandations pour l'amélioration des pratiques et du Collège de la HAS, qui ont contribué à la finalisation de ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

M^{me} Catherine BERTEVAS, sage-femme, Brest
D^r François-Marie CARON, pédiatre, Amiens
M^{me} Anne-Marie CURAT, sage-femme, Varilhes
M^{me} Jacqueline LAVILLONNIÈRE, sage-femme, Vals-les Bains
D^r Alfred MANELA, gynécologue-obstétricien, Beauvais

D^r Françoise MOLENAT, pédo-psychiatre, Montpellier
M^{me} Jacqueline PATUREAU, ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé, sous-direction qualité du système de santé, bureau qualité des pratiques, Paris
P^r Francis PUECH, gynécologue-obstétricien, Lille

GROUPE DE TRAVAIL

M^{me} Sophie FLANDIN-CRÉTINON, chargée de projet, sage-femme, Saint-Germain-en-Laye

M^{me} Agnès GILLET, chargée de projet, sage-femme, Poissy

M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

M^{me} Béatrice BABY, sage-femme, Beauvais

M^{me} Françoise BERNABEROY-PRIDO, sage-femme, Castanet-Tolosan

M^{me} Danielle CAPGRAS-BABERON, sage-femme, Saint-Loup

M^{me} Gisèle CRIBALLET, sage-femme, Montpellier

D^r Jean-Pierre DUBOS, pédiatre, Lille

M^{me} Patricia DURDEK, sage-femme, Putot-en-Auge

M^{me} Josette HERVÉ, sage-femme, POISSY

D^r Martine LEVINE, pédiatre, ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé, Paris

M^{me} Ghislaine MORIZUR-BARON, sage-femme, Bains-sur-Oust

P^r Fabrice PIERRE, gynécologue-obstétricien, Poitiers

M^{me} Laurence PLATEL, sage-femme, Saint-Sébastien-sur-Loire

M^{me} Perrine RAMÉ-MATHIEU, ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins, Paris

M^{me} Laetitia SIEGLER, sage-femme, Mittelschaeffolsheim

M^{me} Claude VOUILLOT, sage-femme, Montreuil

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Béatrice ALLARD, sage-femme, Beauvais
M^{me} Marie-Thérèse ARCANGELY-BELGY, sage-femme, Nancy
D^r Bruno BACHELARD, gynécologue-obstétricien, Perpignan
M^{me} Élisabeth BAILLEUX, sage-femme, Lille
D^r Isabelle BERTHOUZE-VALLA, généraliste, Saint-Galmier
M^{me} Nicole BOSSON, sage-femme, Saint-Appolinaire
M^{me} Marie-France BOUTHET, sage-femme, Chasseneuil-du-Poitou
M^{me} Marie-Ange CABOT, sage-femme, Lyon
M^{me} Évelyne CASTELL, sage-femme, Grenoble
M^{me} Agnès CINTAS, sage-femme, Pierre-Bénite
M^{me} Nicole COGNAT, sage-femme Caen
M^{me} Marianne CORBILLON, sage-femme, Amiens
P^r Jean-François d'IVERNOIS, pédagogue sciences éducation, Bobigny
M^{me} Olga, DALLEAN, sage-femme, Ruffec
M^{me} Marie-Paule DAUVERGNE, sage-femme, Poitiers
D^r Annette DELABAR, généraliste, Évreux
M^{me} Isabelle DERRENDINGER, sage-femme, Saint-Philibert-de-Grand-Lieu
M^{me} Catherine DIEULOUART, sage-femme, Le Mont-Saint-Aignan
M^{me} Marie-Jeanne DOLE, sage-femme, Lons-le-Saunier
M^{me} Nadine FETILLE, sage-femme, Caen
M^{me} Sophie FOUCHER, sage-femme, Cherbourg
M^{me} Christine FRECHE, sage-femme, Benac
P^r Rémi GAGNAYRE, pédagogue sciences de l'éducation, Bobigny
M^{me} Ingrid GARNIER-MICHEL, psychologue, La Tour-en-Jarez
M^{me} Brigitte GAUTHIER, sage-femme, Castelnau-le-Lez
M^{me} Évelyne GIFFARD, sage-femme, Caen

P^r Jean-Robert GIRAUD, gynécologue-obstétricien, Angers
P^r Jean GONDROY, gynécologue-obstétricien, Amiens
M^{me} Marie-Laure, GRANDIN, sage-femme, Roissy
M^{me} Florence HELARY-GUILLARD, sage-femme, Larré
P^r Michel HERLICOVIEZ, gynécologue-obstétricien, Caen
P^r Jacques HOROVITZ, gynécologue-obstétricien, Bordeaux
M^{me} Isabelle HOUSSIN, sage-femme, Poissy
M^{me} Nathalie JALABER, sage-femme, L'Isle-Jourdain
M^{me} Catherine KILLIAN-BUZY, sage-femme, Mont-Saint-Martin
M^{me} Claudie LA HIEYTE, sage-femme, Plouzane
M^{me} Isabelle LACROIX, sage-femme, Montpellier
D^r Didier LAMBERT, pédopsychiatre, La Rochelle
M^{me} Christine LAUGEL, sage-femme, Schiltigheim
M^{me} Mary LE DANTEC, sage-femme, Plérin
M^{me} Christine LE MASSON, sage-femme, Roubaix
M^{me} Josiane LEDRANS, sage-femme, Caen
M^{me} Anne LEFEBVRE, sage-femme, Pontoise
D^r Véronique LEMAÎTRE, pédopsychiatre, Lambersart
M^{me} Dominique LICAUD, sage-femme, Linars
D^r Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges
M^{me} Fabienne MASSON, sage-femme, Gommegnies
M^{me} Nathalie NOWINSKI, sage-femme, Beauvais
M^{me} Michèle OLLIVIER, sage-femme, Tourcoing
M^{me} Stéphanie PARIS, sage-femme, Besançon

P^r Franck PERROTIN, gynécologue-obstétricien, Tours

M^{me} Catherine PETITHOMME, sage-femme, Nanteuil-la-Forêt

D^r Évelyne PETROFF, gynécologue-obstétricien, Paris

M^{me} Anne PRUVOT, sage-femme, Lille

P^r Christian QUEREUX, gynécologue-obstétricien, Reims

M^{me} Christine RIBET-VERHASSELT, sage-femme, Lille

M^{me} Corinne ROQUES, sage-femme, Vergèze

M^{me} Chantal SCHOUWEY, représentante d'usagers, accompagnante à la naissance, Villeneuve

M^{me} Anne SOURDIN, sage-femme, Avranches

M^{me} Marie-Gabrielle SURET, sage-femme, Bourgoin-Jallieu

M^{me} Flavie THOMAS, sage-femme, Schiltigheim

M^{me} Martine TOUATI, sage-femme, Toulouse

D^r Anne TURSZ, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche Inserm, Villejuif

M^{me} Anne-Marie VAGNER, sage-femme, Nancy

M^{me} Malika ZAIDI, sage-femme, Ronchin

SOMMAIRE

Méthode générale	9
I. Méthode générale d'élaboration des recommandations professionnelles.....	9
II. Argumentation de la demande	10
III. Stratégie de recherche documentaire	11
III.1. Sources d'informations	11
III.2. Stratégie de recherche	11
Argumentaire.....	13
Introduction.....	13
I. Évolution du concept de préparation à la naissance et à la parentalité	14
II. Attentes des femmes ou des couples.....	15
III. Efficacité de la préparation à la naissance et à la parentalité	16
III.1. Effets sur le déroulement de la naissance, les interventions obstétricales, le niveau de ... connaissances	16
III.2. Effets sur la mise en œuvre de l'allaitement maternel.....	17
III.3. Effets sur le soutien à la parentalité	18
III.4. Effets sur le bien-être des femmes	18
III.5. Effets sur la dépression postnatale	19
III.6. Les évaluations en cours.....	20
IV. Organisation de la préparation à la naissance et à la parentalité.....	21
IV.1. La préparation à la naissance et à la parentalité en France.....	21
IV.2. Les sages-femmes : acteurs principaux des séances de PNP	21
IV.3. L'offre de participation aux séances de PNP	22
IV.4. La participation précoce aux séances de PNP	23
IV.5. L'entretien individuel ou en couple : une entrée dans la PNP	23
IV.6. L'intérêt d'une forme de soutien après la naissance	23
V. Structuration de la préparation à la naissance et à la parentalité.....	24
VI. Objectifs de la PNP	26
VI.1. Les objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité dans les ... recommandations internationales.....	26
VI.2. Les objectifs de la PNP dans les documents d'information pour les femmes	28
VI.3. Les objectifs généraux de la PNP, proposés par le groupe de travail.....	28
VII. Entretien individuel ou en couple : point de départ de la démarche de prévention, ... d'éducation et d'orientation.....	29
VII.1. Les buts de l'entretien individuel ou en couple du 1 ^{er} trimestre de la grossesse.....	29
VII.2. Les modalités et les conditions de déroulement de l'entretien individuel ou en couple... 30	30
VIII. Facteurs de vulnérabilité	32
VIII.1. Définition.....	32
VIII.2. Situations à risque dans la littérature	33
VIII.3. Les situations de vulnérabilité retenues par le groupe de travail.....	34
VIII.4. Le repérage des facteurs de vulnérabilité : critiques des instruments disponibles.....	36
VIII.5. Les autres alternatives à l'utilisation des instruments d'évaluation des facteurs de ... vulnérabilité	38
VIII.6. Les dispositifs d'aide et d'accompagnement.....	40
IX. Évaluation des besoins d'information et de développement de compétences	45
X. Informations utiles et compétences à développer	47
XI. Contenu de la préparation à la naissance et à la parentalité	49
XI.1. Les textes réglementaires français.....	49
XI.2. Le contenu de la PNP dans les recommandations internationales	50
XI.3. Le contenu de la PNP dans les documents d'information écrits pour les femmes et/ou ... les couples.....	52
XI.4. Santé de l'enfant et préparation à la naissance et à la parentalité.....	52

XI.5.	Les recommandations françaises sur le thème de la périnatalité.....	55
XI.6.	Le travail corporel en France.....	56
XI.7.	Le travail corporel dans les recommandations internationales.....	57
XI.8.	La parentalité.....	58
XI.9.	Synthèse des compétences à développer et du contenu de la PNP.....	59
XII.	Techniques éducatives pour la PNP.....	66
XII.1.	Revue de la littérature.....	66
XII.2.	Les techniques éducatives proposées dans les recommandations internationales.....	68
XII.3.	Le choix des techniques éducatives.....	69
XIII.	Évaluation individuelle et évaluation du programme de préparation à la naissance et à la parentalité.....	70
XIII.1.	L'évaluation des compétences développées au cours des séances prénatales.....	70
XIII.2.	L'évaluation après la naissance à la maternité et/ou à domicile.....	71
XIII.3.	L'évaluation des dispositifs mis en œuvre en réponse aux situations de vulnérabilité.....	71
XIII.4.	Le déroulement du programme de PNP.....	71
XIV.	Modalités de communication et de continuité entre les professionnels de santé et avec .. les femmes ou les couples.....	72
XIV.1.	La continuité des soins.....	72
XIV.2.	Partage et transmission de l'information.....	73
XV.	Programmes de formation des professionnels.....	73
	Conclusion et perspectives de recherche.....	75
	Bibliographie.....	76

Méthode générale

I. Méthode générale d'élaboration des recommandations professionnelles

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été élaborées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés. Une méthode de consensus formalisé (dérivée de la méthode diffusée par la HAS (1) a été utilisée pour identifier les accords professionnels au sein du groupe de travail et centrer les discussions sur les propositions de recommandations pour lesquelles subsistaient un désaccord ou une indécision. Le groupe de travail a réalisé une première cotation des propositions de recommandations de manière individuelle par courrier. Une deuxième et une troisième cotation ont été réalisées à l'issue de chacune des réunions du groupe. Les recommandations ont été modifiées ou complétées entre ces trois tours de cotation.

La HAS a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée.

Un chef de projet de la HAS a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique. Avec deux chargés de projet, il a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et finalisées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par la commission recommandations pour l'amélioration des pratiques puis validées par le Collège de la HAS.

Une recherche documentaire a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques et médico-sociales sur une période adaptée à question posée. Les sites Internet pertinents (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés. Les recherches initiales ont été mises à jour jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique.

Le chapitre « recherche documentaire » présente le détail des sources consultées ainsi que la stratégie de recherche.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir tableau). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord exprimé par les professionnels et les représentants des usagers. Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

Tableau. **Grade des recommandations.**

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>A Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte</p>	<p>B Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3 Études cas-témoins</p>	<p>C</p>
<p>Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas</p>	<p>Faible niveau de preuve</p>

II. Argumentation de la demande

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des associations de sages-femmes à la suite des mesures proposées dans le rapport périnatalité de 1998 et instaurées par le plan périnatalité 2005-2007 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>).

Elles ont pour objet de définir le contenu de l'entretien individuel ou en couple dit « du 4^e mois » ainsi que le contenu des séances de PNP. Ces recommandations abordent également la reconnaissance des vulnérabilités personnelles et familiales et les dispositifs qu'il est possible de mettre en œuvre pour prévenir les troubles psycho-affectifs des enfants.

III. Stratégie de recherche documentaire

III.1. Sources d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées :

- CINAHL (*database for nursing and allied health literature*)
- Medline (*National library of medicine*, États-Unis)
- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne),
- *World Health Organization Database WHOLIS*
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes)
- Pascal (CNRS- INIST, France).

III.2. Stratégie de recherche

La stratégie d'interrogation des bases de données précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres). Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles analysés ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau. Stratégie de recherche documentaire (toutes bases de données confondues)

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche
Les cours de préparation à l'accouchement (toutes bases confondues)		Sans limite
Étape 1	<i>Antenatal education</i> OU <i>Antenatal classes</i> OU <i>Birth preparation classes</i> OU <i>Childbirth education</i> OU <i>Childbirth classes</i> OU <i>Prenatal classes</i> OU ((<i>Pregnancy</i> OU <i>Prenatal care</i>) AND <i>patient Education</i>)) OU Préparation naissance OU préparation accouchement	
La littérature française sur la prévention de la maltraitance (BDSP, Pascal et CAF)		Sans limite
Étape 2	Maltraitance	
Nombre total de références obtenues		152
Nombre total d'articles analysés		229
Nombre d'articles cités		86

Recherches complémentaires de littérature grise

Les sites Internet des organisations nationales ou internationales francophones ont été explorés afin de collecter des informations spécifiques sur les aspects de vulnérabilité (évaluation psychosociale, dépression périnatale, maltraitance, etc.) et de la parentalité :

- ministère de la Santé et des Solidarités <http://www.sante.gouv.fr/>
- Haut Conseil de la population et de la famille
<http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/hcpf/sommaire.htm>
- caisse d'allocations familiales (dossiers d'études) <http://www.caf.fr/>
- Agence de santé publique du Canada <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- Office national de la naissance (Belgique) <http://www.one.be/>

Une recherche sur l'organisation de la PNP en Europe a été effectuée ; pour cela les documents en langues espagnole, italienne et allemande ont été retenus et exploités.

Argumentaire

Introduction

Historiquement, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité dont l'objectif global est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive (2). Les troubles de la relation parents-enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, une activation des professionnels autour des familles et par une cohérence des actions en continuité de la période anténatale à la période postnatale (3).

Or, en 2003, une « préparation à la naissance » a été suivie par seulement 66,6 % des femmes primipares et 24,9 % des multipares (4). Ces chiffres ont peu varié depuis l'enquête de 1998 : la moitié des femmes qui attendent leur premier enfant participent aux séances et plus des deux tiers des femmes qui ont déjà eu un enfant ne souhaitent pas participer à ces séances. Dans l'enquête 2003, une estimation du bien-être psychologique des femmes a montré que 9,1 % des femmes s'étaient senties assez mal et mal pendant leur grossesse. Parmi ces femmes, seulement 12,4 % disent avoir reçu l'aide d'un professionnel, psychiatre ou psychologue.

Les recommandations proposées dans ce document ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des associations de sages-femmes. Elles définissent le contenu de l'entretien individuel ou en couple dit « du 4^e mois » instauré par le plan périnatalité 2005-2007 ainsi que le contenu des séances d'accompagnement à la naissance et de soutien à la fonction parentale. Ces recommandations abordent également les dispositifs qu'il est possible de mettre en œuvre pour prévenir des troubles de la relation parents-enfant.

L'approche proposée dans ce travail est la conjonction de deux démarches utilisées dans la littérature pour structurer la PNP : l'éducation à la santé et l'éducation du patient ou éducation thérapeutique. Ces démarches ont en commun une approche personnalisée de la femme enceinte ou du couple, pour le développement de compétences spécifiques à la maternité et de compétences personnelles des parents. La prévention et l'éducation ne se réduisent pas à une transmission passive d'informations. Elles contribuent activement au renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de résoudre des problèmes, de trouver les solutions les plus adaptées à sa situation, de requérir une aide ponctuelle, un soutien, de l'information, des lieux de rencontre, etc. pour réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parent (5-7). Il s'agit d'une approche humaniste qui, à côté du développement de compétences cognitives, d'habiletés et de communication à autrui, prend en compte les désirs, les émotions et les perceptions de la personne (8). Le développement personnel qui est au cœur de cette approche humaniste s'accompagne d'un questionnement sur les rapports de la femme et du couple à leur environnement et interroge sur la maîtrise qu'ils ont de leur existence. Le concept de renforcement (traduction imparfaite du terme anglais *empowerment*) est sous-jacent à

l'approche éducative, préventive et d'orientation envisagée dans ce travail. Le renforcement est selon le glossaire multilingue de la BDSP <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp> un « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'*empowerment* ne peuvent pas être produits, seulement favorisés. »

Dans le cadre de la PNP, l'éducation intervient comme une possibilité de soutenir une réflexion sur le projet de naissance et de favoriser des apprentissages spécifiques à des moments opportuns comme les stades de développement de la grossesse, la naissance, les jours suivant la naissance à la maternité ou à domicile, la première année de vie de l'enfant. Il en découle alors la nécessité de proposer des interventions qui accompagnent la naissance et soutiennent précocement la fonction parentale précoce.

I. Évolution du concept de préparation à la naissance et à la parentalité

L'organisation et le contenu des séances de PNP ont été influencés par l'élargissement du concept même de préparation à l'accouchement. Depuis la fin du XVIII^e siècle, la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement était un des principaux objectifs de la préparation. Avec l'arrivée de la péridurale dans les années 70, on note une démotivation pour les séances de préparation à l'accouchement, le besoin des femmes n'étant plus de faire face uniquement à la douleur mais de voir prises davantage en considération leurs attentes et leurs préoccupations.

Les buts de la préparation à la naissance ont évolué dans le temps. Ils dépassent largement un transfert de connaissances dans le cadre du bon déroulement de la grossesse, de la préparation de l'accouchement, de la maîtrise de la douleur et d'un accompagnement des soins à l'enfant durant ses premiers jours. 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 (5).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié des recommandations pour promouvoir des soins périnataux de qualité (9) qui ont donné lieu à des programmes de formation pour les professionnels de santé (6). Parmi les principes sur lesquels reposent ces recommandations, on retrouve pour le contexte de soins européens (6) :

- la prise en compte des besoins physiques, émotionnels et psychosociaux de la femme enceinte, des nouveau-nés, des pères et des familles durant la grossesse, un accompagnement et un soutien au moment de la naissance et de la préparation à la fonction de parent ;
- des soins périnataux axés sur les besoins de chaque femme ou couple, le respect de leur personnalité et de leur dignité, le droit de prendre soi-même ses décisions ;
- l'accès à l'information comme une condition nécessaire pour toute décision qui concerne chaque femme ou couple ;
- un accompagnement personnalisé privilégiant la complémentarité des divers acteurs impliqués en périnatalité dans la continuité de la prise en charge.

La littérature internationale montre que les femmes sont généralement bien préparées au déroulement du travail et de l'accouchement même si l'efficacité de la PNP reste

inconnue, tant pour ses effets sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement que sur la fonction parentale après la naissance (10). On sait par ailleurs que les programmes éducatifs structurés en période prénatale améliorent le taux de mise en œuvre de l'allaitement et dans certains cas sa durée (11). En revanche, les femmes enceintes sont peu préparées 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. Cela a été en particulier décrit pour les femmes primipares (5).

La littérature insiste sur l'opportunité de soutenir la fonction parentale par des dispositifs d'action de santé et d'action publique proposés en période anténatale ou postnatale (7,12-16).

II. Attentes des femmes ou des couples

La littérature précise la place du couple dans l'éducation prénatale. La charte des droits de la parturiente, votée par le Parlement européen en 1988, demandait à ce que les femmes puissent participer avec leur partenaire à des séances de PNP afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes d'accouchement en usage (17).

Le guide de bonne pratique de soins périnataux américain préconise la participation des couples aux séances de PNP. Il encourage également les autres membres de la famille à participer en soulignant les bénéfices pour la mère, le nouveau-né et l'ensemble de la famille (18).

Au niveau international, l'OMS recommande que les pères soient reconnus comme des partenaires à part entière et non simplement comme simple compagnon ou soutien pour la femme enceinte (6,9).

Les attentes des femmes et des couples vis-à-vis de la PNP ont été peu explorées dans la littérature. Les études identifiées sont fondées sur des déclarations des femmes ou des couples au moyen de questionnaires, d'entretiens ou de discussions de groupe, les effectifs sont généralement faibles et les méthodes d'analyse insuffisamment décrites.

Dans une étude anglaise datant de 1997 (19), des parents (n = 83 femmes et 76 hommes) qui attendaient leur premier enfant ont complété 3 questionnaires. Le premier questionnaire était envoyé avant la participation aux séances (retour : n = 28 femmes et 18 hommes), le deuxième était complété par les parents à la fin de l'ensemble des séances (n = 24 femmes et 10 hommes), le troisième était distribué après la naissance (n = 68 femmes et 43 hommes). Les parents déclaraient que les séances prénatales de PNP étaient insuffisantes pour les aider à acquérir les compétences pratiques et les attitudes pour prendre soin de leur enfant durant les premières semaines suivant l'accouchement. Les parents souhaitaient avoir davantage l'opportunité lors des séances de discuter des changements dans leur vie et leurs relations de couple après la naissance de leur enfant. L'auteur indique que les professionnels qui éduquent ont besoin de trouver un juste équilibre entre les thèmes abordés et la manière de créer des opportunités d'apprentissage et de développement d'une stratégie personnelle pour la période postnatale.

