

numéro

391

Septembre-Octobre 2007 - 6 €

# LA Santé

de l'homme



## Périnatalité et parentalité :

Promouvoir la santé :  
**comparaison**  
**France/Québec**

**Éducation du**  
**patient asthmatique :**  
du nouveau à Marseille

Cinésanté :  
**Les Témoins,**  
d'André Téchiné

Institut National  
de Prévention  
et d'Éducation  
pour la Santé  
**inpes**  
www.inpes.sante.fr

# La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

**LA Santé**  
de l'homme

est éditée par :

**L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
Fax : 01 49 33 23 90  
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :  
**Philippe Lamoureux**

## RÉDACTION

Rédacteur en chef :  
**Yves Géry**  
Secrétaire de rédaction :  
**Marie-Frédérique Cormand**  
Assistante de rédaction :  
**Danielle Belpaume**

## RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**  
<dired@inpes.sante.fr>  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Éric Le Grand**  
<legrand.eric@cegetel.net>  
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan**  
<christine.gilles@inpes.sante.fr>  
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon**  
<christophe.leon@inpes.sante.fr>  
International : **Jennifer Davies**  
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>  
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**  
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>  
Cinésanté : **Michel Condé**  
<michelconde@grignoux.be>  
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>  
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier et Élisabeth Piquet**  
<doc@inpes.sante.fr>

## COMITÉ DE RÉDACTION :

**Jean-Christophe Azorin** (centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Élodie Aïna-Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/ Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

## FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**  
Impression : **Mame Imprimeurs – Tours**

## ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
Commission paritaire :  
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.  
Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2007.  
Tirage : 9 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



## Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

## Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

## Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

**52 pages d'analyses et de témoignages**

## Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

**Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants** (en fonction des stocks disponibles) :

- La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
- Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
- Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.
- Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
- Démarche participative et santé, n° 382.

### Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de \_\_\_\_\_ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par  chèque bancaire  chèque postal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

SH 391

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**  
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

# sommaire

numéro 391

Septembre-Octobre 2007

## ► International

**Promotion de la santé : analyse comparative France-Québec**

Réal Morin ..... 4

## ► Éducation du patient

**Du nouveau dans l'éducation du patient asthmatique à Marseille**

Aurore Lamouroux ..... 8

## ► Enquête

**Baromètre santé 2005 : déterminants socio-économiques de la consommation d'alcool**

Juliette Guillemont, Stéphane Legleye ..... 12

## Dossier

### Dossier : Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ?

#### Introduction

**Parents – professionnels de la naissance : vers une nouvelle relation ?**

Nathalie Houzelle, Catherine Cecchi, Emmanuel Ricard ..... 16

**De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ?**

Béatrice Jacques ..... 20

**Périnatalité sur internet : une éthique à respecter**

Catherine Cecchi ..... 22

**L'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse : ses atouts et ses difficultés de mise en œuvre**

**Entretien prénatal : un tournant dans la relation futures mères/professionnels**

Michel Dugnat, Marina Douzon, Danièle Capgras-Baberon ..... 23

**« J'ai pu parler de ma grossesse devant quelqu'un qui m'écoutait »**

Témoignages recueillis par l'équipe du Dr Michel Dugnat ..... 25

**La Nièvre, département pionnier de l'entretien de grossesse**

Danièle Capgras-Baberon, Marina Douzon, Michel Dugnat ..... 27

**« Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques ! »**

Entretien avec Françoise Molénat ..... 28

**Enfants prématurés : deux programmes innovants**

**Prématurés : à Brest et à Montpellier, les parents acteurs des soins**

Jean-Charles Picaud, Jacques Sizun ..... 31

**À l'écoute des parents, pour réduire le stress des grands prématurés**

Patricia Garcia-Méric, Marie Fabre-Grenet, Christiane Bertolozzi, Danielle Salducci-Lefort, Céline Baccous, Umberto Simeoni ..... 33