Les résultats de ces études sont concordants avec une autre étude exploratoire réalisée en Australie et publiée en 2001 (5). Cette étude avait pour but de connaître jusqu'à quel point le contenu et la mise en œuvre de l'éducation prénatale permettaient de développer les connaissances, les habiletés (savoir-faire) et la confiance en soi (auto-efficacité) nécessaires pour agir et stimuler la motivation. Ces éléments caractérisent les différents niveaux du concept d'éducation à la santé repris par les auteurs qui s'appuient en particulier sur le concept d'instructions en santé, *health literacy* en anglais (délivrance d'un message d'informations le plus simple possible afin d'éviter de développer des comportements à risque). Des *focus groups* d'une durée de 45 minutes ont été menés

avec deux groupes de femmes volontaires non représentatifs des femmes ayant accouché. Toutes les données ont été enregistrées, retranscrites et analysées.

- Le premier *focus group* (n = 5 femmes enceintes primipares \geq 28 semaines) explorait leurs attentes vis-à-vis des séances de PNP, leur opinion sur la largeur de vue et la profondeur des thèmes proposés, la confiance, l'attention portée à chaque personne, les séances pré ou postnatales et la fonction parentale définie comme les connaissances des parents sur les soins du nouveau-né, mais aussi sur les modifications des relations et du mode de vie dans le couple à partir de la naissance.
- Le deuxième *focus group* comprenait 7 nouvelles mères d'enfants âgés de 5 à 6 mois ayant participé à des séances de PNP prénatales. Les questions portaient sur les attentes des femmes avant l'accouchement par rapport à leur vécu actuel, les sujets abordés pendant les séances anténatales et ceux estimés les plus aidants, ceux qui manquaient et les conseils qu'elles souhaiteraient donner aux femmes enceintes.
- Cette enquête a été complétée par 5 entretiens d'une durée de 30 minutes à 1 heure auprès de sages-femmes, d'infirmières et de kinésithérapeutes quant à leur perception des besoins des femmes enceintes, des attentes de celles-ci vis-à-vis des séances prénatales, de l'intérêt pour la préparation à la fonction parentale par rapport à la préparation uniquement à la naissance et leur opinion sur la meilleure façon pour les femmes de se préparer à cette fonction.

Dans cette étude, certains points communs ont été mis en évidence chez les professionnels qui éduquent comparés à ceux des femmes. Les femmes sont bien préparées au déroulement du travail et de l'accouchement, le plus souvent en relation avec les pratiques de l'établissement de santé qui les prépare. Mais les femmes, en particulier les femmes primipares, sont peu préparées 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. Les professionnels qui éduquent pensent que les femmes ne sont pas prêtes à entendre à la période prénatale des informations sur la fonction parentale. Le développement de la confiance en soi est estimé essentiel. La quantité d'informations est telle que la plupart des séances sont consacrées à la préparation du travail et de la naissance au détriment du temps qui pourrait être consacré à la préparation aux pratiques parentales.

Les auteurs concluent que les séances ne peuvent couvrir tous les domaines concernant la grossesse, la naissance et la fonction parentale. Si l'éducation prénatale a comme objectifs d'améliorer les connaissances, les habiletés (savoir-faire) et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir et de stimuler la motivation et la participation des femmes, elle inclut nécessairement l'endroit où chercher une information complémentaire, les ressources à mobiliser pour requérir une aide, un accompagnement. Les outils pour parvenir à ces changements sont à l'étude par les auteurs.

III. Efficacité de la préparation à la naissance et à la parentalité

III.1. Effets sur le déroulement de la naissance, les interventions obstétricales, le niveau de connaissances

L'analyse de la littérature a permis de sélectionner une méta-analyse publiée par la *Cochrane Library* (10). Dans cette étude, ont été évalués :

- d'une part l'impact de la PNP sur le niveau de connaissances des femmes, l'anxiété, la douleur, le sentiment de maîtrise et de participation active aux prises de décision durant la grossesse et la naissance, le taux d'allaitement, l'utilisation de médicaments pour réduire la douleur, l'implication du partenaire à la naissance, la

capacité à s'occuper de son enfant, le soutien à la fonction parentale, les adaptations psychologiques et sociales après la naissance ;

- les effets d'un programme structuré de PNP sur le déroulement du travail et de la naissance et sur les interventions obstétricales d'autre part.

Six études contrôlées randomisées publiées entre 1981 et 1999 ont été retenues (n = 1 443 femmes) et 22 ont été exclues. La plus large étude retenue (n = 1 275) comparait l'impact de l'information verbale ou écrite sur le taux d'accouchements par voie basse après césarienne lors d'un accouchement précédent. Les résultats ne montraient aucune différence significative sur le taux de naissances par voie basse entre les deux groupes (RR : 1,08 ; IC₉₅ % : 0,97 à 1,21).

Les interventions éducatives ont été analysées dans les 4 autres études (n = 168). La qualité méthodologique de ces études était imparfaite (méthode de randomisation et de répartition dans les groupes insuffisamment décrite, effectifs faibles compris entre 10 et 67, critères de jugement variables d'une étude à l'autre, etc.), les programmes d'interventions étaient hétérogènes. Aucune donnée concernant l'issue du travail, l'état du nouveau-né à la naissance, les taux d'allaitement, l'anxiété, le support social, n'avait été recueillie. Dans une seule étude (n = 16), les femmes semblaient plus satisfaites dans le groupe où une préparation avait été réalisée (différence de moyenne pondérée : 21,59 points, IC à IC₉₅ % : 11,23 à 31,95). Une autre étude (n = 10) montrait une plus grande fréquence de comportements d'attachement maternel lorsqu'une préparation spécifique était proposée en plus des séances de préparation habituelles (différence de moyenne pondérée : 22,60 points, IC₉₅ % : 21,82 à 83,38). Deux autres études ont montré une plus grande augmentation des connaissances lorsque le père était inclus dans les séances de préparation (n = 28 ; différence de moyenne pondérée : 9,55 ; IC₉₅ % : 1,25 à 17,85) et lorsque les thèmes abordés étaient plus larges que dans les séances habituelles (n = 48 ; différence de moyenne pondérée : 1,62 ; IC₉₅ % : 0,49 à 2,75). Aucune différence sur les autres variables évaluées n'était mise en évidence entre les groupes.

L'auteur conclut qu'aucune recommandation pratique ne peut être faite dans l'état actuel de la littérature, mais que l'importance de la PNP, en particulier pour une première grossesse, est soulignée à la fois par les femmes et les professionnels de santé.

III.2. Effets sur la mise en œuvre de l'allaitement maternel

En 2000, une méta-analyse avait pour objectifs d'évaluer l'impact de tout type d'actions qui encourageaient les femmes à allaiter, en termes de fréquence de femmes démarrant un allaitement, et de comparer l'efficacité de ces interventions entre elles. Ont été exclues les études ne mesurant que la durée ou le caractère exclusif de l'allaitement, ainsi que celles où l'intervention n'avait commencé qu'après la première tétée (20).

Trois études randomisées contrôlées et 1 étude « avant-après » ont été sélectionnées. Les interventions consistaient à apporter une information spécifique aux pratiques de l'allaitement maternel, seule ou combinée avec une ou plusieurs autres techniques pédagogiques en utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou dans la communauté (groupe de discussion, séances de préparation à la naissance) et divers supports tels que brochures, vidéos, manuels d'auto-soins. Les programmes d'éducation décrits dans ces études variaient en termes de contenu, de durée et de méthodes éducatives. Par ailleurs, le contenu de la prise en charge dite standard ou habituelle n'était jamais décrit. L'analyse des données a été effectuée en intention de traiter avec une estimation du risque relatif, associée à un intervalle de confiance de 95 % quand cela était possible. Fairbank *et al.* (20) ont conclu que des programmes structurés durant la période prénatale amélioreraient le taux de mise en œuvre de l'allaitement et dans certains cas sa durée, comparés à une prise en charge habituelle.

Une autre méta-analyse publiée en 2005 par la *Cochrane Library* (21) (7 études contrôlées randomisées, n = 1 388 femmes, dont 5 études aux États-Unis avec 582 femmes défavorisées sur le plan économique et social) a montré que les interventions éducatives en anténatal ont amélioré de manière statistiquement significative le taux de démarrage de l'allaitement (RR : 1,53 ; IC₉₅ % : 1,25 à 1,88), en particulier chez les femmes défavorisées. Les interventions étaient variées : 2 à 4 sessions individuelles de 10 à 15 min ; manuel d'auto-apprentissage remis 7 semaines avant la naissance et utilisé comme support lors des séances anténatales ; séance de 40 min avec questions-réponses et remise d'une brochure ; programme structuré (*Best Start Program*) avec cassettes vidéo, manuel, 4 visites prénatales ; programme habituel complété de visites prénatales entre 32 et 36 SA en consultation avec le futur pédiatre de l'enfant.

Les pratiques qui encouragent et soutiennent l'allaitement dans sa durée ont été étudiées dans les recommandations professionnelles intitulées « Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant » et publiées par l'Anaes en 2002 (11). Les recommandations précisent que toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois. Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions.

III.3. Effets sur le soutien à la parentalité

Les études identifiées concernaient une population ciblée : les parents adolescents. Une revue de la littérature publiée par la *Cochrane Library* a évalué les effets de programmes d'interventions individuelles ou collectives centrés sur le soutien aux parents adolescents (12). Quatre études ont été sélectionnées et analysées séparément. En raison de l'hétérogénéité des informations, une méta-analyse n'a pas été possible. Les auteurs soulignent les limites de cette revue de la littérature : inclusion d'un petit effectif d'études, nombre restreint de critères de jugement, biais méthodologique des études incluses. En dépit de ces limites, les auteurs concluent que les séances collectives et individuelles anté et postnatales (entretien, discussion à partir de vidéo) 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, la construction de l'identité maternelle.

III.4. Effets sur le bien-être des femmes

L'intérêt de programmes structurés d'interventions après la naissance a été évalué dans des études de bonne qualité méthodologique.

Une étude contrôlée randomisée menée sous l'égide des *National Health Services* et le *Health Technology Assessment* (22) au Royaume-Uni avait pour objectif de développer, mettre en œuvre et évaluer le rapport coût-efficacité d'un nouveau modèle de soins postnatals, comparé à une prise en charge habituelle dans 36 centres de soins randomisés (médecins généralistes).

Dans le groupe intervention (n = 1 087 femmes), une sage-femme identifiait systématiquement des problèmes de santé chez les femmes 10 jours et 28 jours après l'accouchement ; des visites étaient systématiquement planifiées à domicile en fonction des besoins. Les symptômes étaient pris en charge selon des recommandations professionnelles. Le médecin était contacté si nécessaire et une visite postnatale (médecin généraliste) était réalisée 10 à 12 semaines après la naissance.

Les femmes du groupe contrôle (n = 977) avaient une visite à domicile entre 10 et 14 jours après l'accouchement et une visite postnatale à 6-8 semaines après l'accouchement, un relevé des visites à domicile était réalisé pour les deux groupes.

Le principal critère de jugement était la santé des femmes à 4 et 12 mois *post-partum* évaluée par 2 instruments : *Physical and Mental Component Scores* (PCS et MCS) issu d'une version courte d'une échelle de qualité de vie (SF-36) et l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (<http://health.utah.gov/rhp/pdf/EPDS.pdf>). Les critères secondaires étaient l'opinion des femmes sur les soins, la morbidité à 12 mois, l'utilisation des services de soins durant l'année, l'opinion des professionnels et les indicateurs de bonne pratique, la poursuite de l'allaitement maternel, la délivrance de conseils de contraception et de conseils pour la vaccination de l'enfant.

Les résultats ont montré une fréquence de visites à domicile plus élevée dans le groupe intervention (6 contre 4,3 dans le groupe contrôle). À 4 et 12 mois, la moyenne des scores (MCS et EPDS) était significativement meilleure dans le groupe intervention ($p < 0,001$).

La proportion de femmes avec un score EPDS > 13 (probable dépression) était significativement moins importante dans le groupe intervention ($p < 0,001$). Il n'y avait aucune différence sur le score PCS dans les deux groupes. Le recours au système de soins était moins fréquent dans le groupe intervention. L'opinion des femmes sur les soins était meilleure dans le groupe intervention ou identique dans les deux groupes selon les items. Les sages-femmes du groupe intervention avaient une meilleure satisfaction vis-à-vis de la nouvelle prise en charge. Les auteurs concluent que des soins postnatals prolongés délivrés par des sages-femmes améliorent la santé mentale des femmes à court et long terme.

III.5. Effets sur la dépression postnatale

Une revue de la littérature publiée en 2005 a été réalisée par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) aux États-Unis (23). Elle avait pour objectifs de mesurer la prévalence et l'incidence de la dépression périnatale, d'évaluer la validité des divers instruments de dépistage et les effets des interventions chez les femmes dépistées à haut risque (publications entre 1980 et 2004). Une méta-analyse des résultats a été possible uniquement pour l'estimation de la prévalence (n = 30 études) ainsi que pour la spécificité et la sensibilité des instruments de mesure (n = 10). Les résultats ont montré que la prévalence de la dépression du *post-partum*, mesurée à divers moments de la grossesse, variait de 3,1 à 4,9 % et de 1,0 à 5,9 % durant la première année suivant la naissance. Les résultats n'étaient pas significativement différents de ceux d'une population de femmes sans enfants. Pour la période postnatale, aucune étude n'a évalué dans quelle mesure le dépistage améliorerait la prise en charge des femmes. Les résultats de l'analyse de l'ensemble des études pré et postnatales (6/9 études) montraient une amélioration de la dépression dans le groupe expérimental. Les interventions durant la période postnatale (9/11 études) montraient un effet positif sur les interactions parents-enfant d'interventions comme : visites régulières à domicile par une puéricultrice, promotion de la responsabilisation de la mère vis-à-vis de son enfant, apprentissage des techniques de massage des bébés et support social. Les auteurs concluent à l'importance de prendre en compte la dépression, principale complication périnatale qui peut être repérée facilement, et de proposer des interventions psychosociales individuelles ou de groupe qui améliorent les relations parents-enfant.

Une méta-analyse (15 études contrôlées randomisées, 7 600 femmes incluses) publiée en 2005 par la *Cochrane Collaboration* (24) avait pour objectif de comparer l'effet de diverses interventions psychosociales et psychologiques proposées à divers moments de la période périnatale à une prise en charge habituelle, en termes de réduction du risque de développement de la dépression postnatale. Les interventions psychosociales étudiées étaient des séances prénatales et postnatales, des visites à domicile par des

professionnels et des bénévoles, une continuité des soins, un suivi très précoce après la naissance. Les interventions psychologiques étaient une psychothérapie, des actions de *debriefing*. Ces interventions étaient réalisées par des professionnels variés : médecins, infirmières, sages-femmes, bénévoles (une étude). Les groupes contrôles recevaient des soins prénatals ou postnatals habituels qui pouvaient varier d'un pays à l'autre et à l'intérieur de chaque pays. Dans la plupart des études, la dépression postnatale était définie à partir d'un score > 12 de l'instrument EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*).

Les résultats ont montré que le nombre de femmes qui développent une dépression postnatale n'était pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (RR : 0,81 ; IC_{95%} : 0,65 à 1,02). En revanche, des interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées en postnatal et prodiguées par des infirmières ou des sages-femmes, ont un effet préventif clairement démontré sur la dépression postnatale (RR : 0,68 ; IC_{95%} : 0,55 à 0,84). Des interventions proposées uniquement en postnatal ont un bénéfice démontré encore plus important que les interventions qui incluent une composante prénatale (RR : 0,76 ; IC_{95%} : 0,58 à 0,98). Une identification des femmes à risque améliore la prévention de la dépression du *post-partum* (RR : 0,67 ; IC_{95%} : 0,51 à 0,89). Des interventions individuelles (RR : 0,76 ; IC_{95%} : 0,59 à 1) sont plus efficaces que les interventions de groupe (RR : 1,03 ; IC_{95%} : 0,65 à 1,63).

La dépression chez les pères a été peu étudiée dans la littérature. Nous avons identifié une étude de cohorte longitudinale (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children* : ALSPAC) au Royaume-Uni. Cette étude de grande ampleur avait pour objectif de recueillir des données sur une large population de mères (n = 13 351) et de pères (n = 12 884) de jeunes enfants au moyen d'un questionnaire auto-administré 8 semaines après la naissance (questionnaire EPDS). À cette occasion, ont été analysées les informations concernant la présence de symptômes de dépression chez ces parents de jeunes enfants. L'information était disponible pour 65 % des pères et 89 % des mères et 10 024 enfants. Les symptômes de dépression chez les pères durant la période postnatale étaient associés à des problèmes relationnels et comportementaux chez les enfants âgés de 3,5 ans (OR ajusté : 2,09 ; IC_{95%} : 1,42 à 3,08). Dix pour cent des mères (n = 1 203) avaient un EPDS > 12 (haut risque de dépression) et 4 % des pères (n = 303). Les scores des pères et des mères étaient significativement corrélés (Pearson : 0,27 ; p < 0,001).

III.6. Les évaluations en cours

Les parents qui ont suivi les séances de PNP éprouvent des difficultés à assimiler l'information concernant la période du *post-partum*. L'éducation durant la période postnatale précoce pourrait représenter une période de renforcement des compétences parentales et personnelles. Une revue de la littérature en cours d'élaboration à la *Cochrane Library* s'est donné comme objectif d'évaluer l'impact de tout type d'interventions postnatales précoces centrées sur l'enfant ou la famille (dans les 2 mois qui suivent la naissance) (14). Les critères de jugement utilisés sont les suivants : l'acquisition de connaissances, de compétences pour les soins de l'enfant, la confiance en soi des mères et des pères, l'anxiété maternelle, l'exclusivité et la durée de l'allaitement maternel, le développement psychomoteur de l'enfant, les pleurs de l'enfant, le soutien social en général, l'adaptation psychologique et sociale à la fonction de parent, les interactions mère-enfant, la prévention (couchage de l'enfant, installation dans un siège-auto, vaccination, etc.), un problème infectieux chez la mère (mastite) ou chez l'enfant (infection du cordon), la maltraitance ou la négligence de l'enfant, l'utilisation des services de soins, la satisfaction avec les interventions éducatives.

En conclusion de ce chapitre, l'efficacité de la PNP reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale. Des travaux de recherche devraient être menés pour déterminer les stratégies et les techniques éducatives les plus aptes à répondre aux besoins des femmes et des couples.

IV. Organisation de la préparation à la naissance et à la parentalité

IV.1. La préparation à la naissance et à la parentalité en France

Les séances de PNP peuvent concerner un grand nombre de femmes. D'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (www.insee.fr), les taux de fécondité sont plus élevés en 2003 qu'au milieu des années 90 (1,68 en 1994 contre 1,91 en 2003). Sur la période 1998-2003, le nombre annuel de naissances est passé de 738 000 à 760 000 (France métropolitaine avec un pic de natalité en 2000 (4 %)). Le nombre de naissances s'est depuis stabilisé. Le taux de croissance des effectifs des sages-femmes est supérieur au taux de croissance du nombre de naissances.

Selon la dernière enquête nationale périnatale de 2003 (4), une « préparation à la naissance » a été suivie par seulement 66,6 % des femmes primipares et 24,9 % des multipares. Ces chiffres ont peu varié depuis l'enquête de 1998 (25), à peine plus de la moitié des femmes primipares et moins d'un tiers des femmes qui ont déjà eu un enfant y participent. Cette enquête, dont les données étaient collectées par entretien avec les mères et à partir des informations extraites des dossiers médicaux, portait sur un échantillon constitué par toutes les naissances (entre 14 000 et 15 000) survenues pendant une semaine en octobre sur l'ensemble des départements français. Le taux de participation aux séances a peu évolué entre 1995 et 1998 (respectivement 64,5 % à 69,5 % chez les primipares et 22,1 % à 25 % chez les multipares). Dans cette enquête, aucune donnée n'était fournie sur la participation du père aux séances. L'invitation des couples aux séances de préparation à la naissance relève de l'initiative de chaque professionnel de santé.

L'enquête nationale périnatale de 1998 (25) indiquait que le nombre de séances suivies est inférieur à 6 pour 45,5 % des primipares et 61,2 % des multipares. Les motifs d'absence de préparation évoqués par les primipares dans cette enquête étaient les suivants : 36,3 % ne souhaitaient pas suivre une préparation ; la préparation n'avait pas été proposée à 19,9 % des femmes ; 13,5 % habitaient trop loin, 13,4 % avaient une contre-indication due à une grossesse pathologique et 7,6 % considéraient que les horaires étaient inadaptés. Parmi les multipares, le motif principal était qu'elles ne souhaitaient pas suivre une préparation (63,9 %). Les données de l'enquête ne permettent pas de savoir à quel stade du déroulement de la grossesse étaient proposées les séances.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données permettant d'analyser finement les motifs ni les éléments pouvant influencer la fréquentation comme l'intérêt et la qualité du contenu ou des méthodes pédagogiques ou de l'organisation des séances.

IV.2. Les sages-femmes : acteurs principaux des séances de PNP

Aux États-Unis comme dans la plupart des pays développés, ce sont le plus souvent les sages-femmes, mais parfois aussi des kinésithérapeutes, des infirmières ou encore des médecins qui assurent la PNP (14).

En France, ce sont principalement les sages-femmes qui assurent les séances de PNP. Les médecins peuvent également les assurer. 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* » (26).

Une enquête nationale sur les pratiques, les trajectoires et les conditions de travail des sages-femmes a été réalisée en 2004 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) (27). Début 2004, 16 916 questionnaires ont été adressés aux sages-femmes inscrites au Conseil national de l'ordre des sages-femmes avec un taux de retour de 41,36 % (n = 6 997). L'estimation du pourcentage de sages-femmes (hors cadres et enseignantes, n = 4 716) qui réalisent un acte donné au cours d'une journée de travail (description de leur dernière journée de travail précédant l'enquête) a montré que la PNP concernait 46 % des sages-femmes en EHP, 27 % en PSPH et 17 % en clinique. Après l'accouchement, plus de 50 % des sages-femmes en EHP et PSPH ne font pas de soutien à la fonction parentale (et plus de 70 % en clinique). Cette activité est plus délaissée que la prévention et l'éducation à la santé. Sur une journée, 19 % des sages-femmes en EHP et PSPH ont fait de la prévention et de l'éducation (12 % en clinique) alors que seulement 7 % ont fait du soutien parental (6 % en clinique).

Dans le secteur libéral, la PNP est un des actes les plus courants : 86 % des sages-femmes ont réalisé l'acte, dont 12,9 % à domicile.

L'activité des sages-femmes en PMI pour la PNP est de 56,5 %, dont 69,4 % réalisée à domicile (actes réalisés lors de la dernière journée de travail). Leur action concerne essentiellement la prévention et le suivi, notamment des grossesses à risque avec une fonction à la fois médicale et psychosociale. Deux activités sont particulièrement développées selon les sages-femmes de PMI : la prévention et l'éducation à la santé (en augmentation pour 60 % d'entre elles) et le soutien à la fonction parentale (en augmentation pour 65 %).

IV.3. L'offre de participation aux séances de PNP

Les résultats de l'enquête nationale périnatale de 1998 ont montré que la PNP était réalisée dans la maternité où les femmes accouchaient dans environ 75 % des cas ou dans un cabinet libéral dans environ 25 % des cas. Les données de l'enquête de l'ONDPS et l'Irdes (27) décrite précédemment ont montré que dans le secteur libéral, la PNP est un des actes les plus courants : 86 % des sages-femmes, alors qu'elle concernait 46 % des sages-femmes en EHP, 27 % en PSPH et 17 % en clinique.

Une enquête de l'Insee dont l'objectif était de décrire la distance entre communes de naissance et de domicile en France métropolitaine (28) a montré qu'une femme accouchait à 14 kilomètres en moyenne de son domicile en sachant qu'un tiers accouchaient dans la commune de domicile et 3/4 à moins de 15 kilomètres. De plus, les femmes résidant dans une agglomération possédant une maternité accouchaient à 9 kilomètres en moyenne, contre 23 kilomètres dans le cas contraire. En 2004, une autre étude démographique (29) a montré que les écarts de fécondité entre régions se sont réduits entre 1968 et 1999. La plus faible fécondité s'est concentrée dans le quart sud-ouest du pays. La fécondité des femmes vivant en zone rurale était la plus faible en 1990, et redevient la plus élevée. C'est dans le centre des grandes agglomérations que les naissances sont les moins fréquentes et les plus tardives. Les données de ces enquêtes démographiques incitent à une réflexion sur l'accès à la PNP et les modalités de participation aux séances.

Selon la réglementation, la première séance est individuelle. Il est possible ensuite de participer aux séances de PNP dans la maternité d'accouchement mais aussi en cabinet libéral ou au domicile quand la femme enceinte ne peut pas se déplacer. Les séances peuvent être individuelles, jusqu'à 3 personnes simultanément, ou collectives à plus de

3 personnes et jusqu'à un maximum de 6 personnes (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, *Journal Officiel* du 21 novembre 2004). Ces différentes possibilités permettent un accès plus facile, un choix plus large et une adaptation aux besoins des activités de prévention et d'éducation périnatale.

Le groupe de travail propose que les séances prénatales de PNP soient individuelles ou en groupe. Selon le type d'activité proposé, le nombre de participants peut être modulé. La taille du groupe doit favoriser la participation active des participants. Les séances doivent être ouvertes le plus souvent possible aux futurs pères.

IV.4. La participation précoce aux séances de PNP

L'OMS (6) recommande de débiter la préparation bien avant 12 semaines de grossesse lorsque la femme et/ou le couple sont encore sensibles aux informations concernant cette nouvelle étape dans leur vie. Plus la grossesse évoluera, plus leur intérêt se centrera sur le travail et l'accouchement. L'OMS déplore que les séances d'éducation prénatale soient proposées en pratique dans les 12 dernières semaines de la grossesse, alors que le contenu des séances doit s'ajuster aux étapes du déroulement de la grossesse et de la période du *post-partum* et à l'évolution de la femme et/ou du couple vis-à-vis des pratiques parentales. Il semble important d'encourager les femmes et/ou les couples à suivre l'ensemble des séances proposées.

L'utilité d'une ou deux séances précoces pour discuter de nutrition, de consommation d'alcool et de tabac est soulignée par l'OMS. Idéalement ces aspects du mode de vie devraient être abordés bien avant la naissance de l'enfant, c'est-à-dire pendant la scolarité des futurs parents ou pendant la période préconceptionnelle (6).

IV.5. L'entretien individuel ou en couple : une entrée dans la PNP

Le plan périnatalité 2005-2007 souligne que la PNP débute par un entretien individuel ou en couple qui est proposé systématiquement à chaque femme enceinte autour du 4^e mois de grossesse. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement, si le besoin est exprimé. Cet entretien fait partie des séances de PNP (2). L'entretien individuel a un but défini précisé dans le plan périnatalité 2005-2007 : « *la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels. Plus largement les vulnérabilités personnelles et familiales sont de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant.* » L'identification de ces vulnérabilités, en particulier au cours de l'entretien individuel ou en couple qui est systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, permet d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénatals et de prévenir des troubles du développement psycho-affectif de l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance.

IV.6. L'intérêt d'une forme de soutien après la naissance

En France, l'assurance maladie prend en charge à 100 % huit séances de PNP pour les femmes affiliées à un organisme d'assurance maladie. Ces séances doivent être effectuées avant la naissance. Or, la littérature et les recommandations internationales soulignent l'intérêt d'une forme de soutien après la naissance. Les caisses d'allocations familiales sont impliquées dans des actions et des dispositifs, destinés à aider les parents à exercer leurs responsabilités éducatives à l'égard de leurs enfants, comme la médiation familiale, les réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents (7).

L'OMS préconise de proposer une ou plusieurs séances dans la première année de vie de l'enfant dans la continuité des séances de PNP (6) pour aider les parents à faire face aux éventuelles difficultés qui peuvent accompagner l'arrivée d'un nouveau bébé et proposer un soutien parental. Les modalités concrètes de soutien ne sont pas décrites.

Il existe aux États-Unis et au Canada de nombreuses méthodes d'interventions éducatives postnatales : courriers électroniques, « *hot lines* », visites à domicile, suivi téléphonique, cliniques du *post-partum* ou centres d'allaitement, classes ou groupes d'éducation, présentations didactiques, vidéos et discussions de groupe. Les sujets traités dans le *post-partum* sont divers : soin du nouveau-né, comportement et développement de l'enfant, changements maternels physiques et psychologiques, sexualité après l'accouchement, contraception. Selon les expériences rapportées dans la méta-analyse dont la méthode et les résultats ont été décrits dans le chapitre portant sur les effets des programmes de PNP, les interventions éducatives peuvent être offertes plusieurs fois et leurs durées varient (14).

Au Canada, certaines municipalités offrent des séances postnatales pour faciliter l'adaptation des familles au nouveau bébé. Les thèmes abordés concernent l'allaitement, la remise en forme, la sexualité après l'accouchement, la croissance et le développement chez l'enfant (30).

L'intérêt de programmes structurés d'interventions après la naissance a été évalué dans des études de bonne qualité méthodologique. Ces études dont les résultats ont été présentés dans la section sur l'efficacité de la PNP démontrent l'utilité de séances individuelles en postnatal précoce, en particulier pour la prévention de la dépression du *post-partum*.

V. Structuration de la préparation à la naissance et à la parentalité

Deux modèles ont été identifiés dans la littérature qui permettent de structurer l'éducation prénatale. Le premier fondé sur l'éducation pour la santé fait l'objet d'expériences en cours pour définir une stratégie éducative pour l'« éducation prénatale » (*antenatal education* en anglais) (5). Renkert et Nutbeam (5) ont étudié le concept d'« instruction en santé » appliqué à la maternité (*maternal health literacy*). L'instruction en santé « *représente les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de façon à promouvoir ou maintenir une bonne santé* » (glossaire multilingue en santé publique : <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/>). Dans cette approche d'éducation à la santé, on cherche à délivrer un message d'information le plus simple possible afin de développer les connaissances et les aptitudes nécessaires aux femmes enceintes et/ou aux couples pour éviter de développer des comportements à risque (tabac, alcool, drogues, alimentation déséquilibrée, etc.), stimuler la motivation et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir et faire les meilleurs choix afin d'améliorer leur santé et celle de l'enfant. Renkert et Nutbeam ont étudié l'utilisation pratique de ce concept pour guider le contenu et le déroulement des séances de PNP en Australie. Les séances ne se limitent pas uniquement à la transmission d'informations.

De même, une expérimentation dans le nord de l'Isère sur les modalités de mise en œuvre de l'éducation pour la santé auprès de femmes enceintes (77 femmes incluses) entre 2001 et 2003 a montré que la démarche éducative avait pour objectifs de s'attacher au développement par les femmes de compétences nouvelles et transversales comme faire connaître ses besoins, s'approprier sa santé ou sa grossesse, faire des choix pour améliorer sa santé, conserver ou développer son autonomie (31).

Le second modèle emprunté à l'éducation du patient est particulièrement adapté à une éducation qui aboutit au développement de compétences chez les apprenants (32). Les recommandations de l'OMS Europe portant sur le développement de l'éducation thérapeutique précisent que ce modèle, qui s'adresse majoritairement à des personnes atteintes d'affection chronique, concerne également de nombreuses affections de courte durée (33). Selon ces recommandations européennes, l'éducation du patient se définit comme « *un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie* ». Cette définition a été reprise par le glossaire multilingue en santé publique (www.bdsp.tm.fr/Glossaire/).

L'éducation thérapeutique place l'acquisition de compétences (connaissances, savoir-faire et communication à autrui) au centre de l'approche et cherche à obtenir l'engagement des personnes dans des changements ou des adaptations nécessaires au maintien de la santé, à la prévention des complications, des rechutes. Des exemples d'éducation du patient montrent un succès alors que seuls, les messages éducatifs ne réussissent pas à convaincre les personnes à manger de manière équilibrée ou à arrêter de fumer par exemple (34).

L'éducation à la santé et l'éducation du patient se rejoignent sur les finalités de l'éducation et les aspects d'organisation par étapes. En effet, l'éducation ne se réduit pas à une transmission passive d'informations. Elle est un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de prise de décision et d'action pour agir et améliorer sa santé, en l'occurrence ici réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parent (5,6).

Dans le cadre de la PNP, l'éducation intervient comme une possibilité de soutenir une réflexion sur le projet de naissance et de favoriser des apprentissages spécifiques à des moments opportuns comme les stades de développement de la grossesse, la naissance, la période postnatale immédiate, la première année de vie de l'enfant. Il en découle alors la nécessité de proposer des programmes de PNP qui permettent de créer des opportunités pour les femmes ou les couples de développement progressif de compétences en santé et qui dépasse la seule période prénatale.

Cette approche systémique, qui peut être proposée pour la PNP, comporte quatre étapes qui représentent en fait des étapes d'organisation. Chacune de ces étapes détermine la suivante. Certaines de ces étapes ont été retrouvées en particulier dans deux recommandations internationales qui abordent l'ensemble des soins périnataux : *Essential antenatal, perinatal and postpartum care* (6) et *les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale* (35). Ces quatre étapes adaptées à la PNP sont les suivantes :

1. *L'évaluation des besoins d'information et de développement de compétences* de la femme enceinte et/ou du couple précède la mise en œuvre de la PNP. Un entretien individuel permet l'expression des attentes, des besoins, des projets personnels. Cette évaluation individuelle peut être complétée et éventuellement modifiée par une séance collective de vécu de groupe si l'éducation prénatale est proposée en séance collective.

2. *La définition des compétences* qu'il est souhaitable que la femme enceinte (le couple) développe s'appuie sur l'évaluation de ses besoins et attentes. Ces compétences, négociées avec la femme enceinte, peuvent être variables d'une femme enceinte à l'autre et/ou d'un couple à l'autre. Certaines compétences, celles que toutes les femmes doivent maîtriser pour des raisons de sécurité, sont communes, d'autres sont transversales et concernent le développement de compétences personnelles et d'autres enfin sont spécifiques à leurs besoins. Dans toutes les situations, le développement de compétences est associé à une démarche de reconnaissance et de valorisation du savoir et de l'expérience des parents.

3. *L'acquisition de compétences* se fait de manière progressive sur plusieurs séances au moyen de techniques éducatives. Ce sont les compétences qui permettent de sélectionner le contenu de l'apprentissage et de choisir les techniques éducatives adéquates.

4. *L'évaluation systématique* permet de vérifier ce que la femme enceinte et/ou le couple sait, a compris, sait faire, a pu décider, résoudre et informe sur ce qui doit être repris, complété, soutenu. L'évaluation s'effectue par rapport aux compétences définies et négociées avec chaque femme enceinte (couple).

VI. Objectifs de la PNP

La recherche et l'analyse de la littérature ne nous ont pas permis d'identifier de recommandations portant spécifiquement sur la PNP à la naissance. La préparation à la naissance est abordée dans des documents portant plus largement sur les soins anténatals et dans certains cas les soins à domicile (6,18,35).

Plusieurs documents élaborés pour les femmes enceintes et les couples ont été identifiés. Parmi ceux-ci ont été retenus les documents d'information qui abordaient le déroulement de la grossesse, le suivi médical et la PNP (30,36,37). Ces documents ont été sélectionnés parce qu'ils s'appuient sur des recommandations professionnelles élaborées selon une méthode explicite.

VI.1. Les objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité dans les recommandations internationales

Les objectifs de la PNP relevés dans les recommandations internationales sont présentés dans le *tableau 1*.

L'analyse des divers objectifs proposés dans les recommandations professionnelles internationales traduit l'élargissement du concept de « préparation à l'accouchement » à celui de préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant. Les objectifs proposés dans les recommandations internationales dépassent largement le seul cadre de la préparation au bon déroulement de l'accouchement et à la maîtrise de la douleur. La préparation à la naissance serait davantage un processus actif de facilitation du passage à la fonction parentale. Les soignants impliqués dans la PNP devraient avoir la capacité d'apporter aux femmes la confiance et la compréhension émotionnelle nécessaires à cette transition (5).

Tableau 1. Objectifs de la PNP dans les recommandations internationales.

Recommandations	Objectifs
<p><i>Essential antenatal, perinatal and postpartum care</i> WHO 2002 (6)</p>	<p>Aider la femme à rester en bonne santé et de ce fait améliorer la santé de l'enfant Aider la femme à avoir une grossesse saine et une expérience heureuse de la naissance et des pratiques parentales Apporter un soutien et des conseils à la femme enceinte ou au couple ou à la famille pour les aider dans leur passage vers la parentalité Donner à la femme ou au couple davantage confiance en leur propre capacité à faire face à la grossesse, à l'accouchement et à s'occuper du bébé dans la période postnatale Aider la femme à allaiter et la soutenir en lui proposant des pratiques qui ont fait leurs preuves Aider la femme à s'occuper de son bébé en fonction du mode d'alimentation choisi Persuader le couple d'adopter un style de vie sain visant à s'assurer d'un rapide rétablissement après la naissance</p>
<p><i>Guidelines for perinatal care</i> <i>American Academy of Pediatrics</i> <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> États-Unis 2002 (18)</p>	<p>Proposer des informations sur le travail et l'accouchement, la prise en charge de la douleur, les procédures et les complications obstétricales, l'allaitement maternel, les soins aux nouveau-nés Faciliter la transition vers la parentalité par une action spécifique de l'éducation prénatale</p>
<p><i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale</i> Santé Canada Canada 2000 (35)</p>	<p>Encourager l'adoption d'un style de vie sain Améliorer l'estime de soi ou la confiance en sa propre compétence Renforcer les liens familiaux, y compris la communication entre la femme et son conjoint Préparer la femme et sa famille à la naissance Permettre un ajustement postnatal en douceur Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né (présenter l'allaitement maternel comme étant le meilleur choix) Permettre une meilleure communication entre la femme et les intervenants de la santé Faire accepter la naissance comme une étape normale et saine de la vie</p>

VI.2. Les objectifs de la PNP dans les documents d'information pour les femmes

Les objectifs de la PNP sont présentés dans le *tableau 2*.

Tableau 2. Objectifs de la PNP dans les documents écrits d'information destinés à la femme enceinte ou au couple.

Document écrit d'information pour les femmes	Objectifs
<i>Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice</i> WHO 2003 (36)	Donner des conseils appropriés et des messages éducatifs à la femme ou au couple ou à la famille en fonction du stade de la grossesse pour préparer la naissance et un recours éventuel en cas d'urgence Préparer un environnement propre pour une naissance à la maison Donner des information sur les soins à la mère et à l'enfant après la naissance, et sur l'allaitement
<i>Pregnancy book</i> Royaume-Uni NHS 2003 (37)	Aider la femme enceinte à se préparer pour la naissance de son enfant Aider la femme à s'occuper de son enfant après la naissance et à le nourrir Aider la femme à se maintenir en bonne santé durant la grossesse Rencontrer d'autres parents pour échanger sur les mêmes préoccupations et poser des questions Aider la femme à élaborer son plan de naissance*
<i>Partir du bon pied. Guide grossesse et accouchement</i> SOGC 2000 (30)	Se sentir rassurée par la compréhension des transformations amenées par une grossesse Rencontrer d'autres femmes et leur famille pour échanger et partager leur expérience, leurs émotions

* Le plan de naissance définit les souhaits de la femme durant le travail, l'accouchement et après la naissance.

VI.3. Les objectifs généraux de la PNP, proposés par le groupe de travail

Le groupe de travail propose de retenir les objectifs spécifiques suivants. Ces objectifs ont évolué après relecture des recommandations par le groupe de lecture afin de mettre en exergue l'importance des aspects sécurisants des liens qui se créent entre la femme (le couple) et les professionnels ; la coordination des acteurs dans le sens d'un travail en réseau ; l'importance de la confiance en soi de la mère concernant ses besoins et ceux de son enfant.

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels activés et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme (le couple) dans ses choix et les décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père d'un style de vie sain, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.

- S'assurer d'un soutien affectif pendant la grossesse, la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du *post-partum*.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience sur les préoccupations et les pratiques parentales avant et après la naissance.

VII. Entretien individuel ou en couple : point de départ de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation

Le plan périnatalité 2005-2007 souligne que la préparation à la naissance débute par un entretien individuel ou en couple qui est proposé systématiquement à chaque femme enceinte autour du 4^e mois de grossesse. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé. Cet entretien fait partie des séances de préparation à la naissance (2).

Le groupe de travail souligne l'intérêt d'un entretien précoce qui se situe dans le 1^{er} trimestre pour atteindre ses objectifs, en particulier préventifs, par la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur l'utilisation du système de santé. Ces informations déjà données lors du suivi médical seront renforcées à cette occasion. En cas de déclaration tardive de la grossesse ou de refus de l'entretien par le couple, l'entretien conserve son intérêt, en particulier pour le repérage de situations de vulnérabilité et l'organisation d'un suivi coordonné autour de la femme ou du couple.

L'entretien doit pouvoir être renouvelé si besoin.

Le refus de l'entretien ou la non-participation par manque d'information ne doit pas empêcher la femme et le futur père de participer aux séances de PNP.

VII.1. Les buts de l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre de la grossesse

Dans ce cadre, le groupe de travail propose que l'entretien individuel permette :

- de favoriser l'expression du projet de naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme ou du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés (38) ;
- de repérer des situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé ;
- de donner des informations utiles sur les ressources de proximité ;
- de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés ;
- d'envisager avec la femme enceinte ou le couple des interventions adaptées avec un réseau de professionnels activé autour d'elle.

Il est également l'occasion :

- d'évaluer les attentes et les besoins des femmes (des couples) en termes d'organisation de leur prise en charge, d'informations et de développement de compétences parentales ;
- de leur proposer de participer, de préférence en couple, à des séances collectives ou individuelles de PNP, adaptées à leurs besoins et à leurs attentes ;
- de compléter les informations données à l'occasion des consultations prénatales de suivi de la grossesse.

La difficulté consiste à prendre en compte réellement les dimensions non médicales du suivi de la grossesse. Les professionnels manquent actuellement de repères pour les identifier et apporter des réponses adaptées aux femmes ou familles en difficulté comme le montre une étude française menée à partir de l'analyse de deux dispositifs obstétrico-pédiatriques (PMI et maternité). Cette étude avait pour objectifs de comprendre la façon dont les professionnels prennent en compte les dimensions bio-psycho-sociales de la grossesse et les réponses apportées, ainsi que les modes de circulation, de partage et d'intégration des informations concernant ces dimensions non médicales (39). Le recueil de données a été réalisé à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès des acteurs impliqués dans les dispositifs, des entretiens collectifs autour des dossiers de femmes, l'observation de rencontres entre différents professionnels, une analyse de dossiers de suivi de grossesse d'un échantillon de femmes (respectivement 75 et 111 dans les 2 sites). Les résultats et l'analyse concluent à l'importance des dimensions non médicales dans le suivi de la grossesse. La liste des dimensions à prendre en compte est plus ou moins commune aux professionnels, ce qui a conduit l'auteur à proposer une typologie qui distingue trois grandes catégories : l'environnement socioculturel, les aspects psychosociaux, et les aspects psychologiques. Selon le dispositif concerné (PMI et maternité), les professionnels mettent en œuvre des approches différentes en valorisant en particulier une des dimensions. Les dimensions liées à l'environnement, socioculturel et psychosocial, prennent une part plus importante sur le site PMI tandis qu'à la maternité, les professionnels semblent être plus sensibles aux aspects psychosociologiques de la grossesse.

L'auteur conclut à la nécessité d'explicitier ce que recouvre la prise en compte par les professionnels des dimensions non médicales du suivi de grossesse. En l'absence d'outils conceptuels et de structuration des pratiques, les professionnels développent leur propre approche influencée par l'organisation du dispositif de suivi.

La prise en charge de l'environnement psychologique et social autour de la naissance conduirait ainsi les professionnels à élaborer un cadre conceptuel de travail qui implique de nouvelles connaissances. Cela concerne en premier lieu les vulnérabilités et leurs facteurs de risque qui souvent, comme pour la maltraitance, restent méconnus (40).

La mission périnatalité (41) et le plan périnatalité 2005-2007 (2) ont pris en considération ce besoin d'évaluation initiale précoce des besoins et des facteurs de vulnérabilité, un besoin de suivi individuel, de soutien et d'accompagnement de la femme ou de sa famille, une approche pluriprofessionnelle coordonnée.

VII.2. Les modalités et les conditions de déroulement de l'entretien individuel ou en couple

L'entretien individuel ou en couple nécessite de consacrer du temps à l'information de la femme enceinte ou du couple et à leur écoute attentive pour mieux prendre en compte les attentes de la femme enceinte ou du couple, leur permettre de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés.

La création de conditions de dialogue et l'utilisation de techniques de communication appropriées mettent la femme ou le couple en confiance, les aident à confier leurs

angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.

Pour Françoise Molénat (3), l'entretien prénatal doit permettre :

- d'ouvrir le dialogue et d'exprimer projets, questions, attentes, craintes ;
- d'accrocher la confiance (sécurité émotionnelle) ;
- de reprendre avec la femme ou le couple là où ils en sont du suivi médical et de leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel ;
- de recueillir les facteurs de vulnérabilité ;
- d'activer le réseau de proximité et d'organiser une continuité d'intervention de manière personnalisée.