**Quel rôle pour les parents face aux professionnels ?**

**Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ?**

Corinne Chanal ..... 35

**Allaitement : des femmes-relais pour soutenir les jeunes mères**

Danièle Bruguières ..... 37

**Drépanocytose : accompagner les femmes enceintes vers un choix éclairé**

Doris Bonnet ..... 40

**Écoute des patients et des familles : l'Île-de-France innove**

Serge Bouznah ..... 42

**Pays-Bas et Québec, d'autres approches**

**Accoucher à domicile ?**

**Comparaison France/Pays-Bas**

Madeleine Akrich ..... 45

**Naissance : comment le Québec accompagne les familles**

Daniel Beauregard ..... 48

**Pour en savoir plus**

Céline Deroche, Ève Gazzola, Élisabeth Piquet ... 50

## ► Cinésanté

**Éduquer à la santé au travers d'un film : Les Témoins, d'André Téchiné**

Michel Condé ..... 53

## ► Lectures-outils

Olivier Delmer, Ève Gazzola, Fabienne Lemonnier ... 56



Illustrations : Vanessa Hié

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet : voir en page 57

LA Santé de l'homme

# Promotion de la santé : analyse comparative France-Québec

**Directeur scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, Réal Morin compare les politiques de promotion de la santé mises en œuvre au Québec et en France. Il procède à une analyse critique de la politique québécoise, présentée – parfois à tort – comme un modèle, puis passe en revue les forces et faiblesses du système français<sup>1</sup>. Sa conclusion : la France a une longueur d'avance pour modifier les comportements individuels, le Québec a comme atout de savoir créer des environnements « favorables ». Mais les deux élèves ont fort à faire pour mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé.**

Il est intéressant de constater à quel point l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'Institut national de santé publique du Québec, poursuivant la mission commune de prévenir la maladie et d'améliorer la santé de la population, exercent leur rôle de façon très différente. En France, la prévention vise à convaincre la population d'adopter des comportements sains. À cette fin, on utilise les médias, on compte sur les médecins et cabinets, on donne accès à de l'information téléphonique, on assure une éducation à la santé en milieu scolaire, on prépare des outils d'information, on rédige des publications pour différents publics, etc. Pour améliorer la santé de la population, les organisations de prévention ou d'éducation pour la santé, en France, mettent l'accent sur des mesures ciblant les individus.

Le Québec insiste davantage sur les mesures ciblant les environnements. Le Canada a été le premier pays industrialisé à mettre en lumière les limites de la médecine et des soins comme moyens d'améliorer la santé et à introduire la notion des habitudes de vie dans sa politique de santé. Le Canada a été l'hôte de la première conférence internationale en promotion de la santé, et la charte d'Ottawa demeure, après plus de vingt ans, un guide phare des actions visant à améliorer la santé des populations. Depuis, promouvoir la santé veut dire élaborer une politique publique saine, créer des milieux favo-

rables, renforcer l'action communautaire, réorienter les services de santé et acquérir des aptitudes individuelles. Cependant, malgré cette ouverture et des actions globales pour favoriser la santé, le développement des actions individuelles visant l'adoption d'habitudes de vie saines a fait l'objet de la plus grande attention.

## Actions sur les comportements et les environnements : complémentaires

Ainsi, les années 1970 et 1980 ont connu un développement accéléré des recherches et des expérimentations visant les changements de comportement (1). Selon le modèle de croyance relatif à la santé, un individu peut faire des gestes pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante. Selon la théorie sociale cognitive, une personne adoptera un comportement si elle croit que ce comportement peut contribuer à l'atteinte de ses objectifs personnels, et si elle a suffisamment confiance en sa capacité d'adopter ce comportement au moment opportun (2).

Au cours de cette même période, de nombreux programmes destinés à convaincre les gens de modifier leur comportement ont été mis en place dans les pays industrialisés. Souvent, les gouvernements ont été porteurs de programmes ou de politique d'envergure

visant la prévention des problèmes de santé, notamment parce qu'ils devenaient de plus en plus préoccupés par la hausse vertigineuse des coûts des soins de santé (1).

Cependant, influencer les comportements individuels est une tâche difficile qui, sans un travail parallèle sur les environnements dans lesquels les gens vivent, donne des résultats très limités (3). De nos jours, autant les éducateurs pour la santé que les spécialistes en communication de masse et en marketing social reconnaissent l'importance des environnements favorables à l'adoption des comportements de santé. C'est pourquoi, dès les années 1980, pour bien intégrer actions individuelles et actions sur les environnements, tout le champ qui a trait aux stratégies visant l'amélioration de la santé est renommé promotion de la santé, incluant ainsi que se limiter à changer les modes de vie individuels n'est plus une option viable (3).