Les techniques suivantes peuvent être utilisées pour aider la femme ou le couple à s'exprimer plus facilement et prendre des décisions en commun (42) :

- écoute active ;
- utilisation de questions ouvertes et fermées ;
- confirmation auprès des personnes de ce qui a été dit, décidé ;
- attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie ;
- progressivité dans la délivrance des informations, des conseils ;
- reconnaissance de l'expérience de la femme ou du couple ;
- planification des séances et des dispositifs de soutien ;
- art de résumer la situation.

Parmi les techniques de communication, le « *counseling* » semble trouver sa place dans la proposition de « guidance d'accompagnement » suggérée par Françoise Molénat (3). Cette technique permet de conseiller quelqu'un de vive voix, en face à face, pour l'aider à prendre de meilleures décisions. En pratique, elle consiste à :

- créer un climat de confiance (respect) ;
- donner des informations appropriées, exactes et compréhensibles ;
- permettre un choix éclairé ;
- aider à se rappeler les engagements pris (ou instructions).

Les bénéfices prennent effet immédiatement et s'inscrivent souvent sur le long terme.

Le modèle BERGER de l'OMS issu du *Gather Guide to Counseling* (43) propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Chacune de ces étapes peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment. Le modèle a été adapté à la PNP par les auteurs de ce rapport.

- *Bienvenue* : temps d'accueil de la personne : le soignant se présente, assure la confidentialité de l'entretien et explique les objectifs de l'entretien et son déroulement.
- *Entretien* : temps de recueil d'information et d'expression de la femme ou du couple pour :
 - apprécier la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social) vue de manière positive ;
 - permettre à la femme enceinte de mettre en avant ses ressources sociales et personnelles, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant ;
 - permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple, et d'explorer l'expérience que la grossesse leur fait vivre tout en consolidant les compétences personnelles de la femme ;

- conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance pour choisir les modalités d'accouchement, envisager les possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;
 - identifier les besoins d'information et les compétences à développer (connaissances, savoir-faire, attitudes) pour la naissance, l'accueil de l'enfant et la fonction parentale ;
 - repérer des vulnérabilités susceptibles de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant.
- *Renseignement* : délivrance d'une information claire et sur mesure en s'assurant de sa bonne compréhension. Les informations concernent les ressources de proximité pour mener à bien le projet de grossesse et de naissance : séances de PNP, dispositifs d'aide et d'accompagnement, mise en relation avec d'autres acteurs du système de santé.
 - *Choix* : la décision de participer aux séances de PNP et de bénéficier d'un support social appartient à la femme ou au couple. Pour l'aider à prendre sa décision, le professionnel peut mettre en avant les ressources sociales et personnelles de la femme enceinte, reformuler avec elle les compétences à développer pour la naissance, l'accueil de l'enfant et la fonction parentale, l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, ses difficultés, sur les bénéfices de la PNP et d'un support social (soutien émotionnel, partage d'information, disponibilité de ressources matérielles et de services). Il est important de demander à la femme ce qu'elle a décidé de faire et de confirmer la décision prise.
 - *Explication* : grâce à une discussion autour du contenu des séances d'accompagnement à la naissance et de soutien à la fonction parentale et si besoin de la nécessité d'un premier lien avec un réseau de professionnels activé autour de la femme, le professionnel explique à la femme comment mettre en œuvre sa décision (vérifier la compréhension, donner des documents écrits à emporter en les ayant présentés).
 - *Retour* : les séances de PNP sont l'occasion de réévaluer les besoins d'information et les compétences à développer. L'existence d'une coordination des dispositifs, en cas de situation de vulnérabilité, et d'un suivi de la période anténatale à la période postnatale permet de s'assurer de leur mise en œuvre effective et de réévaluer l'utilité des dispositifs mis en place, de vérifier leur adaptation et la satisfaction des femmes et de leur famille. Ces moments de contact avec la femme permettent en particulier de l'aider à résoudre des problèmes et répondre à ses questions.

L'ensemble des éléments relatifs aux conditions de déroulement de l'entretien individuel ou en couple présenté ci-dessus implique la nécessité pour les professionnels de santé concernés par cette pratique de pouvoir développer des compétences spécifiques à la conduite de cet entretien (formation).

VIII. Facteurs de vulnérabilité

VIII.1. Définition

Selon le glossaire multilingue de la BDSPP, la vulnérabilité est « *une caractéristique (principalement psychologique) d'un individu avec deux significations différentes :*

- *Être dans une position ou une condition non protégée et donc susceptibilité d'une personne d'être infectée, blessée ou menacée du fait de circonstance physique,*

psychologique ou sociologique. Une disposition vulnérable qu'une personne développe au cours de son histoire. L'opposé est l'invulnérabilité psychologique.

- *Dans le contexte des théories du comportement en santé, la vulnérabilité décrit l'attente subjective d'une personne vis-à-vis d'une menace spécifique (maladie, accident) qui peut l'affecter personnellement. Cette attente est déterminée par le degré d'information ou d'expérience. Elle est souvent affectée par ce que l'on appelle « l'erreur optimiste », qui est la capacité d'un homme à ne pas se sentir menacé personnellement par une menace générale, même quand elle existe. » <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>*

VIII.2. Situations à risque dans la littérature

L'analyse de la littérature a permis de lister des situations à risque, de les définir, sans parvenir à les hiérarchiser et à préciser en particulier les caractéristiques d'une population à risque. Ces situations à risque sont susceptibles d'entraîner des troubles du développement psycho-affectif de l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance (3,40).

Les principaux facteurs de risque de maltraitance, voire de violences à enfants, rapportés par Tursz et *al.* (40) dans des travaux sur les traumatismes intentionnels dans l'enfance sont de deux natures : les facteurs propres à l'enfant et des facteurs liés à son environnement.

Les facteurs familiaux décrits dans diverses études sont multiples : la séparation précoce mère-enfant, la dépression du *post-partum*, le très jeune âge de la mère, la primiparité, le non-suivi de la grossesse, les grossesses multiples et rapprochées, les antécédents psychiatriques dans la famille et plus particulièrement chez la mère, l'alcoolisme, la consommation de drogues, les violences domestiques, en particulier conjugales, l'incarcération d'un des parents, la monoparentalité, l'isolement, la désinsertion sociale, les antécédents de décès, de placement, de mesures éducatives dans la fratrie, les graves difficultés économiques et le chômage.

Les facteurs propres à l'enfant sont principalement la prématurité, l'hospitalisation à la naissance (surtout si la séparation avec la famille est longue), les placements. Le caractère « peu gratifiant » pour les parents (bébé qui pleure beaucoup) n'entraîne pas facilement de sentiment d'attachement. La présence d'un handicap ou d'une maladie chronique (génétique ou non) n'a pas un rôle reconnu de façon claire sinon par le biais de séparations répétées liées à des hospitalisations ou placements itératifs.

La littérature privilégie cette approche psycho-affective dans l'analyse des déterminants des mauvais traitements à enfant. Le mauvais investissement affectif d'un enfant est considéré comme le facteur le plus délétère, aboutissant à de graves troubles de la parentalité. Ces facteurs de vulnérabilité sont bien plus complexes à repérer que les critères démographiques ou socio-économiques défavorables.

Le formulaire *Évaluation de la santé prénatale* (ESP) adapté du questionnaire *Antenatal psychosocial health assessment* (ALPHA) (44,45) propose une série de 15 facteurs de risque psychosocial anténatal associés après l'accouchement à la violence faite aux femmes, à la maltraitance des enfants, à la dépression du *post-partum*, à des dysfonctionnements dans la relation de couple et à un plus grand nombre de pathologies physiques. Ces facteurs sont issus d'une analyse de la littérature complétée de *focus groups* rassemblant des professionnels impliqués en périnatalité.

Les principaux facteurs de risque regroupés en 4 catégories (facteurs familiaux, facteurs maternels, abus de substances et violence familiale) sont les suivants :

- adaptation à la grossesse ; changements physiques et psychologiques, attachement au bébé à naître, acceptation du bébé par la famille et le réseau de soutien ;
- soutien à la femme enceinte pendant la grossesse par son conjoint, sa famille, la collectivité (degré d'isolement, manque d'aide pour les tâches quotidiennes ou faire face à des événements stressants, etc.) ;
- stress et anxiété durant la grossesse ; changements importants survenus ou à venir ;
- soutien aux pères afin de les aider à intégrer leur rôle de père, à faire un bilan de santé ;
- relation du couple (partage des tâches quotidiennes, modalités envisagées de participation aux soins du bébé, changements dans les relations depuis le début de la grossesse, etc.) ;
- sexualité pendant la grossesse ;
- violences pendant la grossesse ;
- tabagisme ; alcoolisme ; autres addictions y compris l'automédication ;
- activité physique adaptée à la grossesse ;
- conditions de travail et exposition à un environnement à risque ;
- nutrition avec l'acquisition d'habitudes alimentaires saines.

VIII.3. Les situations de vulnérabilité retenues par le groupe de travail

L'analyse des instruments d'évaluation des facteurs de vulnérabilité, décrits au chapitre suivant, en complément des données sur les facteurs de risque de maltraitance permet de lister les principaux facteurs de vulnérabilité auxquels les professionnels doivent être attentifs lors du dialogue avec la femme enceinte et son entourage. La hiérarchisation de ces situations n'a pas été possible.

Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.

Les antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse

La violence domestique, en particulier conjugale, « est un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination. Ces comportements agressifs et violents ont lieu dans le cadre d'une relation de couple (entre deux époux, conjoints ou ex-partenaires) et sont destructeurs quels qu'en soient leur forme et leur mode. À la différence du conflit conjugal, la relation entre les deux partenaires est inégalitaire. Cette violence récurrente est toujours dirigée vers la même personne. » (46)

Le stress est un « état de déséquilibre entre les exigences auxquelles est soumis un système, sa capacité d'adaptation et les changements que ce déséquilibre induit... Le stress décrit la relation entre une situation qui se modifie et une personne qui est confrontée à cette situation. Il peut percevoir cette situation comme un challenge qu'il peut surmonter ou comme une menace à laquelle il peut succomber. Le stress est soutenu par la perception personnelle à la fois des exigences et de ses capacités. Trop ou trop peu de stress peut avoir des effets négatifs. Un stress modéré est considéré comme positif s'il est bien contrebalancé par des périodes de relaxation. »
<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

L'OMS dans un rapport portant sur les aspects psychosociaux et psychiatriques de la santé de la femme, publié en 1993 (47), a montré que les femmes souffrent beaucoup

plus fréquemment que les hommes de problèmes de santé mentale et que leur vulnérabilité dépend étroitement de leur situation conjugale, de leur activité professionnelle et des rôles qu'elles remplissent dans la société. Les rôles de la femme dans la procréation, comme génitrice, nourricière et éducatrice des enfants, sont présentés comme particulièrement riches en occasions de stress.

L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte (38).

Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression (38). Selon l'*International Classification of Sleep Disorders* de l'*American Sleep Disorders Association*, les troubles du sommeil durant la grossesse sont souvent associés à un manque de concentration, une irritabilité, une apathie et de la mauvaise humeur. Les douleurs lombaires peuvent exacerber les problèmes de sommeil. Les troubles du sommeil sont très fréquents durant la grossesse. L'insomnie du 3^e trimestre est probablement due à l'inconfort, la distension vésicale et les mouvements fœtaux. Les terreurs nocturnes et les psychoses du *post-partum* sont rares.

Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités. La dépression du *post-partum* se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (48,49), validé et traduit en français. Dans des recommandations datant de 2002, le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) signale qu'aucun instrument n'a été correctement évalué sur le plan de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur prédictive pour le dépistage anténatal de la dépression chez la femme enceinte (50).

La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) se définit comme un « état d'être dépendant : une habitude qui est devenue très difficile à arrêter. La consommation régulière d'alcool, de tabac, de drogues telles l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines ou les médicaments prescrits comme les tranquillisants, provoque une dépendance chez l'individu, avec l'apparition de symptômes de manque si les produits ne sont pas disponibles ou accessibles. La dépendance à plusieurs substances peut provoquer des effets néfastes physiques ou psychologiques. »

<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

La précarité représente « l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même. »

<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

Le risque social est lié à « des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres.

Les principaux risques sociaux sont la maladie/l'incapacité, le vieillissement, le travail (chômage, retraite ou accident du travail), et le changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale). »

<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

La naissance est « à haut risque émotionnel » lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

L'enquête nationale périnatale publiée en 2005 décrit la situation des principaux indicateurs de santé et de pratiques médicales en 2003 et son évolution depuis 1998 (4) et constate une dégradation de certains indicateurs de la qualité de la prévention entre 1998 et 2003. Par exemple, le nombre de femmes qui n'ont jamais consulté l'équipe de maternité et qui n'ont pas eu de PNP est en augmentation. Or, ce temps de la prévention est précieux, car il permet d'identifier des situations à risque en s'appuyant sur la formation des professionnels intervenant dans le champ de la petite enfance et sur leur capacité à repérer les familles vulnérables et à les soutenir.

Pour Françoise Molénat (3) la prévention doit se baser sur la reconnaissance, la valorisation et le soutien du rôle premier des professionnels de santé. Cela nous amène à nous interroger sur :

- les moyens disponibles pour effectuer un repérage précoce des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale et émotionnelle durant la période périnatale ;
- les dispositifs d'aide et d'accompagnement, en particulier le support social défini comme *« la quantité, la qualité et l'intensité des relations sociales qui sont disponibles pour aider l'individu et les groupes au sein des communautés pour affronter la maladie et le stress. Il a également un effet non spécifique sur la promotion de la santé et peut constituer une ressource positive pour renforcer la qualité de vie. Décrit dans les modèles théoriques de gestion du stress, le support social peut avoir un effet positif ou négatif selon la façon dont une personne l'évalue. Le support social peut comprendre un soutien émotionnel, un partage d'information, la disponibilité de ressources matérielles et de services. Le support social est maintenant largement reconnu comme un déterminant important de la santé et comme un élément essentiel du capital social. »*

<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

VIII.4. Le repérage des facteurs de vulnérabilité : critiques des instruments disponibles

Le rapport de la mission DHOS de janvier 2004 (3) souligne l'importance d'améliorer dès la grossesse la sécurité émotionnelle pour prévenir les troubles du développement psycho-affectif des enfants. Cela nécessite un repérage des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, émotionnelle, avant la survenue d'éventuelles complications obstétricales, qui doit être précoce.

Plusieurs instruments d'évaluation des facteurs de vulnérabilité ont été identifiés dans la littérature canadienne et anglo-saxonne :

- Évaluation de la santé prénatale (formulaire ESP) adapté du questionnaire *Antenatal psychosocial health assessment* (ALPHA) développé par Midmer *et al.* (44) pour une utilisation au Canada (51) ;
- *Comprehensive perinatal services program* de la *Health and Human services Agency* (52) en Californie (États-Unis) ;
- *Combined initial perinatal assessment* développé par les *Alameda county perinatal services* aux États-Unis (53) ;
- *Psychosocial assessment/case plan* de la *Maternity care program* au Royaume-Uni (54).

Ces instruments ont pour but de systématiser le recueil d'informations sur la santé psychosociale des femmes et de leur famille, et de proposer ensuite des dispositifs visant à adapter les interventions aux besoins des femmes.

Les principales critiques faites à ces instruments sont leur absence de validation ou d'adaptation au contexte français. Ces instruments ont été analysés dans le but de lister les facteurs de vulnérabilité les plus souvent pris en compte (*tableau 3*).

Le plus détaillé est l'instrument ESP utilisé au Canada dans le cadre de la mise en place en 2000 des lignes directrices : les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (51). L'utilisation du formulaire ESP est préconisée pour décider d'un suivi plus rigoureux, apporter un soutien ou un recours à des ressources ou interventions supplémentaires, et à une orientation vers d'autres ressources communautaires durant la période postnatale.

Le recueil d'informations est réalisé au-delà de 20 semaines d'aménorrhée au cours d'une entrevue ou au cours d'une série de visites. Le remplissage du formulaire prend environ 20 min. Son contenu est ensuite passé en revue avec la femme et un suivi ainsi que des interventions sont planifiés si besoin (44,45).

Ce formulaire dans sa version anglo-saxonne existe dans une version auto-administrée qui avait été réclamée par les femmes enceintes et les professionnels de santé (gain de temps) lors du test pilote de la version administrée par un professionnel. Une étude contrôlée randomisée a évalué la préférence des professionnels et des femmes vis-à-vis de modalités différentes de passation du formulaire : version remplie par le professionnel et la femme lors d'une entrevue (n = 39) et remplissage par la femme et entrevue avec un professionnel ensuite (n = 37) (55). Les paramètres étudiés étaient la pertinence et l'efficacité des questionnaires, la fréquence des problèmes trouvés en fonction du questionnaire. Les résultats ont montré que les deux formules étaient acceptables par les femmes et les professionnels de santé et étaient aussi efficaces pour identifier les facteurs de risque psychosociaux (aucune différence statistiquement significative entre les deux interventions en termes de fréquence de problèmes identifiés). Les addictions, en particulier vis-à-vis des médicaments, et les situations de violences domestiques étaient plus fréquemment rapportées sur la version remplie par les femmes que lors des entretiens. Les femmes ont préféré la version auto-administrée alors que les professionnels ont manifesté une préférence pour la version administrée.

Tableau 3. Contenu des instruments d'évaluation des facteurs de vulnérabilité chez la femme enceinte.

Liste des items	Agence de santé publique Soins pendant la grossesse Canada (51)	Comprehensive perinatal services program Californie (52)	Combined initial perinatal assessment États-Unis (53)	Psychosocial assessment /case plan Royaume-Uni (54)
Informations personnelles	déjà disponibles dans le dossier prénatal	x	x	x
Ressources économiques	déjà disponibles dans le dossier prénatal	x	x	x
Conditions de logement	déjà disponibles dans le dossier prénatal	x	x	x
Transports	déjà disponibles dans le dossier prénatal	x	–	x
Pratiques de santé habituelles		x	x	–
Attentes face à la grossesse, naissance, rôle de parent	déjà disponibles dans le dossier prénatal	–	x	x
Expérience antérieure/maternité	x	–	x	x
Facteurs prénatals : antécédents	déjà disponibles dans le dossier prénatal	–	–	–

Surveillance tardive de la grossesse	x	x	–	x
Nutrition	déjà disponibles dans le dossier prénatal	x	x	x
Allaitement	déjà disponibles dans le dossier prénatal	x	x	–
Santé mentale : antécédents de troubles psychologiques et/ou psychiatriques, estime de soi, antécédents affectifs, familiaux, relation affective avec le partenaire, événements stressants survenus durant les 12 mois précédents	x	x	x	x
Violences familiales	x	x	x	–
Addictions	x	x	x	x
Soutien social et/ou familial	x	x	–	–
Refus ou abandon des séances de préparation à la naissance et à la parentalité	x	–	–	–
Niveau d'éducation et de langage, handicap	–	x	x	x
Demandes éducatives	x	–	x	–
Projet de naissance	x	x	–	–
Suivi pour sida	–	–	–	x
Plan de suivi	x	–	–	–

X : présence, – : absence

En conclusion, la littérature analysée converge vers une démarche de prévention prénatale des troubles de la relation parent-enfant par une évaluation des facteurs de vulnérabilité. La nécessité d'inclure l'évaluation de la santé psychosociale de la femme au suivi prénatal y est soulignée.

Les facteurs de vulnérabilité proposés dans les instruments d'évaluation sont nombreux et certains sont délicats à aborder, comme la violence domestique. Aucun des instruments identifiés dans la littérature n'a été correctement évalué.

VIII.5. Les autres alternatives à l'utilisation des instruments d'évaluation des facteurs de vulnérabilité

Les professionnels procèdent peu à l'évaluation de la santé psychosociale des femmes enceintes et des membres de leur famille par manque d'outils pratiques.

Françoise Molénat (3) souligne que l'utilisation de grilles de facteurs de risque concernant la sécurité affective des futures mères offre peu d'intérêt avec un risque de stigmatisation des femmes et d'augmentation de leur sentiment de dévalorisation. Les

éléments les plus pertinents de malaise possible dans la construction des liens familiaux ne s'y trouvent pas et ne peuvent s'exprimer qu'au travers d'une authentique rencontre, bienveillante et prolongée, permettant à la femme et au couple de confier leurs angoisses, les traumatismes antérieurs qui pourraient provoquer des difficultés par la suite. Cet avis est partagé par le groupe de travail qui insiste sur la nécessité de prendre en compte la logique de raisonnement de la femme et de ne pas la culpabiliser au travers de questions fermées.

Certaines pratiques professionnelles peuvent entraver la construction des liens familiaux et favoriser la maltraitance (cloisonnement des services et institutions, non-respect de la physiologie, des émotions, de la dimension affective et le manque d'attention à la place du père).

Un réseau professionnel fiable, structuré et centré sur la famille de l'anté au postnatal, semble pouvoir jouer un rôle structurant, avec une meilleure écoute dès le début de la grossesse, à ajuster à chaque étape du processus de naissance jusqu'au retour à domicile. Cela implique que les professionnels de santé se sentent soutenus dans ce rôle premier qui doit être valorisé grâce à la formation et à la connaissance.

Ce qui est important c'est l'esprit de réseau qui doit relier les professionnels choisis par la femme enceinte. La transmission interprofessionnelle doit être abordée avec la plus grande rigueur et élaborée avec la femme elle-même. L'idée d'un réseau structuré avancée par Françoise Molénat est étayée par le constat de lacunes importantes dans l'orientation des femmes à risque et dans l'organisation de la prise en charge médicale, psychologique et sociale, ainsi que par l'absence de cadre auquel les professionnels peuvent se référer pour développer une approche globale de la femme.

La prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants nécessite des dispositifs et des conditions d'application de ceux-ci, en particulier l'utilisation d'une « guidance d'accompagnement », des règles de transmission interprofessionnelle, une coordination des dispositifs et l'organisation d'un suivi.

La « guidance d'accompagnement » proposée dans le rapport DHOS (Périnatalité et prévention en santé mentale – collaboration médico-psychologique en périnatalité) permettrait de simplifier le repérage des facteurs de vulnérabilité par les professionnels de santé (3). Elle porte sur :

- les conditions de la rencontre (bienveillance dans l'accueil, qualité de présence et de regard, respect dans la manière de toucher le corps, continuité et cohérence des professionnels entre eux, transparence des transmissions, etc.) ;
- l'engagement relationnel auprès des femmes enceintes les plus en souffrance (rappeler, intensifier le suivi, etc.) ;
- les éléments qui éveillent la vigilance des professionnels, comme un malaise dans la communication ;
- et les éléments de repérage des vulnérabilités.

Des règles de transmission interprofessionnelle claires permettent à la femme et à sa famille de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux. Cet aspect a été développé dans le chapitre sur la continuité entre les professionnels.

Une coordination des dispositifs existants autour des familles en difficulté et un suivi de la période anténatale à la période postnatale sont essentiels, de même que le professionnel puisse revoir la mère ou les parents en *post-partum* et à défaut s'assurer de la présence d'un professionnel de confiance.

Vander Linden et Roegiers, dans un rapport portant sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance en Belgique, précisent l'importance d'organiser la prise

en charge psychosociale avec la mère, sans jugement ni stigmatisation de l'incapacité maternelle (56). Pour cela, les professionnels doivent prendre le temps d'écouter les parents et d'exprimer leurs propres inquiétudes. En effet, il semble important de mettre en place un accompagnement humain et de bonne qualité dans cette période de mue identitaire vers les fonctions de mère ou de père. De nombreuses bases de la fonction parentale et de l'attachement se mettent en place autour de la naissance. Il faut donc aider les parents à aménager une place propre à l'enfant et soutenir leur projet au travers d'une attention bienveillante amenée par la prise en charge médicale systématique.

Il est important de savoir que tout accident obstétrical a un impact traumatique potentiel. Il faut créer des lieux et des temps pour assimiler ces événements, écouter et explorer les conséquences. Ce rapport se base essentiellement sur une bibliographie mettant en évidence le moment propice que représente la grossesse pour aider les parents les plus vulnérables à se reconstruire grâce à un travail basé sur l'écoute sans intervention intrusive. C'est dans cette période de transparence psychique que pourront notamment être prévenus les troubles de l'ajustement mère-bébé. On y retrouve également la notion de réseau interprofessionnel bienveillant dans lequel les démarches ou contacts doivent être agréés par les parents, l'ensemble de ces éléments semblant prévaloir aux décisions d'orientation susceptibles d'être prises à l'issue de l'entretien individuel dit du 4^e mois.

VIII.6. Les dispositifs d'aide et d'accompagnement

La grossesse et la naissance représentent des périodes de vulnérabilité. La période postnatale constitue une période de transition importante pour la mère, son nouveau-né et l'ensemble de la famille. Elle nécessite d'être attentif à l'adaptation postnatale de la mère. Cette adaptation comprend une intégration de son expérience de la naissance qui passe par le besoin d'en parler de manière détaillée, une phase de prise en main durant laquelle la mère a besoin que son expérience et le développement de compétences soient validés (prendre confiance en sa capacité à gérer sa propre situation) et s'appliquent à sa situation familiale (35).

Dans ce cadre, certains dispositifs d'aide et d'accompagnement sont communs à toutes les femmes ou couples, d'autres doivent être ajustés aux besoins des femmes ou des couples en réponse à des facteurs de vulnérabilité (35).

Toute femme enceinte ou couple peut avoir besoin au cours de la grossesse ou en période postnatale de manière ponctuelle ou prolongée d'une forme de support social. Le support social est défini comme : « *quantité, qualité et intensité des relations sociales, qui sont disponibles pour aider l'individu et les groupes au sein des communautés à affronter la maladie et le stress. Il a également un effet non spécifique sur la promotion de la santé et peut constituer une ressource positive pour renforcer la qualité de vie.*

Décrit dans les modèles théoriques de gestion du stress, le support social peut avoir un effet positif ou négatif selon la façon dont une personne l'évalue. Le support social peut comprendre un soutien émotionnel, un partage d'information, la disponibilité de ressources matérielles et de services. Le support social est maintenant largement reconnu comme un déterminant important de la santé et comme un élément essentiel du capital social. » <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

VIII.6.1. Exemples de dispositifs communs à toutes les femmes à la maternité et à domicile

Les lignes directrices pour les soins à la mère et au nouveau-né (35) recommandent que lors du séjour à la maternité, les prestations de soins favorisent l'unité familiale tout en assurant la sécurité physique de la mère et du bébé. Dans le modèle de soins infirmiers mère-enfant, les mesures suivantes sont appliquées : les intervenants examinent le nouveau-né au chevet de la mère ; les occasions où la mère peut examiner son enfant,

l'observer, et apprendre à s'en occuper sont multipliées le plus possible, le père, les frères et sœurs peuvent passer tout le temps voulu avec la mère et le bébé.

Les dispositifs d'accompagnement et de soutien identifiés dans la littérature sont de type organisationnel et visent à prévenir les troubles de la relation parent-enfant. Ils sont présentés sous la forme d'actions à mettre en œuvre par les professionnels de santé.

- Favoriser l'instauration du lien parent-enfant (attachement) et soutenir le développement de la fonction parentale par des bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles (35,57) :
 - respecter l'intimité parents-enfant dans les premières heures qui suivent la naissance (35) ;
 - encourager un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père et le favoriser en cas de séparation précoce entre la mère et son enfant (hospitalisation liée ou non à la prématurité). Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (11,35) ;
 - favoriser la cohabitation 24 heures sur 24 avec le bébé : facilitation de l'allaitement maternel, connaissance des réactions du bébé (11,35) ;
 - encourager la mère à répondre de manière chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé (caresser, bercer, parler tendrement, réconforter, jouer et interagir avec lui). La théorie de l'attachement a été définie au début des années 50 par John Bowlby. Empiriquement, Mary Salter Ainsworth a conçu l'attachement en tant que base de sécurité à partir de laquelle le nourrisson peut explorer son univers. Elle a fait valoir l'importance de la sensibilité de la mère aux signaux du nourrisson et son rôle dans l'attachement entre la mère et l'enfant (58). L'attachement au nourrisson est le lien affectif profond qu'établit le nourrisson avec sa mère. Les bases du développement de la relation d'attachement se posent dans les deux premiers mois de vie avec des réponses chaleureuses, sensibles et fiables (58).
- Encourager le développement des compétences parentales et la confiance en soi (35) :
 - donner l'occasion à la femme le plus souvent possible de s'occuper de son bébé ;
 - développer la capacité de sollicitude : percevoir et se sentir concerné par les besoins de l'enfant.
- Éviter le retrait précoce du soutien des professionnels en proposant des recours accessibles en cas (35) :
 - de besoin de soutien ou de difficultés pour l'allaitement (11), les soins à l'enfant, le soutien à la fonction parentale ;
 - d'insécurité à domicile pour la mère ou l'enfant ;
 - de difficultés d'ajustement aux exigences de l'enfant, de fatigue, de risque de maltraitance (enfant secoué en particulier).
- Mettre en contact la femme avec des associations, un dispositif de « femmes relais », de soins à domicile, de soutien à l'allaitement, de service d'écoute téléphonique et de réponses expertes, un service de PMI, une technicienne d'intervention sociale et familiale, une aide-ménagère, etc. (35).
- Orienter vers un suivi spécialisé en cas de pathologie, de symptômes, de suspicion d'une anxiété, de troubles du sommeil, d'un épisode dépressif au cours de la grossesse et d'une dépression du *post-partum* (psychologue, psychiatre, pédo-psychiatre) (35,38).

Nous n'avons pas envisagé dans ce travail les pratiques qui facilitent le déroulement de la naissance en salle de naissance à la maternité, en particulier la présence d'une « accompagnatrice » encore appelée Doula. Aussi les recommandations ne font pas

mention des résultats d'une méta-analyse de la *Cochrane Library*. Cette méta-analyse (15 études contrôlées randomisées incluant 12 791 femmes) a montré que les femmes accompagnées lors du travail et de l'accouchement par une personne spécialement formée étaient moins nombreuses à réclamer de la médication contre la douleur et avaient une satisfaction plus grande de leur expérience d'accouchement. Une analyse en sous-groupes montrait que globalement un support continu durant le travail et l'accouchement était plus bénéfique lorsque ce support était prodigué par une personne extérieure à l'équipe hospitalière, était précoce durant le travail, et était proposé dans des maternités dans lesquelles l'analgésie par péridurale n'était pas disponible en routine (59). Plusieurs études françaises et belges de bonne qualité méthodologique étaient incluses dans cette méta-analyse. Des recommandations concernant les pratiques en salle de naissance devraient être élaborées.

VIII.6.2. Exemples de dispositifs d'aide et d'accompagnement, ajustés aux facteurs de vulnérabilité

La littérature a permis d'identifier des études dans le champ de la prévention de la maltraitance à enfant. La plupart des actions engagées sont surtout des interventions proposées en période postnatale, peu d'interventions sont proposées en anténatal.

— *L'évaluation des programmes centrés sur les pratiques parentales*

Les difficultés psychosociales ont des conséquences sur la santé psychologique et cognitive de l'enfant à court et à long terme et sont responsables de problèmes d'attachement dans la petite enfance (60). C'est pour cette raison que des programmes d'éducation centrés sur les pratiques parentales (*parenting*) ont été développés au Royaume-Uni dès les années 60 et de manière plus élargie durant ces 10 dernières années. Barlow et Coren ont évalué dans une méta-analyse publiée par la *Cochrane Library* en 2001 (60) l'efficacité de tels programmes sur la santé psychosociale des mères. Au total 26 études randomisées contrôlées ont été incluses dans l'analyse. Les programmes d'éducation centrés sur les pratiques parentales avaient les caractéristiques suivantes : séances collectives, programme structuré, objectif principal centré vers l'intention d'aider les parents à gérer le comportement de l'enfant et l'amélioration du fonctionnement familial et des relations intrafamiliales. Dans ces études, la population concernée était le plus souvent des parents d'enfants âgés de 2 ans et plus ou des adolescents ou des enfants porteurs d'un handicap. Une seule étude (61) portait sur une population de parents recrutés au cours de séances d'éducation prénatale et visait à évaluer les effets d'un programme centré sur les actions qui facilitent le sommeil chez l'enfant. Les données étaient recueillies en période anténatale, postnatale immédiate et lors du suivi à 16-20 semaines pour le groupe « intervention » (n = 29) et le groupe « contrôle » (n = 31). Les critères de jugement étudiés étaient les aspects du fonctionnement psychosocial des mères comme le stress, les expériences positives, l'estime de soi, la compétence parentale, mesurés à l'aide d'instruments standardisés et validés. Le contenu de l'intervention portait sur une information sur le sommeil de l'enfant, les méthodes qui facilitent l'acquisition de bonnes habitudes de sommeil. Les séances incluaient la distribution de documents, des séances de questions-réponses, des groupes de discussion et de résolution de problème, le remplissage de journal et d'enregistrement des pratiques quotidiennes discutés ensuite en groupe. Les auteurs concluent que des programmes d'éducation pour les futurs parents peuvent contribuer significativement à la santé psychosociale des mères mais seulement à court terme.

En France, le Centre de recherche médecine, science, santé et société (Cermes) a évalué trois actions médicales et psychosociales auprès de familles en grande difficulté ayant des enfants de moins de 4 ans (16). Ces interventions, qui se déroulent dans trois

lieux différents, ont en commun de traiter les pathologies issues d'un lien difficile parent-enfant (maltraitance, troubles de la parentalité, carences graves, maladie mentale maternelle, etc.), qui ont des effets sur le développement de l'enfant. Dans le premier lieu, il s'agissait de constater l'effet de soins précoces dispensés aux parents et aux enfants sur le devenir des familles (parents et enfants). Les interventions sont des soins psychiques comportant des thérapies individuelles, des consultations familiales, des accompagnements à domicile, des rééducations classiques pour les enfants, des groupes de parents et d'enfants. Les familles ont bénéficié de soins et d'accompagnement pendant une durée de plus d'un an, et étaient sorties de ces prises en charge depuis plusieurs années au moment du recueil de données. Les évaluations ont permis de constater la fin des maltraitances graves et l'éradication des carences lourdes après ces prises en charge globales et de longue durée. Les auteurs pointent deux facteurs particuliers de réussite : l'importance de la prise en charge très précoce ainsi que l'importance de la proximité des lieux de soins et de la continuité pour ces familles.

— *Les interventions qui améliorent l'adaptation émotionnelle et comportementale des enfants*

La littérature s'est intéressée aux interventions de groupe animées par des professionnels pour évaluer dans quelle mesure elles amélioreraient l'adaptation émotionnelle et comportementale des enfants âgés de moins de 3 ans et permettaient de prévenir précocement les problèmes d'adaptation psycho-affective et comportementale. Les résultats d'une méta-analyse réalisée par la *Cochrane Library* (13) ont montré un résultat positif (mais non statistiquement significatif) en faveur des groupes interventions. Les articles sélectionnés concernaient les parents d'enfants âgés de 2 ans et plus. Il manque des études sur l'efficacité d'interventions précoces : nous avons identifié une revue de la littérature en cours d'élaboration qui évalue l'impact de tout type d'interventions postnatales précoces centrées sur l'enfant ou la famille (dans les 2 mois qui suivent la naissance) (14). Les critères de jugement utilisés sont les suivants : l'acquisition de connaissances, de compétences pour les soins de l'enfant, la confiance en soi des mères et des pères, l'anxiété maternelle, l'exclusivité et la durée de l'allaitement maternel, le développement psychomoteur de l'enfant, les pleurs de l'enfant, le soutien social en général, l'adaptation psychologique et sociale à la fonction de parent, les interactions mère-enfant, la prévention (couchage de l'enfant, installation dans un siège-auto, vaccination, etc.), un problème infectieux chez la mère (mastite) ou chez l'enfant (infection du cordon), la maltraitance ou la négligence de l'enfant, l'utilisation des services de soins, la satisfaction avec les interventions éducatives.

De même, les effets d'un soutien social apporté aux nouvelles mères économiquement ou socialement défavorisées (précarité, pauvreté, parent isolé ou venant de l'étranger) en anté et postnatal sont en cours d'évaluation (15).

— *Le soutien aux parents adolescents*

Une revue de la littérature publiée par la *Cochrane Library* a évalué les effets de programmes d'interventions individuelles ou collectives centrés sur le soutien aux parents adolescents (12). Quatre études ont été sélectionnées et analysées séparément. En raison de l'hétérogénéité des informations une méta-analyse n'a pas été possible. Les auteurs soulignent les limites de cette revue de la littérature : inclusion d'un petit effectif d'études, nombre restreint de critères de jugement, biais méthodologique des études incluses. En dépit de ces limites, les auteurs concluent que les séances collectives et individuelles anté et postnatales (entretien, discussion à partir de vidéo) sont en faveur d'une amélioration des interactions mère-enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, le développement du langage, le comportement et les connaissances des parents, la confiance de la mère en elle-même, la construction de l'identité maternelle.

— *Le soutien en cas de violence*

Bien que cela soulève le problème de l'intrusion dans la sphère privée, la commission Périnatalité, enfants et adolescents (PEA) recommande, dans le rapport publié en mai 2005 portant sur les travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (62), de développer les visites à domicile, qui s'inscrivent dans un continuum de prévention et de soins, les jugeant nécessaires pour repérer les situations à risque pour les jeunes enfants. « *Cette démarche doit s'inscrire dans un cadre plus global d'accompagnement de la famille et de l'enfant et il est donc particulièrement important d'allier les visites à domicile à l'éducation des parents, d'où l'importance de la coordination entre la PMI, les hôpitaux (ou cliniques) et la médecine de ville.* » Les recommandations proposent concrètement de développer des visites à domicile (par exemple par des infirmières) du troisième mois de la grossesse aux 2 ans de l'enfant, visites comprenant des actions d'éducation pour la santé et de soutien à l'habileté parentale ainsi qu'une aide au développement personnel de la mère.

Les femmes enceintes sont particulièrement la cible de violences, notamment conjugales. « *Repérer une situation de violence chez une femme enceinte permet de la protéger, de l'informer de ses droits et des aides qui peuvent lui être proposées. C'est aussi organiser la prise en charge de l'enfant à naître* » est une des recommandations de la commission Genre et Violence (GV) du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, publié en mai 2005 (62). Nombre de mesures concernant la période périnatale ont été évoquées dans les propositions de ce rapport, notamment le développement et le bon fonctionnement des réseaux de périnatalité et l'apport de compétences psychologiques dans la prise en charge de la grossesse.

Les dispositifs proposés dans ce chapitre sont spécifiques des principales situations de vulnérabilité identifiées durant la grossesse et en postnatal. Ces dispositifs visent à :

- encourager l'arrêt de la consommation de drogues, d'alcool et de tabac et orienter la femme vers une consultation d'aide au sevrage et un service médico-social spécialisés pour être aidée (38). Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès du numéro vert de Drogues Alcool Tabac Info Service (0 800 23 13 13) ou auprès de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (www.drogues.gouv.fr) ;
- proposer un accompagnement des femmes ou couples en situation de précarité ou à risque social dans les démarches de soins, d'hébergement : « adultes relais », « femmes relais », réseau d'aide associatif, interprète, points de rencontre pour les femmes enceintes, lieux d'accueil parents-enfants, travailleur social, permanence gratuite pour avis juridique (2) ;
- en cas de violence domestique, envisager avec la femme enceinte des interventions adaptées et un réseau de professionnels activé autour d'elle : sage-femme et puéricultrice de PMI, technicienne d'intervention familiale, médecin traitant, psychologue, etc. (38). Des renseignements et des contacts utiles peuvent être recherchés sur le site du ministère des Affaires sociales (www.sante.gouv.fr/hm/actu/violence/) ;
- apporter des aides humaines et matérielles aux difficultés rencontrées pendant la grossesse et après la naissance pour les femmes ayant un handicap ou une maladie invalidante afin de faciliter leur vie dans les domaines où elles sont mises en difficulté du fait de leur handicap ou maladie (2) ;
- Proposer aux parents concernés par l'annonce anté et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap chez leur enfant de rencontrer une équipe d'un

centre de diagnostic prénatal et éventuellement d'un centre d'action médico-sociale précoce pour les aider à comprendre cette anomalie, en évaluer la signification et les conséquences après la naissance pour l'enfant, le couple, la fratrie, les informer des prises en charge et des aides possibles, et à découvrir après la naissance les capacités et les difficultés de leur enfant et la manière d'y faire face ;

- proposer aux parents soucieux d'être accompagnés dans leur fonction parentale des dispositifs tels que les réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents (www.familles.org).

La mise en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement à l'issue de l'entretien individuel ou en couple suppose l'existence (3) :

- d'un accord de la femme ou du couple vis-à-vis des démarches ou des contacts pris auprès d'autres professionnels ;
- de règles de transmission interprofessionnelle qui permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux ;
- d'un lien avec le médecin traitant ;
- d'une coordination des dispositifs existants autour des femmes et des familles en difficulté ;
- d'un suivi de la période anténatale à la période postnatale ;
- d'une définition en commun des bonnes pratiques professionnelles qui favorisent et soutiennent la fonction parentale ;
- d'un inventaire des dispositifs et des ressources locales (intervenants, structures) qui doit être mis à disposition des professionnels de santé. Cet inventaire pourrait être élaboré à l'initiative des réseaux de santé.

IX . Évaluation des besoins d'information et de développement de compétences

La création des occasions pour arriver à une compréhension commune des besoins et des attentes de chaque femme est soulignée dans les recommandations internationales (6,35). De même, est soulignée dans ces mêmes recommandations l'importance d'une évaluation individuelle des besoins d'information et d'éducation.

L'évaluation individuelle des besoins d'information et de développement de compétences conduit au diagnostic éducatif, concept développé en éducation du patient (32), qui permet d'adapter et d'orienter sur le contenu et les méthodes éducatives les plus pertinents pour chaque femme et/ou couple. Selon ce modèle d'éducation du patient, le diagnostic éducatif est centré sur :

- l'organisation des connaissances ;
- la compréhension des événements ;
- les croyances en santé, les représentations de la maladie, de la situation ou de la condition et des changements qui interviendront dans la vie familiale ;
- les expériences antérieures, vécues ou observées ;
- les caractéristiques de la personne en termes de maîtrise de la langue, de la lecture, de capacité d'abstraction ;
- la prise en compte du processus d'adaptation de la personne à la maladie, à la situation ou à la condition et des besoins exprimés ou non.

Le modèle axé sur les soins à la mère et à l'enfant développé au cours des 30 dernières années au Canada intègre la compréhension de la grossesse (événement familial naturel) à l'expérience unique vécue par la femme pour favoriser sa participation et/ou

celle du couple aux décisions concernant sa santé (35,63). Ce modèle permet au moyen de techniques de communication adaptées :

- d'explorer l'expérience que la grossesse fait vivre à la femme et/ou au couple : idée que la femme se fait de la grossesse et de ses problèmes de santé ou difficultés, ses sentiments, particulièrement ses craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance, l'effet de sa grossesse et de ses conséquences sur son quotidien, ses attentes face aux décisions à prendre et aux changements qu'elle entrevoit ;
- de comprendre tous les aspects de la personne : contexte de vie, y compris sa famille, son milieu de travail et/ou ses activités, ses croyances, les crises qu'elle traverse dans la vie pour déceler une éventuelle souffrance ;
- de trouver un terrain d'entente pour que la naissance soit une expérience positive et enrichissante en gérant au mieux les priorités et en tenant compte des attentes, des idées, des sentiments et du rôle de la femme dans la planification des soins ;
- de miser sur la prévention des risques et l'éducation : consolider les expériences personnelles de la femme, développer des compétences qui lui permettent de profiter des effets positifs de la naissance à long terme ;
- d'accroître la qualité de la relation avec les professionnels de santé : soutien affectif reçu au cours de leur expérience de la grossesse et de la naissance et sentiment de maîtrise personnelle et de réalisation ;
- d'être, pour les professionnels de santé, réaliste dans la manière d'établir des priorités, de gérer son temps de manière efficace, d'affecter les ressources et de favoriser le travail d'équipe, et de respecter ses propres limites émotives et ne pas excéder ses capacités.

Le diagnostic éducatif repose sur un entretien structuré dont les principales dimensions reposent sur cinq questions qui peuvent être utilisées pour cerner les besoins, les attentes et la personnalité de la femme enceinte et/ou du couple (encadré 1).

Encadré 1. Principales dimensions du diagnostic éducatif pour la PNP, adaptées du modèle axé sur les soins à la mère et au nouveau-né de Santé Canada (35) et du modèle d'éducation thérapeutique (32)

Dimension biomédicale : Quelle est sa situation ? parité, déroulement normal ou non de la grossesse, pathologies associées, problèmes de santé.

Dimension socioprofessionnelle : Que fait-elle ? vie quotidienne, profession, activités, hygiène de vie, environnement social et familial ; contexte de vie, y compris sa famille, croyances, crises traversées dans la vie pour déceler une éventuelle souffrance.

Dimension cognitive : Que sait-elle ? sur la grossesse, l'accouchement, la période postnatale immédiate, les soins à l'enfant et l'équipement nécessaire, la première année de vie de l'enfant, la prévention des risques pour elle et l'enfant. Comment se représente-t-elle la grossesse, l'accouchement, l'accueil de l'enfant, les changements dans la vie familiale et les relations dans le couple ?