## L'éducation à la santé et le « mur » des inégalités sociales

Dans cette nouvelle démarche, le Canada et le Québec ont joué un rôle important. L'appellation d'éducation pour la santé n'est réservée que pour désigner une stratégie de promotion de la santé parmi d'autres. En France, en revanche, l'éducation pour la santé est plus répandue que la promotion de la santé. Cette distinction se reflète parfaitement dans les mandats confiés aux organisations publiques françaises et

québécoises. Ainsi, en France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé met surtout en œuvre des interventions visant des changements de comportements individuels alors qu'au Québec l'Institut national de santé publique intègre, dans sa mission, toute une variété d'interventions, notamment celles qui visent directement la création d'environnements favorables à la santé. Cela l'a conduit d'ailleurs à négliger les actions visant les comportements individuels, comme s'il était inutile d'informer la population sur les modes de vie sains.

Au-delà de ce débat, de nombreux auteurs expriment des critiques acerbes à l'égard des actions individuelles. En effet, dans les pays industrialisés, où les principales causes de mortalité sont les maladies chroniques, la solution avancée serait que les gens se nourrissent mieux, qu'ils arrêtent de fumer et qu'ils fassent de l'exercice physique. Or, depuis les années 1980, la connaissance des déterminants sociaux de la santé est venue donner une image beaucoup plus nuancée et réaliste de la responsabilité individuelle en matière de santé (1). Il faut noter l'importance des études britanniques sur la compréhension des inégalités sociales de santé. Ainsi, les études de Marmot et de ses collaborateurs nous ont appris que les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient en meilleure santé que celles se trouvant à l'échelon inférieur. Dans toutes ces études, un contrôle a été exercé sur les facteurs connus associés aux maladies, et ni le tabac, ni le cholestérol n'expliquent les différences observées entre les groupes sociaux.

### Prendre en compte les déterminants sociaux de santé

Dennis Raphaël (4) a étudié la part des problèmes de santé qu'il est possible d'attribuer aux inégalités sociales au Canada. Il déplore que l'organisme gouvernemental canadien chargé de compiler les statistiques de population identifie le tabagisme, l'exercice physique, le poids, le stress et la dépression comme facteurs explicatifs des différences d'état de santé entre les régions canadiennes, alors que les données permettent de conclure que le revenu individuel est de loin la meilleure explication (4). De tous les pays développés, le Canada est l'un de ceux qui affichent

les taux de pauvreté générale et infantile les plus élevés. En France, moins de 8 % des enfants vivent dans la pauvreté, ce taux avoisine les 15 % au Canada (4). Les pays ayant pris le virage néolibéral de façon le plus accentuée sont ceux qui ont perdu le plus de terrain en matière de santé. Ainsi, la Grande-Bretagne et les États-Unis se situaient aux 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> rangs sur 18, en 1960, quant à la mortalité infantile. En 2000, ils sont aux 15<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> rangs. Le Canada est passé du 9<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> rang. Les pays scandinaves, socio-démocrates, où les taux de pauvreté sont le plus faibles, présentent des états de santé supérieurs. Les pays d'Europe du centre-ouest (France, Italie, Allemagne) sont mitoyens (5).

Le Québec et le Canada ont eu beaucoup de difficultés à mettre en pratique les discours très progressistes de promotion de la santé pour lesquels ils avaient acquis le titre de leaders mondiaux. Ils n'affichent plus de déficit budgétaire depuis des années mais ont laissé s'effriter les filets de sécurité sociale et caracoler les écarts de revenus entre les riches et les pauvres. Cela

n'empêche pas le gouvernement du Québec et les organisations de santé publique de redoubler d'ardeur pour la création d'environnements favorables à la santé.

### Lutter contre la pauvreté

Créer des environnements favorables à la santé exige nécessairement d'intensifier la lutte contre la pauvreté et les écarts de santé entre les groupes de la société. Un revenu suffisant permet l'accès au logement, à l'habillement, à la nourriture, aux transports, à un environnement de qualité, mais aussi à la culture et à l'éducation. Lutter contre la pauvreté, c'est aussi combattre la dévalorisation, le manque de soutien social et l'exclusion. Le Québec offre une grande variété de services pour contrer les effets de la pauvreté, notamment en direction des familles des milieux les plus pauvres, en vue de favoriser le pouvoir d'agir des personnes (6). Néanmoins, les recherches québécoises ont démontré depuis longtemps qu'aucune gamme de services, aussi intensifs et de qualité pourront-ils être, ne réussira à contrer complètement les effets de la

pauvreté, et le transfert intergénérationnel maintes fois observé de ce phénomène de la pauvreté (7). Il faut donc s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté, et le Québec a fort à faire pour rejoindre les pays les plus performants en ce domaine. Il ne refuse pas de voir le problème et a récemment adopté la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, une loi résolument tournée vers la redistribution de la richesse collective. Sera-t-elle vraiment appliquée ? Le moral des Québécois et des Canadiens, à l'heure actuelle, ne va vraiment pas dans le sens de payer plus d'impôts et d'aider davantage les plus démunis.

## Créer des environnements favorables

Créer des environnements favorables à la santé veut dire aussi créer des communautés solidaires (6). Les efforts de redistribution des richesses sont évidemment à la base de la solidarité entre les groupes sociaux mais certains groupes de la population du Québec sont financièrement plus riches tout en étant moins résistants, moins résilients que d'autres collectivités moins riches mais caractérisées par une forte cohésion sociale. Les acteurs de santé publique du Québec, en collégialité avec les partenaires régionaux et locaux, conduisent des actions qui visent le dévelop-

pement social et le développement des communautés. La participation des citoyens et les efforts concertés, le travail en réseau sont des ingrédients essentiels pour assurer le succès de ces démarches de développement des communautés. Les projets peuvent concerner la réhabilitation des vieux quartiers, le soutien aux personnes âgées, la mise en œuvre de cuisines collectives, l'organisation des transports. Le réseau québécois des villes et villages en santé, mouvement en force depuis vingt ans, est une belle illustration de stratégie de promotion de la santé qui intervient sur le cadre de vie, plutôt que sur les personnes, qui s'appuie sur l'idée qu'une bonne qualité de vie va de pair avec une meilleure santé, qui mise sur le *leadership* des municipalités en matière de concertation, sur leur habileté à répondre aux besoins de leurs citoyens, sur la capacité des municipalités d'agir sur des déterminants sociaux présents à l'échelle locale.

## La lutte contre le tabagisme au Québec et contre l'insécurité routière en France

Le gouvernement du Québec vient de lancer son plan d'actions de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids (8). Ce plan est le résultat des efforts faits au Québec, notamment par les instan-

ces de santé publique, pour faire accepter par le gouvernement et la population qu'il faut agir sur les environnements pour faciliter l'adoption de comportements sains. Il est rarement possible d'agir sans passer par l'adoption de politiques publiques affichant la santé comme valeur phare. Ainsi, après des années d'information et de sensibilisation, les politiques de taxation et la réglementation interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics ont permis d'atteindre les plus bas niveaux de tabagisme enregistrés. C'est aussi par des politiques publiques que la France a fait chuter de 7 514, en 1998, à 4 857 le nombre des décès par accident de la route. Au Québec, de telles politiques publiques qui ont largement contribué, en France à créer des environnements favorables à la santé n'ont pas encore été adoptées, alors que le bilan routier s'est détérioré depuis quelques années. Des politiques alimentaires doivent être mises en place pour garantir l'accès à des aliments sains et abordables dans les différents milieux de vie. Encore aujourd'hui, on trouve des boissons ou des aliments de faible valeur nutritionnelle dans les écoles, alors qu'en France la loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique a imposé le retrait de tous les distributeurs d'aliments et de boissons à compter de la rentrée 2005.