Dimension psycho-affective et sociale : Qui est-elle ? expérience du vécu de la grossesse, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés, ses sentiments, ses craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance, effet de sa grossesse et de ses conséquences sur son quotidien, ses attentes face aux décisions à prendre et aux changements qu'elle entrevoit, réactions face à une situation de stress, de vulnérabilité psychologique, sociale, affective, attitudes, existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille).

Dimension projet : Quel est le projet de naissance de la femme et/ou du couple ? Que leur a-t-on proposé ? Comment voient-ils leur rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse, de la naissance, du retour à domicile ?

Dans le cadre de la PNP, ce diagnostic éducatif est réalisé lors de l'entretien individuel ou en couple au cours du premier trimestre de la grossesse. Il peut être complété et éventuellement modifié par une séance collective de vécu de groupe.

Une synthèse des informations recueillies peut être partagée en équipe pluriprofessionnelle au sein d'un réseau de périnatalité pour la formulation des composantes du diagnostic éducatif et dans des situations particulières de vulnérabilité personnelle ou familiale ou de l'identification d'une situation de précarité.

Le diagnostic éducatif aboutit à la négociation avec la femme enceinte ou le couple des compétences (connaissances, savoir-faire, communication) qu'elle va développer en tenant compte de sa motivation, de son contexte de vie, de ses potentialités et des ressources éducatives qui peuvent être mises à sa disposition pour l'accompagner.

Le recueil de données utilisables pour le diagnostic éducatif et sa synthèse, les compétences à développer par la femme et/ou le couple, un résumé de l'éducation (bilan) font partie du support d'information à conserver dans le dossier de la femme enceinte.

X. Informations utiles et compétences à développer

Ce sont les compétences, que l'on souhaite développer chez la femme enceinte et/ou le couple, qui permettent de sélectionner les contenus de l'éducation prénatale et de choisir les techniques utilisables à cet effet (32).

Les compétences expriment un résultat en termes d'amélioration du niveau de connaissances, du savoir-faire et de son appropriation (transfert à un autre contexte que celui de l'apprentissage) par les personnes.

La définition des compétences spécifiques à l'éducation prénatale et son contenu peuvent s'appuyer sur une matrice de compétences élaborée en 2001 par d'Ivernois *et al.* et repris par un groupe de travail dans le cadre du Plan national d'éducation pour la santé (64). Cette matrice inspirée de modèles développés dans le champ de l'éducation à la santé (65) et de l'éducation thérapeutique (32) s'applique quels que soient la maladie, la situation, la condition ou le lieu d'éducation.

Les compétences décrites dans ce système font appel à différents domaines taxonomiques : cognitif, sensori-moteur, émotionnel, relationnel. Elles expriment un résultat en termes d'acquisition d'appropriation par les personnes. Ce centrage sur la personne et ses compétences laisse la possibilité aux professionnels de santé qui éduquent de se référer à différentes approches, méthodes et techniques pédagogiques pour aider la personne à acquérir des compétences.

La matrice de compétences est présentée dans le *tableau 4*. Son contenu a été adapté à un programme de PNP, puis finalisé par le groupe de travail. Cette adaptation s'appuie sur l'analyse des recommandations existantes (6,18,35) et de documents d'information élaborés spécifiquement pour les femmes enceintes (30,36,37). Pour chaque compétence proposée, il est possible de décrire le contenu spécifique, les techniques éducatives mises en œuvre pour développer les compétences ainsi que les stratégies d'évaluation.

Tableau 4. **Compétences à acquérir par une femme enceinte au terme d'un programme de PNP, adaptées de la matrice de compétences développée en 2001 par d'Ivernois et al. dans le champ de l'éducation thérapeutique (64).**

Matrice de compétences quelle que soit la situation ou la condition de la personne	Compétences à acquérir par la femme enceinte et/ou le couple (objectifs spécifiques)
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
2. Comprendre, s'expliquer la grossesse, l'accouchement et les pratiques parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne), des suites de l'accouchement • S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse • Comprendre l'évolution du passage du statut de fille, de femme, à celui de mère • Comprendre les risques liés au mode de vie • Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant • S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant
3. Repérer, analyser	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance • Analyser une situation à risque
4. Faire face, décider	<ul style="list-style-type: none"> • Décider d'être accompagnée durant l'accouchement • Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer • 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 • Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance • Décider de consulter, d'aller aux urgences, à la maternité • Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés
5. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper un problème	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les buts de la prévention des facteurs de risque et des comportements pour la femme et l'enfant

	<ul style="list-style-type: none"> • Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant • Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions • Résoudre des difficultés d'allaitement
6. Pratiquer, faire	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins • Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse • Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé
7. Adapter, réajuster	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux • Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques • S'ajuster aux besoins d'un bébé
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible • Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant et l'utilité du carnet de maternité et de santé • Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement • Faire valoir des droits (travail, maternité)

XI. Contenu de la préparation à la naissance et à la parentalité

Dans la littérature, le contenu de la PNP est présenté sous la forme d'une liste de thèmes à aborder au cours des séances.

XI.1. Les textes réglementaires français

En France, le décret de périnatalité de 1998 (98-900 du 9 octobre 1998, Code de la santé publique : article R 6123-39-53.) précise que « *l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant :*

- *de fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins ;*
- *d'assurer une préparation de la naissance et d'effectuer des visites du secteur de naissance (ou bloc obstétrical) pour les patientes qui le souhaitent. »*

La préparation à la naissance est un accompagnement de la mère, et plus largement du couple, tout au long de la grossesse, à l'arrivée de l'enfant et durant ses premiers jours (avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales 2003, 27 février 2003).

L'avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales préconise pour une bonne pratique trois thèmes pour la préparation de la naissance :

- Thème 1 : Apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale.

- Thème 2 : Responsabiliser les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître.
- Thème 3 : Ménager un temps d'écoute permettant aux médecins et aux sages-femmes de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité tant psychologique que physique, économique et sociale et d'orienter le cas échéant les futurs parents vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents. Proposer un travail corporel adapté en fonction des besoins de la femme.

XI.2. Le contenu de la PNP dans les recommandations internationales

Le contenu relatif à la PNP est présenté dans le *tableau 5*. Les thèmes développés sont le déroulement de la grossesse, l'accouchement, les soins au nouveau-né, son accueil, la fonction de parent et les pratiques parentales.

Tableau 5. Contenu de la PNP dans les recommandations internationales, présenté par grands thèmes.

Recommandations Pays, date	Contenu
<i>Essential antenatal, perinatal and postpartum care</i> WHO International 2002 (6)	<p>Soins prénatals</p> <ul style="list-style-type: none"> symptômes mineurs durant la grossesse nutrition durant la grossesse et après l'accouchement préparation à l'allaitement exercices prénatals : relaxation modifications psychologiques durant la grossesse <p>Travail et naissance</p> <ul style="list-style-type: none"> déroulement du travail et de la naissance soulagement de la douleur durant le travail présence de l'entourage pendant le travail pratiques habituelles durant le travail césarienne ajustement psychologique pendant le travail et l'accouchement <p>l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> contact « peau-à-peau » avec le nouveau-né et allaitement maternel précoce <p>Soins du <i>post-partum</i> pour la mère</p> <ul style="list-style-type: none"> allaitement rééducation postnatale ajustement psychologique pour le couple et la vie avec un nouveau bébé sexualité pendant la grossesse et après la naissance reprise du travail après la naissance <p>Soins du <i>post-partum</i> pour l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> soins du bébé et équipement requis faire face aux pleurs de l'enfant stimulation du bébé développement de l'enfant immunisation de l'enfant <p>Le rôle du père</p> <ul style="list-style-type: none"> le rôle du père durant la transition vers la parentalité préoccupations exprimées par le père Les symptômes dits « mineurs », de la grossesse, la nutrition, les modifications psychologiques, les exercices prénatals, la préparation à l'allaitement <p>Le travail et l'accouchement (évolution du travail et de l'accouchement, douleur, accompagnement, interventions habituelles durant le travail, césarienne, peau-à-peau et allaitement précoce)</p>

	Les soins du <i>post-partum</i> pour la mère (allaitement, exercices postnatals, modifications psychologiques, travail après la naissance)
<i>Guidelines for perinatal care</i> <i>American Academy of Pediatrics</i> <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> États-Unis 2002 (18)	Le travail L'accouchement La douleur Les procédures et les complications obstétricales L'allaitement maternel Les soins aux nouveau-nés La fonction et les pratiques parentales
<i>Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale</i> Santé Canada Canada 2000 (35)	Information sur les cycles physiologiques et psychologiques naturels de la grossesse, du travail, de la naissance et de la période postnatale : Anatomie et physiologie du système reproducteur masculin et féminin, et sexualité humaine Changements physiques et affectifs pendant la grossesse Croissance et développement de l'enfant à naître Dépistage prénatal et tests de diagnostic : but et utilisation Influences tératogènes et iatrogènes sur la grossesse Changements normaux et signes d'alerte Complications de la grossesse et mécanismes d'adaptation à une grossesse à risque élevé Alimentation de la mère et du nourrisson, avec insistance sur l'allaitement maternel comme la meilleure façon de nourrir le bébé Travail et accouchement normaux Césarienne et accouchement vaginal après césarienne Interventions et procédures médicales courantes, y compris les justifications, risques, avantages et solutions de rechange de chacune Caractéristiques et comportements du bébé Rôle des personnes qui assureront l'accompagnement pendant la naissance Conseils portant sur la période postnatale, incluant l'allaitement, les soins au bébé, les changements normaux auxquels il faut s'attendre et le soutien affectif et physique à la mère Signes avertisseurs précoces de complications postnatales pour la mère ou le bébé Techniques pour faciliter le travail et la naissance : de détente (relaxation progressive, toucher thérapeutique, visualisation, imagerie mentale, musique) ; de respiration (dirigée, contrôlée ou adaptée au rythme naturel du travail) ; de confort (massage, effleurage, contre-pression, thérapie par la chaleur, le froid, l'eau, offre de nourriture, position du corps et mouvements) ; exercices pour mieux connaître son corps et être en forme (position du corps et mouvements)

XI.3. Le contenu de la PNP dans les documents d'information écrits pour les femmes et/ou les couples

Pour le contenu de la PNP, on retrouve dans les documents d'information pour les femmes enceintes les mêmes thèmes que dans les recommandations pour les professionnels de santé (*tableau 6*).

Tableau 6. Contenu de la PNP dans les documents d'information pour les femmes.

Document écrit d'information pour les femmes	Contenu de la préparation à la naissance et à la parentalité
<i>Pregnancy book</i> Royaume-Uni NHS 2003 (37)	Grossesse et santé Déroulement du travail et de la naissance Comment faciliter le travail Information sur le soulagement de la douleur Exercices pour se maintenir en forme et faciliter le travail Relaxation Comment prendre soin du bébé et l'alimenter Santé de la mère après la naissance Séances de « mise à niveau » pour les mères ayant déjà eu un enfant Changements émotionnels durant la grossesse, la naissance et la période prénatale précoce
<i>Partir du bon pied - Guide grossesse et accouchement</i> SOGC 2000 (30)	Les stades du travail et la maîtrise de la douleur pendant l'accouchement L'alimentation pendant la grossesse L'art d'être parent : <ul style="list-style-type: none"> - partager leur vécu avec d'autres nouveaux parents (difficultés, joies) - alimentation du nourrisson - soins d'hygiène du bébé - sécurité du bébé : sommeil, prévention de la maltraitance - rivalité fraternelle et la façon de composer avec la frustration - combler les différences culturelles ressenties par de nouveaux arrivants dans le pays Les signes avant-coureurs de problèmes L'exercice physique et les rapports sexuels pendant la grossesse

XI.4. Santé de l'enfant et préparation à la naissance et à la parentalité

Dans une perspective de promotion de la santé de l'enfant, le groupe de travail a estimé souhaitable qu'un certain nombre de points concernant la santé d'un nouveau-né et d'un nourrisson soient abordés lors des séances prénatales, de la guidance individuelle à la maternité et lors de séances ou de guidance individuelle après la naissance. Les thèmes suivants sont issus d'une monographie de la *Revue du Praticien* sur la surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans (66).

À la naissance, le nouveau-né bénéficiera d'une surveillance attentive et, avant la sortie de la salle de naissance, d'une évaluation clinique. Les conditions favorables à la proximité mère - (père) - enfant seront privilégiées, de même que la première mise au sein si l'allaitement maternel a été choisi.

Les soins du bébé : ils feront l'objet d'un apprentissage adapté à l'expérience de la mère, en particulier pour la toilette, l'habillement et l'alimentation.

La sécurité de l'enfant : elle concerne la mort subite et la prévention des accidents. Le risque de mort subite est considérablement réduit par la prise en compte d'un certain nombre de facteurs comme :

- choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit ;
- éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les surpyjamas ou les turbulettes ;
- préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des 6 premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée ;
- limiter la température de la pièce à 19 °C ;
- éviter le tabagisme autour de l'enfant : depuis les recommandations sur la position de couchage, le tabagisme maternel est devenu le facteur de risque principal de la mort subite.

Les accidents peuvent toucher également le nourrisson. Les circonstances le plus fréquemment observées avant l'âge de la marche concernent le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture. Après l'âge de la marche, l'endroit le plus à risque pour l'enfant est la cuisine (risque de brûlures). Le petit enfant ne doit jamais être laissé seul à la maison, surtout en présence d'animaux domestiques. La vigilance de l'entourage est le meilleur rempart contre les accidents de l'enfant.

Les comportements habituels du nourrisson : ils concernent le sommeil, les pleurs, la prévention de la maltraitance.

- La protection du sommeil de l'enfant est essentielle pour préserver sa santé, et ce, dès la naissance. Cela nécessite de proposer à l'enfant un environnement calme et de respecter son rythme de sommeil. Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers 3 mois, 10 heures vers 6 mois.
- 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 3 mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique, et rassurera les parents.
- La prévention de la maltraitance passe d'abord par un repérage précoce des situations à risque, donc d'abord pendant la grossesse puis en maternité. La PNP devrait pouvoir transmettre qu'être parents n'est pas toujours si facile, que cela peut être épuisant pendant les premiers mois, qu'il est possible de ne pas comprendre la situation et d'être en désarroi devant un enfant (surtout si c'est le premier) et que les cris d'un bébé peuvent être difficiles à supporter. Dans ces circonstances, demander conseil ou en parler à quelqu'un est déjà très réconfortant.
- Un risque doit faire l'objet d'une attention particulière : l'enfant secoué, car il constitue un mécanisme aux séquelles neurologiques redoutables. Les parents doivent être avertis du danger de secouer un enfant parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énerverment.

L'alimentation de l'enfant : elle permet d'assurer la croissance et le développement de l'enfant et de prévenir excès et carence préjudiciables à moyen ou à long terme.

L'alimentation de l'enfant, la première année, repose essentiellement sur le lait.

- Trois périodes peuvent être distinguées :
 - une période d'alimentation lactée exclusive de la naissance à 4-6 mois. L'allaitement maternel représente l'idéal avec des avantages nutritionnels et fonctionnels inégalables. Les préparations pour nourrissons (ex. laits 1^{er} âge) répondent aux besoins nutritionnels de l'enfant pendant cette période ;
 - une période 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 2^e âge). La diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers 6 mois ;
 - après 9-12 mois, l'alimentation est quasiment de type adulte avec apport de lait de croissance de façon prolongée. Entre 6 et 12 mois, l'apport de lait doit être d'au moins 500 ml/jour.
- Des suppléments sont indispensables : vitamine D et fluor, tous les jours, vitamine K, toutes les semaines pendant l'allaitement maternel exclusif.
- La prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité : elle doit débuter précocement. L'explosion de l'allergie alimentaire avec ses conséquences (eczéma, douleurs abdominales, asthme, urticaire, choc) en fait un problème de santé publique. La prévention s'adresse aux nouveau-nés issus de famille « allergique » (père, mère ou fratrie avec manifestations allergiques). L'allaitement maternel exclusif ou le lait hypo-allergénique jusqu'à 6 mois est conseillé, ainsi que le retard de la diversification alimentaire au-delà de 6 mois : fruits et légumes à 6 mois (en évitant les fruits exotiques), œufs et poissons à partir de 12 mois, arachide et fruits à coque vers 5-6 ans.
- 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.

Le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel : ils vont permettre à l'enfant une multitude d'acquisitions : se déplacer, jouer, communiquer, interagir pour découvrir le monde et acquérir une autonomie grandissante.

- Le développement psychomoteur suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents. Les différentes acquisitions seront appréciées 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 psychomoteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.

L'enfant malade et la conduite à tenir

- La prévention des infections virales chez l'enfant est possible par des mesures simples :
 - lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant ;
 - port de masque lors des repas chez les parents qui toussent ;
 - éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et sœurs ;
 - éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transports en commun, supermarchés).
- En cas de fièvre, les mesures préventives visent essentiellement à lutter contre l'inconfort de l'enfant et à prévenir la déshydratation. Il faut notamment découvrir l'enfant et lui donner à boire fréquemment.
- Le risque de déshydratation, en cas de diarrhée aiguë, requiert l'utilisation de solutions de réhydratation orale et le recours à une consultation médicale.

Pendant les premières semaines de vie, 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.

Le suivi de l'enfant et le carnet de santé

Les enfants sont soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à 9 pendant la première année, un par mois pendant les 6 premiers mois. Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents. Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé.

Le carnet de santé a valeur de carnet de vaccination.

Le carnet de santé est la propriété des parents. Il s'agit d'un 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.

Enfin, le carnet de santé constitue un outil d'éducation pour la santé par les informations et conseils à destination des parents qu'il contient.

XI.5. Les recommandations françaises sur le thème de la périnatalité

Plusieurs recommandations publiées par l'Anaes entre 2002 et 2005 ont défini des propositions pour améliorer la qualité des soins dans le domaine de la périnatalité. Ces dernières peuvent être utilisées pour élaborer certains contenus de la PNP. Il s'agit en particulier des thèmes suivants :

- Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé, HAS, 2005 (38) ;
- Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant, Anaes, 2002 (11) ;
- Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce, Anaes, 2004 (67) ;
- Grossesse et tabac, conférence de consensus, Anaes, 2004 (68) ;
- Rééducation dans le cadre du *post-partum*, Anaes, 2002 (69) ;
- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Anaes, 2004 (70).

XI.6. Le travail corporel en France

Description des différentes approches utilisées en France pour le travail corporel

De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée, si bien qu'il n'existe aucune preuve du bénéfique potentiel de ces différentes techniques pour faciliter la naissance et les relations avec l'enfant.

Les méthodes décrites ci-dessous en dehors de la préparation classique de Lamaze proposent un travail corporel et/ou des exercices respiratoires et/ou des techniques de relaxation et/ou de communication avec l'enfant.

La préparation classique

La psychoprophylaxie obstétricale (PPO selon Lamaze) demeure la préparation classique depuis près de cinquante ans. Des exercices pratiques sont proposés pour apprendre la relaxation, la respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée (méthode Lamaze).

La préparation sophrologique avec la pratique de la relaxation dynamique.

La sophrologie créée par Caycedo en 1960 est l'étude de la conscience et des moyens qui permettent d'obtenir la tranquillité, l'équilibre, l'harmonie de l'esprit. Les méthodes de relaxation orientales telles que le yoga et le zen ont été adaptées aux méthodes de relaxation occidentales développées par Schultz et Jacobson (71).

La sophrologie est basée sur trois principes : le vécu direct du schéma corporel à travers des exercices pour aller vers une meilleure acceptation de son corps, une prise de conscience des différentes parties du corps ; l'activation positive, qui consiste en des visualisations positives de l'avenir et du sujet ; l'alliance sophronique : « Pour que la femme accepte de fermer les yeux, il faut qu'elle ait confiance en la sage-femme qui dirige l'entraînement sophrologique. » Elle caractérise également les échanges au sein du groupe de femmes.

Les techniques utilisées en sophrologie obstétricale sont la sophronisation de base, la sophro-acceptation positive et la relaxation dynamique. Le sujet imagine une situation de son futur proche qu'il doit essayer de vivre par anticipation comme un événement agréable. Il projette son schéma corporel de façon constructive. Des sensations positives peuvent alors remplacer les sensations négatives de la douleur de l'accouchement par exemple : c'est la sophro-acceptation progressive. La relaxation dynamique permet de renforcer le schéma corporel. Elle alterne un relâchement musculaire, des stimulations musculaires et des exercices respiratoires. Elle propose des techniques dérivées du yoga, du bouddhisme et du zen japonais. Le père est invité aux séances s'il le souhaite. Cette technique se pratique généralement de manière individuelle ou en groupe de huit personnes maximum.

La préparation aquatique

Elle se pratique de manière collective, souvent dans un petit bassin avec une eau chauffée à 30-32 degrés pour favoriser la détente.

Les exercices sont basés sur des mouvements lents qui faciliteraient la prise de conscience du schéma corporel et permettent de poursuivre une activité physique en douceur. Chaque exercice est accompagné d'un travail sur la respiration. L'eau procure une sensation de légèreté et de bien-être qui faciliterait la relaxation.

Une menace d'accouchement prématuré constitue une contre-indication à cette préparation. Un certificat médical d'aptitude doit être fourni par la femme. Il n'est pas nécessaire de savoir nager. L'intervenant doit être assisté d'un maître nageur. Les séances durent environ une heure. Les pères peuvent participer à ces séances.

Les femmes vont y chercher une activité ludique, conviviale, un moyen de lutter contre certains maux de la grossesse (jambes lourdes, prise de poids, etc.), un moyen d'améliorer le souffle et de garder une activité physique.

L'haptonomie

C'est une science de l'affectivité, phénoméno-empirique, fondée sur des découvertes sensiblement perceptibles selon Frans Veldmann, kinésithérapeute néerlandais, fondateur de l'haptonomie (72). Cette méthode fondée sur la communication précoce, tactile, entre les parents et le futur bébé permettrait aux parents de nouer une relation réciproque affective avec leur enfant avant même la naissance en entrant en communication avec le fœtus dès que la mère commence à le sentir bouger.

Cette méthode doit être débutée le plus tôt possible dans la grossesse mais jamais au-delà du 6^e mois (le temps serait trop court pour que les parents et l'enfant en tirent tous les bienfaits possibles). La présence du père au cours de cet accompagnement pré et postnatal est considérée comme indispensable. Après la naissance de l'enfant, l'haptonomie peut être poursuivie par des techniques de portage de l'enfant.

L'haptonomie est soumise à une éthique et à une déontologie particulière. En 2003, 130 personnes en France sont reconnues aptes à accompagner en haptonomie.

Le chant prénatal

D'après Marie-Louise Aucher, l'auteur de cette méthode, le chant de la femme enceinte provoquerait des résonances beaucoup plus intenses que la voix parlée, « un impact physique et neurologique puissant ». Le chant permettrait de favoriser la relation affective, d'apporter une détente, de développer la respiration, de mieux gérer les contractions utérines et les efforts de poussée. Le père et les autres membres de la fratrie peuvent aussi participer aux cours de chant. Une fois l'enfant né, le chant créerait une complicité. Il y a deux façons de pratiquer le chant prénatal : laisser venir librement les sons en composant des vocalises plutôt dans les sons graves ou contrôler les sons en chantant des comptines et des berceuses.

L'acupuncture

En acupuncture, tout serait énergie ; la vie, c'est l'énergie qui se manifeste par l'union des énergies céleste et terrestre. L'énergie circule dans le corps par les méridiens, canaux immatériels superficiels ou profonds où se répercute toute la physiologie de l'Homme. Ils font communiquer toutes les parties du corps entre elles. L'acupuncteur peut agir au moyen d'aiguilles, par exemple.

L'acupuncture permettrait de traiter les différents maux de la grossesse, mais également de préparer le corps (dilatation du col) et le psychisme (accueil de l'enfant à venir) en vue de la naissance.

Le yoga

Les techniques utilisées sont la pratique des asanas (différentes postures : debout, allongé, assis ou accroupi), la maîtrise de la respiration et l'acquisition d'une grande concentration. Les séances sont basées sur la relaxation et la prise de conscience de son corps au moyen de diverses postures. Il existe des postures adaptées à la femme enceinte qui permettent d'assouplir et de détendre son corps, de libérer le diaphragme, d'ouvrir le bassin, de prendre conscience du périnée, d'étirer tout le dos et de relâcher musculairement le corps entier. En général, les cours sont collectifs.

XI.7. Le travail corporel dans les recommandations internationales

Le travail corporel, appelé également exercices prénataux, fait partie de la PNP comme précisé dans toutes les recommandations analysées (6,18,35). Ces exercices réalisés au cours des séances prénatales ont plusieurs buts. Ils visent :

- à accompagner les changements physiques liés à la grossesse ;
- à acquérir des techniques de détente, de respiration, de confort, d'exercices pour mieux connaître son corps, se maintenir en forme et faciliter le travail et la naissance ;

- à prévenir les douleurs lombaires par des conseils sur les positions à prendre pour protéger son dos, y compris dans la période postnatale (73) ;
- à récupérer rapidement sa condition physique.

Les exercices prénatals proposés dans la littérature sont cités sans description des techniques. Il s'agit selon les sources de :

- protection du rachis cervical et dorso-lombaire ;
- travail du bassin, du périnée ;
- gymnastique respiratoire ;
- gymnastique des membres inférieurs favorisant le retour veineux.

Les recommandations de l'OMS (6) précisent que ces exercices devraient être enseignés par une personne spécialement formée et compétente. Les exercices se déroulent dans une atmosphère calme. Ils doivent être rythmés, en particulier pour les exercices sur la respiration, et n'entraîner aucun inconfort. Une démonstration pour chaque exercice est recommandée ainsi que la surveillance de sa bonne réalisation pour éviter les mauvaises positions. Ces exercices doivent être systématiquement suivis d'une période de relaxation. La respiration lente et profonde peut être employée pour accroître la relaxation et pour mieux apprendre à gérer la douleur du travail. L'accent doit être mis sur la respiration rythmique afin d'éviter la respiration rapide, haletante ou des périodes d'apnée.

XI.8. La parentalité

Le thème de la préparation à la fonction parentale fait partie de manière explicite de tous les contenus proposés dans les recommandations internationales portant sur la PNP. Le terme de « parentalité » est un néologisme dérivé de l'adjectif parental qui désigne respectivement la condition de parent et les pratiques parentales (74). Dans la littérature, en particulier anglo-saxonne le terme « *parenthood* » se traduit par « la condition de parent ». Selon Françoise Dekeuwer-Défossez citée par Martin (74), la *parentalité* ne doit pas être confondue avec la *parenté*, qui inscrit un enfant dans une lignée généalogique. Les fonctions de parentalité à l'égard de l'enfant à élever consistent à lui donner les moyens matériels, éducatifs et affectifs, de grandir et de devenir un adulte. Selon des travaux anthropologiques menés en Afrique par Elisabeth Goody citée par Martin (74), les cinq composantes de la parentalité sont : « *concevoir et mettre au monde, nourrir, éduquer, donner une identité à la naissance et garantir l'accès de l'enfant au statut d'adulte* ».

Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004), réalisée pour la Caisse nationale des allocations familiales dans le cadre d'une réflexion sur la mise en place de sa politique de soutien à la fonction parentale, montre que ce soutien trouve sa légitimité dans l'idée que lien social et lien familial sont indissociables. Le renforcement de la relation éducative entre parents et enfants peut prévenir de nombreuses pathologies sociales (7). Les caisses d'allocations familiales sont impliquées dans une série d'actions et de dispositifs comme la médiation familiale, les réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents.

La littérature insiste sur l'opportunité de soutenir la fonction parentale par des dispositifs de santé, d'action publique. En France, les parents sont principalement soutenus dans la perspective de conciliation de leur parentalité avec une activité professionnelle. Les aides à l'acquisition de compétences pratiques et de compétences personnelles sont peu développées et pensées le plus souvent sur l'amélioration de la relation des familles avec l'école, et de l'offre de services d'aide aux parents se sentant en difficulté *via* des groupes de parole. Aux États-Unis la parentalité est vue comme un moyen de prévention du risque psychologique et social. Les limites des actions sont atteintes lorsque le

rétablissement du lien familial est recherché à tout prix, par exemple en cas de dislocation du couple (7).

D'après l'OMS (6), les objectifs de la PNP pour développer des pratiques parentales adéquates seraient :

- de donner confiance aux couples ;
- d'aider les femmes à vivre de façon épanouissante leur grossesse, leur accouchement et leur expérience en tant que parent ;
- de les persuader d'adopter une bonne hygiène de vie qui leur permettra de se rétablir rapidement après l'accouchement ;
- d'aider et soutenir les femmes dans l'allaitement ;
- d'aider à se soucier de son bébé indépendamment du mode d'allaitement choisi ;
- de fournir une source de soutien continue lors de la transition du couple à la condition de parent ;
- de fournir l'éducation et l'information appropriée à propos de la grossesse, de l'accouchement et des fonctions parentales.

Les guides d'information écrite pour les femmes enceintes identifiés dans la littérature indiquent dans le chapitre sur la PNP que les pères sont sensibilisés à l'évolution de la relation avec leur partenaire et à leur nouveau rôle parental durant les séances et à la préparation des enfants à l'arrivée d'un nouveau petit frère ou d'une nouvelle petite sœur (30). Des ateliers à l'intention des parents sont également proposés qui favorisent l'apprentissage de « l'art d'être parent ». Sont enseignées aux parents certaines pratiques comme l'alimentation, le change des couches, le bain, la sécurité de l'enfant, la rivalité fraternelle et la façon de composer avec la frustration, en particulier maîtriser la situation et rechercher l'aide nécessaire en cas de pleurs, d'agitation de l'enfant, de fatigue excessive des parents, etc.

XI.9. Synthèse des compétences à développer et du contenu de la PNP

Cette synthèse est issue de l'analyse de la littérature et des documents pour les usagers.

Les objectifs spécifiques et le contenu de la PNP sont hiérarchisés et adaptés :

- à chaque étape du processus de naissance (début de la grossesse, préparation au travail et à l'accouchement, soins essentiels au nouveau-né, soutien à la fonction parentale) ;
- aux moments où sont proposées les séances (avant la naissance, durant le séjour à la maternité, à domicile dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité ou de besoins éducatifs complémentaires identifiés à tout moment de la période périnatale, après la naissance).

Les objectifs spécifiques et le contenu des séances de PNP sont présentés par compétence ci-dessous.

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

Objectif spécifique :

- 1.1 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

Contenu :

- 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

Objectifs spécifiques :

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

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

Contenu :

- *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)
- *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

Objectif spécifique :

2.3 Comprendre les risques liés au mode de vie

Contenu :

- Consommation de drogues, tabac, alcool
- Automédication

Objectif spécifique :

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

Contenu :

- *Le développement de l'enfant et ses acquisitions*
- *Développement psychomoteur :*
 - 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 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 psychomoteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu

3. Repérer, analyser

Objectif spécifique :

3.1 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

Contenu :

- 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

Objectif spécifique :

3.2 Analyser une situation à risque

Contenu :

- 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

Objectif spécifique :

4.1 Décider d'être accompagnée durant l'accouchement

Contenu :

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

Objectif spécifique :

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

Contenu :

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

Objectifs spécifiques :

4.3 Décider du mode d'alimentation du bébé

4.4 Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour son enfant

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

Contenu :

- 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 2e âge)
 - la diversification doit être progressive (un aliment nouveau à la fois), commencée plutôt vers 6 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 6 mois
 - retard de la diversification alimentaire au-delà de 6 mois : fruits et légumes à 6 mois (en évitant les fruits exotiques), œufs et poissons à partir de 12 mois, arachide et fruits à coque vers 5-6 ans
 - 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.

Objectifs spécifiques :

4.6 Comprendre les comportements habituels de l'enfant

4.7 Faire face aux pleurs de l'enfant

Contenu :

- 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 3 mois, 10 heures vers 6 mois.
- Avertir les parents du danger de secouer un enfant parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énerverment (risque de séquelles neurologiques redoutables). Manières de faire face à une agitation de l'enfant :
 - 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 et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers 3 mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique, et rassurera les parents.

Objectifs spécifiques :

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

4.9 décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences

Contenu :

- 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 (douleurs, 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
- 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)

Objectif spécifique :

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

Contenu :

- 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

Objectif spécifique :

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

Contenu :

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

Objectif spécifique :

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

Contenu :

- 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.)

Objectif spécifique :

5.3 Résoudre des difficultés d'allaitement

Contenu :

- 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)

Objectif spécifique :

5.4 Comprendre la prévention des risques pour l'enfant

Contenu :

- 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 surpyjamas ou les turbulettes
 - préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des 6 premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée
 - limiter la température de la pièce à 19 °C
 - éviter le tabagisme autour de l'enfant
- Les circonstances d'accidents le plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte)

6. Pratiquer, faire

Objectif spécifique :

6.1 Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins

Contenu :

- 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.

Objectif spécifique :

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

Contenu :

- 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

Objectif spécifique :

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

Contenu :

- 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 les sœurs
 - éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transports en commun, supermarchés)

Objectif spécifique :

7.2 Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques

Contenu :

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

Objectif spécifique :

7.3 S'ajuster aux besoins d'un bébé

Contenu :

- 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

Objectif spécifique :

8.1 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

Contenu :

- Connaissance de l'offre des soins de proximité

Objectif spécifique :

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

Contenu :

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

Objectif spécifique :

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

Contenu :

- 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 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)

Objectif spécifique

8.4 Rechercher de l'information utile

Contenu :

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

Objectif spécifique

8.5 Faire valoir des droits (travail, maternité)

Contenu :

- Informations sur les droits et avantages liés à la maternité

XII. Techniques éducatives pour la PNP

XII.1. Revue de la littérature

Les programmes éducatifs et les techniques éducatives utilisées pour développer les compétences chez les femmes enceintes ou les couples sont peu décrits dans la littérature et variables d'une étude à l'autre comme cela a déjà été souligné dans le chapitre sur les effets des stratégies de PNP (10,20,75). Les études manquent souvent de précisions concernant le contenu des programmes, la description des techniques éducatives, la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, de plus la taille des effectifs est faible.

La description des programmes éducatifs analysés dans une méta-analyse publiée par la *Cochrane Library* (10) dont les résultats ont été présentés dans le chapitre sur l'efficacité des programmes de PNP montre une grande variété dans leur contenu. Elles sont présentées à titre indicatif ci-dessous.

— *Interventions qui favorisent l'attachement mère-enfant* : 2 à 3 rencontres hebdomadaires entre une femme et une infirmière. Durant ces rencontres, la femme est encouragée 1) à repérer les différentes parties du corps du fœtus et à évaluer la position fœtale chaque jour ; 2) améliorer l'attention portée à l'activité du fœtus et noter dans quelle mesure cela affecte les activités et 3) caresser et masser doucement l'abdomen au-dessus du fœtus.

L'évaluation du comportement d'attachement était réalisée par observation entre les 2^e et 4^e jour du *post-partum* (questionnaire développé par l'auteur sans test de validité).

— *Interventions qui favorisent les pratiques parentales* : information en couple et en groupe sur le développement de l'enfant durant la 1^{re} année de vie, transfert de l'aptitude à faire face à l'accouchement à l'aptitude à faire face aux événements de la période postnatale.

L'évaluation des connaissances était faite à partir d'un questionnaire développé par l'auteur sans test de validité.

— *Interventions qui améliorent les compétences maternelles pour les soins et l'attention portée à l'enfant, l'adaptation au rôle maternel* : 4 séances individuelles d'une durée de 1 h 30 à 2 heures pendant 3 à 7 semaines, les séances débutaient un mois avant la naissance et s'achevaient lorsque l'enfant était âgé de 2 à 3 semaines. Le contenu des séances portait sur les activités de la vie quotidienne, incluant le rôle maternel, le développement de l'enfant, les changements physiologiques chez la nouvelle mère, les relations mère-enfant. Les professionnels (*occupational therapist*) étaient joignables pour répondre à toute question entre les séances. Les techniques éducatives utilisées étaient des discussions de groupe plutôt qu'une information spécifique. L'évaluation était réalisée par questionnaires en période pré et postnatale.

— *Interventions qui améliorent la sensibilité paternelle et un comportement empathique* : 1 h 30 à 2 heures de séances de groupe ou de séances individuelles pour les pères. Le contenu du programme incluait les soins du nouveau-né, le comportement normal du nouveau-né, l'image de soi « paternelle », l'attitude vis-à-vis de la grossesse, de l'enfant, des interactions parent-enfant, le développement normal de l'enfant. Des techniques éducatives didactiques et des modèles étaient utilisés (sans précisions). L'évaluation était réalisée au moyen d'un instrument d'observation d'une séquence vidéo d'alimentation d'un enfant par son père.

— *Les interventions qui encouragent l'allaitement maternel avant la naissance* ont été étudiées dans une revue de la littérature (20) dont les résultats ont été repris dans les recommandations professionnelles intitulées « Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant » et publiées par l'Anaes en 2002 (11). Les études qui ont mesuré l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement sont hétérogènes. Elles manquent souvent de précision concernant la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, en particulier l'absence de standardisation de la définition de l'allaitement, de la mesure du taux d'allaitement exclusif et de sa durée. Les recommandations de l'Anaes précisent qu'en période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel. En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, séances prénatales de PNP, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite. Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter, et les aide à réaliser effectivement cet allaitement.

Une revue de la littérature de la *Cochrane Library* (8 études randomisées, n = 3 600 femmes) a évalué la sécurité, l'impact et l'efficacité de lignes directrices pour la sortie précoce de la maternité pour des mères en bonne santé et des enfants nés à terme. Cette revue a permis d'identifier une étude suédoise qui montrait que les pères du groupe intervention passaient significativement plus de temps avec leur nourrisson dans les 2 à 4 jours après la naissance en comparaison avec le groupe contrôle (respectivement : 183 min contre 71 ; p < 0,001). Ces différences ne persistaient pas au-delà de 2 à 6 semaines après la naissance. Les auteurs soulignent qu'aucune étude n'a évalué le degré d'anxiété des pères à l'égard des soins à donner à l'enfant (76).

— *Le soutien par téléphone*

Au Canada, Dennis *et al.* (77,78) ont évalué dans une étude randomisée le bénéfice d'un soutien par téléphone par des mères expérimentées sur la durée de l'allaitement

chez des femmes primipares. L'intervention consistait à proposer à un groupe contrôle de 124 femmes des services existants comme un suivi médical et infirmier à l'hôpital, une consultation d'allaitement maternel animée par des consultants en lactation, une ligne téléphonique spécifique pour un soutien à l'allaitement (infirmières hospitalières) et des services de soutien locaux ou régionaux en dehors de l'hôpital (infirmières de santé publique, médecins traitants et pédiatres). Les mères incluses dans le groupe intervention (n = 124) bénéficiaient des mêmes prestations avec en plus un soutien de mère à mère. Ce soutien était défini comme un apport d'informations, un soutien psychologique et un retour d'informations. Les mères sélectionnées pour apporter ce soutien avaient vécu une expérience positive de l'allaitement de leur propre enfant pendant au moins 6 mois, avaient des caractéristiques sociodémographiques semblables aux mères avec lesquelles elles étaient associées et avaient suivi une formation (apprentissage du contact téléphonique et résolution de problèmes d'allaitement), un document écrit sur la conduite de l'allaitement leur était remis. Les mères étaient contactées par une mère expérimentée 48 heures après la sortie de la maternité et contactaient la mère aussi souvent que nécessaire. Les critères de jugement étaient le taux d'allaitement exclusif les 24 heures précédant l'interview, le taux de satisfaction de la mère vis-à-vis du mode d'alimentation de l'enfant.

Les informations étaient recueillies par entretien téléphonique avec les mères à 4, 8 et 12 semaines *post-partum*. Les résultats ont montré que significativement plus de mères dans le groupe intervention allaitaient à 3 mois *post-partum* (81,1 % contre 66,9 % ; p = 0,01) sur un mode exclusif (56,8 % contre 40,3 % ; p = 0,01). Les taux d'allaitement, à 4, 8 et 12 semaines, étaient significativement plus élevés (p ≤ 0,05 pour toutes les périodes chez les mères du groupe intervention) (respectivement de 92,4 % ; 84,8 % et 81,1 %) en comparaison avec le groupe contrôle (83,9 % ; 75 % et 66,9 %). Le risque relatif correspondant était de 1,10 (IC à 95 % : 1,01 à 2,72) à 4 semaines ; 1,13 (IC à 95 % : 1 à 1,28) à 8 semaines et 1,21 (IC à 95 % : 1,04 à 1,41) à 12 semaines *post-partum*. Significativement moins de mères étaient insatisfaites du mode d'alimentation du nourrisson dans le groupe intervention (1,5 contre 10,5 % ; p = 0,02).

Les auteurs ont conclu que le soutien par téléphone était efficace pour maintenir un allaitement exclusif pendant 3 mois et améliorer la satisfaction des mères vis-à-vis de l'expérience du mode d'alimentation de l'enfant. Il faut souligner que les activités de soutien après la sortie de la maternité en dehors du contact téléphonique étaient déjà nombreuses, ce qui expliquait probablement la fréquence élevée d'allaitement exclusif à 3 mois dans le groupe contrôle (40,3 % contre 56,8 %).

Les effets d'un soutien par téléphone sur la réduction du risque de survenue de complications postnatales pour la mère et l'enfant (dépression postnatale, anxiété, durée de l'allaitement maternel et réadmission en établissement de santé) en comparaison à une prise en charge postnatale habituelle sont en cours d'évaluation dans une revue de la littérature de la *Cochrane Library* (79).

XII.2. Les techniques éducatives proposées dans les recommandations internationales

Les techniques éducatives recensées dans les recommandations sur les soins périnataux sont le plus souvent utilisées en groupe (6,35). Il s'agit :

- de discussions ;
- de l'utilisation de supports audiovisuels pertinents (vidéocassettes, diaporama, affiches, maquettes et aides visuelles) ;
- de cours magistraux ;
- de jeux de rôles ;
- de travail en sous-groupes ;
- de démonstrations et d'entraînements ;
- et d'information écrite.

Les recommandations de l'OMS Europe sur l'éducation thérapeutique indiquent que les activités éducatives peuvent comporter des temps de sensibilisation, d'information orale et écrite, d'apprentissage de l'autogestion de la maladie, de la condition ou de la situation, d'évaluation des compétences développées et du soutien psychosocial (33).

L'information écrite est un complément possible à l'information orale. Elle est utile lorsqu'elle incite la femme et/ou le couple à se poser et à poser des questions aux professionnels de santé qui éduquent. Pour cela elle doit être crédible, synthétique, claire, compréhensible par le plus grand nombre de personnes, éventuellement disponible en plusieurs langues (80,81).

L'auto-apprentissage peut compléter les méthodes précédentes. Il consiste à guider la femme dans la recherche d'informations complémentaires en fonction des compétences à développer, de ses caractéristiques et de ses demandes. Les sources conseillées doivent être fiables.

XII.3. Le choix des techniques éducatives

L'analyse de la littérature et des recommandations internationales ne permet pas de recommander des techniques éducatives en particulier pour la PNP. L'utilisation de techniques éducatives variées facilite le développement des compétences comme cela a été démontré pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel (20).

Ce sont les compétences que l'on souhaite développer chez la femme enceinte et/ou le couple qui permettent de sélectionner les contenus de l'éducation prénatale et de choisir les techniques utilisables à cet effet. Le choix d'une technique éducative s'effectue selon la nature de la compétence à développer (32,82). Par exemple :

- la prise de conscience des expériences et des compétences préexistantes chez les couples s'obtient par des entretiens de groupe ou la technique du Photolangage® qui permet de communiquer en groupe par la photo (83-85). Cette technique peut être utile chez les femmes (les couples) qui ne maîtrisent pas la langue française ;
- les connaissances, la résolution de problèmes, la prise de décision s'acquièrent avec l'exposé interactif, l'étude de cas, de l'audiovisuel ;
- les habiletés se développent avec des travaux pratiques, les simulations gestuelles ; la démonstration, et le contrôle de la bonne réalisation des exercices respiratoires, de relaxation ;
- les attitudes s'acquièrent avec le jeu de rôles, la table ronde, le témoignage documentaire (récits, audiovisuel).

Les techniques éducatives seront sélectionnées également en fonction de la situation d'apprentissage (individuelle, collective ou auto-apprentissage). Les séances individuelles, collectives voire les temps d'auto-apprentissage peuvent être complémentaires (32).

Le choix d'une technique éducative repose également sur plusieurs autres éléments (32) :

- le respect des principes d'apprentissage : participation active, progression à un rythme individuel ;
- les techniques qui favorisent l'interactivité ;
- la commodité des méthodes et des techniques : facilité d'application et emploi régulier dans le contexte où se déroulent les séances.

XIII. Évaluation individuelle et évaluation du programme de préparation à la naissance et à la parentalité

L'évaluation de la préparation à la naissance et à la parentalité se situe à deux niveaux :

- l'évaluation individuelle ou bilan régulier pour faire le point sur les compétences développées et les difficultés de la femme enceinte puis de la mère dans sa vie quotidienne. De nouvelles séances peuvent être proposées en fonction des besoins ;
- l'évaluation de la démarche et de l'efficacité du programme de prévention, d'éducation et d'orientation, proposé à une population donnée de femmes.