## La lutte contre l'obésité au Québec : nouveau défi

Il importe que la population puisse avoir accès à des infrastructures sportives à faible coût, à des parcs publics attrayants, à des pistes cyclables sécuritaires, à des transports publics, à tous ces moyens qui rendent les gens plus actifs. Le virage est important dans une Amérique du Nord où la voiture est omniprésente, alors que l'embonpoint et l'obésité sont à la hausse et réclament des actions immédiates et vigoureuses. Pour venir à bout de cette épidémie, il est nécessaire de consacrer toute l'énergie que requiert la création d'environnements favorables à la santé, de mettre en place des politiques saines. Au Québec, en 2004, des partenaires de santé publique avaient lancé un appel à la mobilisation pour s'attaquer à l'obésité et à la préoccupation excessive à l'égard du poids (Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, 2004). Il visait à engager dans l'action trois secteurs stratégiques (les secteurs de l'agro-alimentaire, de l'environnement bâti et

COMMUNIQUÉ

du socioculturel), en vue de solutionner ce problème de société. Il ne sera pas possible de créer d'environnement favorable sur ce problème sans la collaboration intersectorielle et de nécessaires politiques publiques saines.

Les environnements sociaux et économiques sont d'importants déterminants pour la santé. Les épisodes de smog et de chaleurs intenses qui deviendront de plus en plus fréquents avec les changements climatiques affectent la santé de toute la population, mais ont plus de conséquences chez les plus pauvres. Les bruits de proximité d'autoroute ou les zones urbaines densément peuplées et aux habitats de faible qualité ont aussi des impacts sur la santé.

**La France et le Québec : des collaborations fructueuses**

Même si les organisations françaises orientent la prévention et l'éducation pour la santé essentiellement sur des mesures individuelles, la France est tout de même engagée depuis longtemps dans la création d'environnements favorables à la santé, notamment au travers de mesures de redistribution des richesses, de soutien aux familles, de politique alimentaire ou de sécurité routière. Au Québec, même si le concept des environnements favorables est bien intégré, les intervenants en promotion de la santé devront redoubler d'ardeur

pour convaincre les décideurs de s'engager sur ce terrain. Les Québécois devront aussi consacrer plus d'attention et d'efforts aux mesures individuelles destinées à convaincre la population d'adopter de saines habitudes de vie. L'Institut national de santé publique du Québec et ses partenaires ont récemment réagi au danger que représente la mise à l'écart des interventions visant les individus, et s'est vu confier le mandat de mettre sur pied un bureau de la communication en santé. Les professionnels de la communication réaliseront des outils d'éducation et d'information, et l'expertise de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé sera mise à profit dans le cadre d'une convention de partenariat signée, en juin 2007, avec l'Institut québécois de santé publique. La France et le Québec ont beaucoup à partager dans l'intérêt de leurs populations et tout est maintenant en place pour des collaborations fructueuses.

**Réal Morin**

Directeur scientifique, direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, Canada.

1. Cet article a été rédigé à partir de l'intervention réalisée par Réal Morin lors des Journées de la prévention de l'INPES, les 29 et 30 mars 2007.

**Références bibliographiques**

(1) Baum F. *The new public health*. Melbourne: Oxford University Press, 2002: 607 p.  
 (2) Godin G., Côté F. Le changement planifié des comportements liés à la santé. In : Carroll G. (sous la dir.). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Les éditions de la Chenelière, 2006 : 129-40.  
 (3) O'Neill M., Stirling A. Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Sainte-Foy (Québec) : Les presses de l'Université Laval, coll. Société, cultures et santé, 2006 : 42-61.  
 (4) Raphaël D. Les inégalités de santé au Canada, faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Sainte-Foy (Québec) : Les presses de l'Université Laval, coll. Société, cultures et santé, 2006 : 138-59.  
 (5) Coburn D. Health and Health Care: A Political Economy Perspective. In: Raphaël D., Bryant T., Rioux M. *Staying alive. Critical perspectives on health, illness, and health care*. Toronto: Canadian Scholars Press, 2006: 59-84.  
 (6) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Produire la santé*. Québec : Gouvernement du Québec, 2005 : 131 p.  
 (7) Boyer G., Laverdure J. *Le déploiement des programmes de type, Naître égaux – Grandir en santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 2000 : 50 p.  
 (8) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Investir pour l'avenir – Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006 : 49 p.