L'évaluation individuelle est intégrée au programme de préparation à la naissance et se réalise au cours des séances. Par un questionnement adapté, l'évaluation permet à la femme de prendre conscience de ses acquis, de ses réussites. L'évaluation permet de vérifier si les compétences sont acquises. Elle renseigne sur l'utilité de compléter l'accompagnement à la naissance et le soutien à la fonction parentale par un contenu ciblé et des actions précises en période postnatale et/ou de clore la démarche de prévention et d'éducation.

La littérature analysée n'a pas permis d'identifier de stratégies d'évaluation spécifiques de la préparation à la naissance. L'évaluation s'appuie sur des principes développés pour évaluer les compétences acquises dans le champ de la santé ou d'un problème de santé (32).

L'évaluation des effets de la démarche de prévention et d'éducation se réalise dans le temps. Certains effets peuvent être atteints durant la période prénatale, d'autres le seront à la maternité, d'autres à domicile. L'évaluation individuelle se réalise au minimum aux moments clés suivants :

- à la fin des séances prénatales ;
- avant la sortie de la maternité ;
- à domicile en cas de sortie précoce ;
- à distance de la naissance en fonction du besoin de renforcement des compétences et du besoin d'accompagnement et d'aide.

XIII.1. L'évaluation des compétences développées au cours des séances prénatales

L'évaluation des compétences développées par les femmes et/ou les couples au cours des séances de PNP nécessite d'utiliser des instruments de mesure spécifiques du domaine d'apprentissage. Par exemple :

- *la compréhension des informations* s'évalue au cours des séances à partir de techniques de reformulation ;
- *les compétences acquises* en termes de connaissances, de savoir-faire, de capacité de prise de décision.

Le travail corporel est évalué individuellement à chaque mise en œuvre par observation et réajustement immédiat.

L'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation permet de savoir où se situe l'évolution des comportements (*réponses* comme : « j'ai compris mais je ne saurais pas faire seule », « je peux faire avec de l'aide », « je suis sûre de savoir faire seule »).

Une liste de critères d'observation dits « incontournables » (*chronologie des étapes de la pratique, technique, sécurité, confort, etc.*) peut être utilisée pour évaluer la réalisation des gestes (capacité de la mère à nourrir, habiller, prendre soin de l'enfant), la sécurité de l'enfant (choix d'un siège auto homologué et vérification de l'installation du bébé à la sortie de la maternité, vérification des pratiques de couchage). Cette liste doit être établie à partir de recommandations de bonne pratique.

Les compétences personnelles comme la capacité à résoudre des problèmes, de trouver des solutions les plus adaptées à leur situation, de prendre des décisions, de requérir une aide ponctuelle, un soutien, de l'information, la capacité à faire face à une situation, sont évaluées au cours d'entretiens individuels ou de discussions de groupe.

XIII.2. L'évaluation après la naissance à la maternité et/ou à domicile

L'adaptation physique et affective de la mère et du nouveau-né après la naissance et les aptitudes à répondre aux besoins du bébé comportent les éléments suivants (35) :

- déroulement et vécu de l'accouchement ;
- expression d'une tristesse profonde à la suite de la naissance et à l'égard de son rôle ;
- expression d'un sentiment de sécurité à domicile ; degré de confiance en sa capacité à donner des soins au bébé ;
- signes de relation d'attachement à son bébé (réponse chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé : caresser, bercer, parler tendrement, reconforter, jouer et interagir avec lui) ;
- savoir qui appeler en cas de doute ou de besoins ;
- capacité de dormir ou de se reposer entre les tétées ou les biberons.

XIII.3. L'évaluation des dispositifs mis en œuvre en réponse aux situations de vulnérabilité

Les éléments d'évaluation du soutien et de l'accompagnement proposé aux familles sont les suivants (35) :

- poursuite ou mise en œuvre de l'orientation vers des dispositifs en cas d'isolement possible des parents, de manque de compétences parentales ou de confiance en soi, de violence conjugale ou de risque de négligence de l'enfant ;
- connaissance des démarches nécessaires auprès d'un professionnel de santé en vue du suivi du nouveau-né (dans la semaine qui suit la naissance) et d'elle-même (visite postnatale dans les 8 semaines suivant la naissance) ;
- connaissance des numéros d'appel en cas d'urgence.

XIII.4. Le déroulement du programme de PNP

Le déroulement du programme lui-même doit être évalué pour s'assurer de sa capacité à répondre aux besoins des femmes enceintes et des couples. Les éléments suivants sont pris en compte dans l'évaluation (32) :

- les objectifs généraux et les compétences développées (utilité, réalisme, facilité d'acquisition) ;
- les caractéristiques des personnes ayant bénéficié du programme éducatif ;
- les motifs de refus des séances de PNP et les motifs d'abandon ;
- les ressources humaines et matérielles mobilisées ;
- la qualité des techniques éducatives (adaptées à l'acquisition des compétences, aux caractéristiques du public, favorisant la participation active de la personne et l'interactivité) ;
- les supports d'information (pertinence du contenu et de l'utilisation, facilitant l'apprentissage) ;
- l'évaluation du programme de prévention et d'éducation par les participants eux-mêmes : techniques, relation avec les professionnels (opinion ou mesure du degré de satisfaction) ;
- les effets du programme de prévention et d'éducation à court et long terme ;
- la continuité de l'éducation de la période prénatale à la période postnatale.

XIV. Modalités de communication et de continuité entre les professionnels de santé et avec les femmes ou les couples

La période périnatale représente pour une partie des femmes une première expérience de contacts réguliers avec le système de santé. La qualité des relations avec les professionnels de santé durant cette période et la qualité des messages de prévention et d'éducation semblent avoir ultérieurement une influence sur la santé de la famille.

XIV.1. La continuité des soins

La continuité des soins est un concept ambigu. Selon l'auteur, la continuité peut être définie comme (86) :

- une philosophie des soins ;
- une référence à un protocole de soins durant la grossesse et/ou la naissance ;
- une filière de soins après la sortie de la maternité ;
- les soins délivrés par le même professionnel ou un groupe restreint de professionnels durant la grossesse, le travail et l'accouchement, et dans la période postnatale.

Une revue, publiée par la *Cochrane Library* (86), avait pour objectif d'évaluer la continuité des soins durant la grossesse, à la naissance et en *post-partum* par le même professionnel ou groupe de professionnels, en comparaison avec une prise en charge habituelle par de multiples soignants. Deux études contrôlées randomisées de bonne qualité ont été incluses dans l'analyse (n = 1 815 femmes). Les critères de jugement étaient cliniques et psychosociaux. Les données ont été analysées en intention de traiter. Les résultats montraient des bénéfices en termes de réduction du nombre d'hospitalisations anténatales (OR : 0,79 ; IC à 95 % : 0,64 à 0,97), de fréquence de suivi de séances de préparation à la naissance (OR : 0,53 ; IC à 95 % : 0,44 à 0,64), de diminution du taux de réanimations anténatales (OR : 0,66 ; IC à 95 % : 0,52 à 0,83) dans le groupe où le suivi était assuré par un nombre restreint de sages-femmes. Il n'y avait pas de différence concernant les scores d'Apgar, le poids de naissance, les morts fœtales *in utero* et les décès néonataux. Ce groupe de femmes avait eu moins d'épisiotomies (OR : 0,75 ; IC à 95 % : 0,6 à 0,94). Sans explication, ces femmes voyaient leur risque de déchirure vaginale et périnéale augmenter (OR : 1,28 ; IC à 95 % : 1,05 à 1,56). Hodnett concluait à une difficulté d'interprétation des résultats. Même si des bénéfices ont été décrits, il est impossible de dire si les différences sont dues aux soins dispensés par les sages-femmes seules ou à une organisation permettant une plus grande continuité des soins.

Un document de réflexion sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance édité par le ministère de la Communauté française de Belgique et fondé sur des expériences de terrain souligne que « les articulations interdisciplinaires ou le tricotage de liens interprofessionnels ont des effets sur les liaisons psychiques dont témoigneront positivement les futurs parents dans ces moments où ils construisent leur nouvelle parentalité » (56). La cohérence autour des parents, l'organisation lisible des fonctions et statut de chaque intervenant sont les éléments nécessaires et parfois suffisants pour diminuer le stress familial, qu'il soit d'origine médicale, sociale ou affective (3).

Selon l'avis du groupe de travail, les professionnels de santé doivent, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, promouvoir un accompagnement à la naissance le mieux adapté aux besoins des femmes et des futurs parents. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place :

- une action collective et organisée des professionnels de santé, garante d'une cohérence du suivi de la femme de la période prénatale à la période postnatale ;

- un partage, entre les différents professionnels, des informations médicales, psychologiques et sociales réunies dans un dossier périnatal ;
- un accès pour la femme à ces informations et la possibilité de consigner ses observations personnelles sur un support (dossier périnatal, carnet de maternité édité par le conseil général, livret édité par un réseau périnatal, etc.).

XIV.2. Partage et transmission de l'information

En cas de situation de vulnérabilité psychologique, sociale, affective ou de situation précaire repérée et si la femme ou le couple y consent, le professionnel qui accompagne la femme peut partager cette information avec d'autres professionnels compétents durant la période prénatale pour que l'accompagnement soit poursuivi en période périnatale et postnatale. Des dispositifs existants seront mobilisés pour apporter à la femme et/ou au couple un accompagnement psychosocial favorisant l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant et leur permettant de mieux assumer leurs responsabilités, notamment de protection de leur enfant.

Si l'accompagnement de la femme enceinte ou du couple se fait au sein d'un réseau périnatal, la transmission d'information est nécessaire, mais ne peut se faire sans discernement, comme le souligne le rapport de Françoise Molénat (3).

Chaque partage d'information doit servir les intérêts de la mère, du père, du bébé et aider réellement le collègue à mieux comprendre le contexte, et par là les enjeux, en lui permettant de mieux adapter ses attitudes aux besoins des parents (56).

Les professionnels de santé doivent, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins des femmes et/ou des futurs parents. Le groupe de travail propose de s'appuyer sur un questionnement fondé sur les expériences professionnelles issu d'un document de réflexion sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance édité par le ministère de la Communauté française de Belgique (56). Ce questionnement est proposé pour aider les professionnels impliqués dans un réseau périnatal à faire preuve de discernement au moment d'un passage d'informations :

- Si je transmets, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- Avec quelle retombée positive espérée ?
- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- Les personnes à aider/patients/clients sont-ils au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je passer au-dessus d'eux ?
- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

XV. Programmes de formation des professionnels

Les compétences des professionnels amenés à assurer une PNP ont été définies par l'OMS (6) et dans des recommandations canadiennes (35). Pour l'OMS (6), les professionnels doivent avoir :

- la connaissance de la grossesse, de l'accouchement et du *post-partum*, du développement foetal et infantile, des premiers soins de l'enfant ;
- la sensibilisation aux modifications psychologiques ressenties par la plupart des parents lors du passage à la fonction de parent ;
- l'aptitude à enseigner, à ouvrir le dialogue dans des groupes de discussion, à communiquer des informations claires, à répondre honnêtement aux questions, à écouter et à être attentif aux inquiétudes des couples ;

- la capacité d'adapter le contenu et la méthode de la séance selon les besoins des couples concernés ;
- et savoir reconnaître que les personnes les plus importantes dans une maternité sont les femmes et leurs familles.

Les lignes directrices nationales développées au Canada (35) précisent que les professionnels qui éduquent les femmes enceintes travaillent en collaboration avec d'autres intervenants et doivent être en mesure d'accomplir les tâches suivantes :

- présenter l'information de façon claire, concise, mais sans pour autant adopter un ton autoritaire ;
- préparer un programme axé sur l'apprenant ;
- fixer des objectifs et les atteindre ;
- choisir et utiliser des documents audiovisuels pertinents ;
- s'inspirer des principes de l'enseignement aux adultes ;
- utiliser diverses méthodes pédagogiques pouvant correspondre aux diverses façons d'apprendre : cours magistral, jeux de rôles, travail en sous-groupes, discussions en petits et grands groupes, vidéocassettes, diaporamas ou autres moyens audiovisuels, démonstrations par l'éducatrice et répétition par l'apprenant devant l'éducatrice des techniques présentées, documents à lire et autres ;
- s'inspirer des principes d'animation de groupes ;
- s'auto-évaluer ;
- faire la distinction entre les croyances personnelles et les faits scientifiques ;
- maintenir ses connaissances à jour sur les nouveaux constats de recherche et les changements survenus en obstétrique ;
- diriger les femmes et les familles vers des ressources communautaires ;
- aider les parents à se fixer des buts réalistes pour la grossesse, la naissance et les premiers mois qui suivent ;
- encourager la collaboration et la coopération parmi les intervenants de la santé ;
- appuyer le droit de la femme de faire des choix éclairés fondés sur la connaissance des avantages, des risques et des options.

Selon le rapport de l'OMS Europe portant sur le développement de l'éducation thérapeutique (33), les compétences des professionnels impliqués dans l'éducation sont les suivantes :

- mener un entretien conduisant à déterminer avec le patient ses besoins et construire avec sa participation un projet éducatif avec une individualisation des compétences à développer ;
- négocier avec le patient le développement de compétences atteignables en associant son entourage ;
- assurer la cohérence des interventions des divers professionnels de santé en organisant les séances ;
- identifier les stratégies éducatives les mieux adaptées aux compétences à développer et maîtriser les techniques d'éducation et de conduite de groupe, les techniques de soutien ;
- évaluer les compétences développées, les réussites, les difficultés.

Le rapport de la mission DHOS de janvier 2004 « Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité » (3) insiste sur la nécessité de la formation individuelle et collective qui procure la sécurité professionnelle. Cette dernière conditionne la sécurité des parents. Les formations individuelles augmentent les compétences mais ont leurs limites. Les formations interdisciplinaires permettent de visualiser les divers rôles des professionnels, leur spécificité, leurs articulations, dans une continuité de l'accompagnement des femmes et des couples.

Conclusion et perspectives de recherche

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Ces recommandations élaborées à partir d'une analyse de la littérature et d'un consensus professionnel préconisent une approche plus précoce de la PNP et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes (des couples) en matière de santé et au soutien à la parentalité.

La littérature n'apporte pas de réponse quant à l'efficacité de la PNP sur le bon déroulement de la naissance, le soutien à la parentalité, le vécu maternel et la santé de l'enfant. Le groupe de travail recommande que des travaux de recherche soient menés pour :

- définir les stratégies et les techniques éducatives les plus aptes à répondre aux besoins des femmes et des couples ;
- mesurer l'impact d'un programme de PNP sur la santé de l'enfant à 1 an et l'équilibre parental, particulièrement au travers de l'évaluation du taux de réhospitalisations de l'enfant dans la première année de vie ;
- évaluer les capacités de professionnels travaillant en réseau à évaluer la sécurité de l'enfant dans sa famille (outils utilisés pour la description de la situation, l'anticipation des actions, la coordination et la continuité du suivi) ;
- définir des stratégies éducatives adaptées à la prévention de la dépression du *post-partum* en population générale ;
- comparer l'efficacité du programme de PNP proposé dans ces recommandations par rapport à d'autres pays européens sur le vécu de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, la confiance de la mère (du couple) dans la prise en charge de l'enfant dès la naissance et dans la première année de vie.

Bibliographie

1. Haute Autorité de santé. Élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005.
2. Bréart G, Puech F, Rozé J. Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: DGS; 2004.
3. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Paris: DHOS; 2004.
4. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris: ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; 2005.
5. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001;16(4):381-8.
6. World Health Organization. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Geneva: WHO; 2002.
7. Caisse nationale des allocations familiales, Boisson M, Verjus A. La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004) [rapport]. *Dossier d'études* 2004;(62):1-75.
8. Berger D, Jourdan D. Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé. *Santé de l'Homme* 2005;(377): 33-8.
9. Chalmers BE, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001;28(3):202-7.
10. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Review* 2004;Issue 1.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris : Anaes; 2002.
12. Coren E, Barlow J. Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;Issue 3.
13. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 1.
14. Gagnon AJ, Barkun L. Postnatal parental education for improving family health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 1.
15. Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Home-based support for socially disadvantaged mothers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 1.
16. Dumaret AC, Picchi V. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement de l'enfant. *Ann Médico-psychol* 2005;163(6):476-85.
17. Parlement européen. Charte des droits de la parturiente. *Journal Officiel des Communautés européennes* 1988;B2-712-86.
18. American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 5^e éd. Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2002.
19. Nolan ML. Antenatal education: failing to educate for parenthood. *Br J Midwifery* 1997;5(1):21-6.
20. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding.

- Southampton: Health Technology Assessment; 2000 4(25).
21. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 2.
 22. MacArthur C, Lewis M, Knox EG, Crawford JS. Epidural anaesthesia and long term backache after childbirth. *BMJ* 1990;301(6742):9-12.
 23. Agency for Healthcare Research and Quality. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Rockville: AHRQ; 2005.
 24. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. The Cochrane Library 2005; Issue 3.
 25. Blondel B, Norton J, Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale. Paris: ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Institut national de la santé et de la recherche médicale; 1998.
 26. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Guide de surveillance de la grossesse. Paris: Andem; 1996.
 27. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Paris : La documentation française; 2004.
 28. Institut national de la statistique et des études économiques, Doisneau L. Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile. *Insee Première* 2003;(903).
 29. Institut national de la statistique et des études économiques, Daguët F. La fécondité dans les régions à la fin des années quatre-vingt-dix. Davantage de naissances à la campagne. *Insee Première* 2004;(963).
 30. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. Partir du bon pied. Guide grossesse et accouchement. Ottawa: SOGC; 2000.
 31. Karrer M, Buttet P, Vincent I, Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé Publique* 2004;16(3):471-85.
 32. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient: approche éducative. Paris: Maloine; 2004.
 33. World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO; 1998.
 34. Gagnayre R, d'Ivernois J-F. L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé. *ADSP* 2003;(43).
 35. Agence de santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Ottawa: ASP; 2000.
 36. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: WHO; 2003.
 37. National Health Service. Pregnancy book. London: Department of health; 2003.
 38. Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
 39. Develay A-E. Prise en compte des dimensions non médicales : une approche globale contrastée du suivi de grossesse [thèse de docteur en santé publique]. Paris: 2004.
 40. Tursz A, Gerbouin-Rerolle P, Crosrt M. Traumatismes interventionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions. [rapport]. Inserm; 2003.
 41. Bréart G, Puech F, Rozé J. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris: ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.
 42. Agence de santé publique du Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Manuel de cours. 2004.

43. The John's Hopkins University School of Public Health. Gather Guide To Counseling. Population Reports 1998;26(48):1-31.
44. Reid AJ, Biringier A, Carroll JD, Midmer D, Wilson LM, Chalmers BE, *et al.* Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. Antenatal Psychosocial Health Assessment. CMAJ 1998;159(6):677-84.
45. Midmer D, Carroll JD, Bryanton J, Stewart D. From research to application: the development of an antenatal psychosocial health assessment tool. Can J Public Health 2002;93(4):291-6.
46. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris: La documentation française; 2001.
47. Organisation mondiale de la santé. Aspects psychosociaux et psychiatriques de la santé de la femme. Genève: OMS; 1993.
48. Guédeney N, Fermanian JD, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Post natal Depression Scale sur une population parisienne. Devenir 1995;7(2):69-92.
49. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. Devenir 2004;16(4):245-62.
50. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2002.
51. Agence de santé publique du Canada. Soins pendant la grossesse. In: Agence de santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa: ASPC; 2000. p. 5-61.
52. Comprehensive perinatal services program. Initial combined assessment. Santa Rosa: Maternal, Child, Adolescent Health; 2001.
53. Combined initial perinatal assessment. Sonoma: Alameda county perinatal services; 2002.
54. Gift of Life Foundation. Psychosocial assessment/case plan. Montgomery: Gift of Life Foundation; 2002.
55. Midmer D, Bryanton J, Brown R. Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. Can Fam Physician 2004;50:80-7.
56. Vander Linden R, Roegiers L. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Bruxelles: ministère de la Communauté française; 2004.
57. Réseau multiculturel en périnatalité santé Canada. Attachement selon les cultures. Toronto: Service de santé publique de Toronto; 2000.
58. Agence de santé publique du Canada. Les premiers contacts font toute la différence. Ottawa: ASP; 2002.
59. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;issue 3.
60. Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;Issue 2.
61. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. J Consult Clin Psychol 1992;60(1):41-8.
62. Tursz A. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Rapport général. 2005.
63. Agence de santé publique du Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. 2004.
64. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. ADSP 2001;(36).
65. Bury J. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: De Boeck et Larcier; 1988.
66. Chevallier B. Surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans. Monographie. Rev Prat 2004;54(18):1989-2058.

67. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.
68. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus, 7 et 8 octobre 2004. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.
69. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Rééducation dans le cadre du post-partum. Paris: Anaes; 2002.
70. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.
71. Raoul E. Manuel pratique sophrologique à la maternité. 3^e éd. Paris: Maloine; 1982.
72. Décant-Paoli D. L'haptonomie. L'être humain et son affectivité. 2^e éd. Paris: PUF; 2002.
73. American Physical Therapy Association. Happy mother's day. Physical therapists' tips for mother special day. 2004.
74. Martin C. La parentalité en questions. Perspectives sociologiques. Haut Conseil de la population et de la famille; 2003.
75. Nolan ML, Hicks C. Aims, processes and problems of antenatal education as identified by three groups of childbirth teachers. *Midwifery* 1997;13(4):179-88.
76. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;Issue 3.
77. Dennis CL, Hodnett ED, Gallop R, Chalmers BE. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 2002;166(1):21-8.
78. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005;331.
79. Creedy D, Dennis CL. Telephone support for women during pregnancy and the first month postpartum. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 1.
80. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Informations des patients - Recommandations destinées aux médecins. Paris: Anaes; 2000.
81. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.
82. Guilbert JJ. L'ensorcelante ambiguïté de "savoir, savoir-être et savoir-faire". *Pédagogie Médicale* 2001;2(1):23-5.
83. Baptiste A, Bélisle C, Pechenart JM, Vacheret C. Photolangage. Une méthode pour communiquer en groupe par la photo. Paris: Les Éditions d'Organisation; 1991.
84. Baptiste A, Bélisle C. Spécificité de la méthode : expression personnelle, écoute et langage photographique. In: Baptiste A, Belisle C, Pechenart JM, Vacheret C, ed. Photolangage. Une méthode pour communquer en groupe par la photo. Paris: Les Éditions d'Organisation; 1991. p. 21-6.
85. Bélisle C. Photolangage, un outil pour mobiliser les représentations sociales et personnelles. *La Santé de l'Homme* 1999;344:39-40.
86. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;Issue 1.