## Du nouveau dans l'éducation du patient asthmatique à Marseille

**L'asthme provoque deux mille décès par an, en France, dont une partie pourrait être évitée par des soins et une éducation du patient mieux adaptés. À Marseille, un programme innovant d'éducation du patient intégrant les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux permet de modifier les « croyances » des patients sur leur pathologie. Les premiers résultats font apparaître une meilleure observance (le pourcentage de patients observants passe de 7 % à 65 %) et une réduction des hospitalisations (qui passent de 74 % à 7 %).**

Malgré une thérapeutique efficace, l'asthme est responsable de deux mille décès annuels et de nombreux recours inopinés aux soins (visite du médecin, hospitalisation, admission en service d'urgence). Les différentes enquêtes (Asur, Aire) indiquent que la morbidité associée à l'asthme est imputable, d'une part, à une mauvaise observance de la thérapeutique prescrite, d'autre part, à une mauvaise gestion de la maladie (1-2). Au-delà des prescriptions, il importe d'encourager le malade et son entourage à coopérer avec les

soignants. Le rôle de l'éducation thérapeutique est de parvenir à l'autonomisation du patient.

Bien que la définition de l'éducation thérapeutique par l'Organisation mondiale de la santé (*voir encadré ci-contre*) mentionne le besoin de centrer le processus éducatif sur le patient, on constate que l'éducation thérapeutique laisse souvent peu de place à la prise en compte des désirs réels des patients et de leurs pratiques de santé, notamment quand il s'agit de comportements à risque. La démarche éducative confond croyances et savoirs, en rappelant le patient à la « vérité médicale » par le biais d'informations, parfois pléthoriques, de connaissances censées améliorer leur coopération aux soins (4). Cette confusion tend à cautionner l'opinion – largement répandue parmi les professionnels de santé – selon laquelle l'acquisition de connaissances sur les risques pour la santé ou sur les comportements sains à adopter est suffisante pour modifier un comportement (5).

### Mieux former les professionnels

La sous-estimation du poids des croyances de santé traduit les limites des formations éducatives actuelles. Ces limites se situent à différents niveaux :

- **Professionnels** : manque d'implication de la part des médecins par manque de temps et de valorisation de l'acte éducatif, etc. ;
- **Patients** : faible participation, difficulté à adapter les connaissances à l'action, etc. ;

- **Programmes éducatifs** : programmes axés sur des connaissances/compétences médicalement valorisées, peu de changement de pratiques observé, les connaissances périssent au bout de six mois à un an ;

- **Système de santé** : l'éducation thérapeutique n'est pas toujours systématique, même si l'on note des efforts institutionnels à l'encourager (6, 7).

Ce constat pousse certains d'entre nous au scepticisme quant au rôle que l'éducation thérapeutique peut jouer dans l'amélioration de la qualité des soins (8). Mais il nous faut rester optimistes (9) malgré les freins et les limites observés (10).

Une nouvelle approche de l'éducation thérapeutique a été proposée pour pallier ces carences, elle met l'accent sur l'acquisition de capacités d'autogestion des patients (*self-management*), lesquels intègrent des outils d'auto-surveillance (*self-monitoring*). Mais ces programmes ne prennent pas systématiquement en compte la façon dont les patients s'approprient leur maladie dans des situations sociales définies, élément indispensable pour cerner les comportements adoptés par les patients.

### Recherche-action en milieu hospitalier

Consciente des limites imputables aux programmes éducatifs, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise « ... de développer de nouvelles stratégies et de nouvelles prises en charge, telles

### Éducation thérapeutique : la définition officielle de l'OMS

Depuis 1998, l'éducation thérapeutique est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un processus continu, intégré aux soins, et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie » (3).

– diminution des hospitalisations et des admissions aux urgences : les patients utilisent efficacement les outils d'auto-surveillance puisque le pourcentage d'hospitalisations, passe de 74,2 % à 7,6 % dont deux tiers sont concordants avec le plan d'action et seulement trois patients ont été admis aux urgences.

## Pourquoi une intervention psychosociale ?

La psychologie sociale de la santé s'attache tout particulièrement aux dimensions peu considérées par les modèles pédagogiques appliqués dans le champ de l'éducation thérapeutique. Les modèles utilisés pour une intervention psychosociale prennent en compte non seulement le patient (croyances, perceptions, attitudes, capacités à « faire face » à la maladie, personnalité, etc.), mais encore l'environnement social dans lequel il évolue (conditions et mode de vie, entourage, culture, etc.). Plutôt que de transmettre uniquement des savoirs (connaissances sur la maladie et les traitements) ou des compétences gestuelles (habileté technique à manipuler les sprays), il est important, pour potentialiser l'efficacité de l'éducation thérapeutique, de considérer le sens que le patient donne à sa maladie et la manière dont ses comportements s'inscrivent dans son vécu (histoire per-

que les accompagnements psychosociaux » (7). Pour ce faire, de nouvelles recherches-actions doivent être développées dans ce domaine. C'est dans ce contexte que nous avons lancé une recherche-action (qui combine recherche expérimentale et intervention de terrain). L'objectif de l'éducation thérapeutique est d'aboutir à un changement des pratiques considérées à risque (mauvaise observance aux traitements, exposition au tabac et aux polluants, mauvaise gestion, etc.) qui conduisent à des hospitalisations, voire à des décès.

J'ai donc élaboré un modèle d'éducation thérapeutique selon le modèle psychosocial. Les patients à risque ayant recours à des soins hospitaliers (urgence, hospitalisation), la validation de ce programme s'est déroulée à l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille, auprès de quatre-vingt-trois patients asthmatiques adultes (de plus de 15 ans) hospitalisés à la suite d'une crise d'asthme. Pour prendre en compte la problématique environnementale, une conseillère médicale en

environnement intérieur s'est rendue au domicile des patients, pour auditer son environnement et parer ainsi aux écueils thérapeutiques liés à l'environnement.

## Des résultats spectaculaires

Au bout de trois ans, les principaux résultats sont les suivants :

- amélioration du bien-être psychologique et de la qualité de vie : les patients se sentent moins angoissés et plus sûrs d'eux. Ils utilisent davantage les stratégies centrées sur la résolution de problème pour faire face à la maladie ;
- amélioration de l'observance : 65,1 % des patients sont observants aux traitements prescrits (au lieu de 7,2 %, initialement) et 73,5 % ont un suivi médical régulier contre 57,8 % avant la participation au programme. Cette observance s'accompagne d'une meilleure évaluation des symptômes et d'une meilleure adéquation symptômes-traitement. Le programme a permis à 65 % des patients d'avoir un asthme « contrôlé » (évalué sur un ensemble de critères simples et accessibles) ;

## Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer

L'éducation et la prévention sont au cœur de la prise en charge du patient atteint de maladie chronique. D'ailleurs, le récent Plan sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, d'avril 2007, met en évidence trois axes principaux quant aux objectifs de prise en charge de ces patients :

- « permettre au malade de mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer » ;
  - « élargir la pratique médicale à la prévention et à l'éducation thérapeutique » ;
  - « tout mettre en œuvre pour faciliter la vie au quotidien des malades chroniques ».
- Ce Plan pose comme fondamentale l'implication du patient dans la gestion de sa maladie mais aussi celle de l'équipe médicale, dont la pratique doit être axée sur la prévention et l'éducation dans un effort commun d'amélioration de la qualité de vie.

sonnelle et/ou familiale), ses émotions (peur de mourir d'une crise d'asthme...) et ses représentations et croyances (importance accordée à la maladie, efficacité perçue des traitements, phobie de certains médicaments, etc.).

## Aborder les logiques intimes du patient

L'intervention psychosociale (11) est composée de quatre séances individuelles d'une heure et demie à deux heures. Le protocole d'intervention est standardisé mais s'adapte au patient ; la prise en charge est personnalisée : les modes d'intervention varient, ils sont l'apanage dont dispose le psychologue, mais peuvent être abordés par l'ensemble des professionnels formés à la relation thérapeutique. Il s'agit tout d'abord d'écoute empathique centrée sur la personne, selon les attitudes définies par Rogers (12) : non-jugement, non-évaluation, juste distance, etc. Ce type d'écoute crée un climat de confiance et assure au patient un espace de libre parole. Cet espace de non-jugement permet d'aborder le domaine des croyances et des logiques intimes du

patient. L'écoute est utilisée en association avec d'autres stratégies plus actives, telles que l'information ou le conseil (13), mais aussi les techniques de relance propres à l'entretien psychologique (reformulation, écho, interprétation, etc.).

## Évaluation, séances puis groupe de parole

Lors de la première consultation, avant de commencer le programme, nous évaluons le contrôle que le patient a de son asthme (au moyen d'un questionnaire scientifiquement validé) et mesurons son souffle. Après avoir suivi les quatre séances, les patients participent à un groupe de parole qui formalise les connaissances grâce à la norme construite et partagée au sein dudit groupe : après avoir modifié leurs croyances (lorsqu'elles sont erronées) à l'égard de la maladie pendant les séances individuelles, les patients, placés en situation de groupe, vont rationaliser ce changement et produire une nouvelle norme partagée par le groupe et donc validée. Cette technique permet de renforcer et d'ancrer de nouveaux savoirs

que le patient s'approprie comme siens. Le patient qui a ainsi modifié ses croyances va ensuite modifier ses propres comportements, c'est la rationalisation en acte.

Ces séances permettent de mieux saisir les logiques des patients quant à leurs pratiques de santé, elles ont pour finalité l'amélioration de leur qualité de vie. Il s'agit à la fois d'un soutien informatif (un certain nombre d'informations vont être données au patient voire à sa famille) ; d'un soutien d'estime, en revalorisant le sentiment d'autoefficacité, le sentiment de contrôle et les stratégies de « faire face » ; d'un soutien émotionnel ou psychologique en travaillant sur l'historisation de la maladie par le patient et sur les affects impliqués (états anxieux, moments de déprime, de résignation, de non-acceptation, d'épuisement thérapeutique ou de lassitude, etc.) ; d'un soutien matériel, en apportant des outils pragmatiques à l'autogestion (plan d'action personnalisé écrit et débitimètre de pointe). Dans tous les cas, chaque séance de la prise en charge individuelle doit mobiliser l'ensemble des stratégies de soutien adaptées et structurées pour une prise en charge efficace.

## La démarche éducative : quatre séances professionnel/patient

**Le programme d'éducation du patient asthmatique – testé et validé auprès de quatre-vingt-trois patients en milieu hospitalier à Marseille – inclut quatre séances qui permettent notamment d'analyser les perceptions et croyances sur la maladie et de proposer des actions pour améliorer la qualité de vie de ces patients.**

### Séance 1

- Analyser le parcours de soin : quels sont les antécédents médicaux, le suivi médical ?
- Analyser les perceptions et croyances sur la maladie : que pense-t-il de la pathologie ? Quel sens donne-t-il à sa maladie ? L'histoire de la maladie selon le patient ? Comment se perçoit-il ? Comment pense-t-il être perçu par les autres ?
- Évaluer les connaissances : qu'est-ce qu'il sait ? (sur la maladie, les traitements, le corps, l'anatomie).
- Évaluer les attentes et les objectifs du patient quant à ces séances : quelles sont ses « motivations » ?
- Évaluer la situation sociale : quels conditions de vie, modes de vie, styles de vie ?
- Proposer des actions ciblées : soutien psychologique ; aide à l'observance et à l'autogestion ; audit de l'environnement intérieur ; orientation vers des structures sociales, etc.

### Séance 2

- Évaluer les pratiques de santé : évaluation de l'observance thérapeutique ; de l'adhésion thérapeutique ; des comportements d'autogestion ; des causes des « échappements » thérapeutiques ou des arrêts du traitement ; des craintes, des attentes, etc., vis-à-vis de la thérapeutique proposée par le médecin.

### Séance 3

- Évaluer les capacités d'adaptation : évaluation des stratégies de « faire face » plébiscitées par le patient ; du sentiment d'autoefficacité et de contrôle perçu ; de l'état psychoaffectif et émotionnel ; volonté, motivation, prise de décisions, etc.

### Séance 4

- Évaluer la qualité de vie (dimensions physique, psychologique et sociale) ; le soutien social perçu ; le retentissement perçu de la maladie sur l'entourage ; évaluer l'implication de l'entourage.

## Cinq règles fondamentales

Nous développons notre démarche selon les règles suivantes :

### • La prise en compte des opinions, croyances, attitudes et convictions du patient

Les croyances des professionnels de santé et celles des patients ne se superposent pas, les rôles et les statuts du soignant et du soigné ne sont pas univoques. Pour les professionnels de la santé, prendre un traitement de fond est la solution pour un bon contrôle de la maladie, tandis que, pour le patient, il en va autrement : « *j'ai peur de la dépendance au traitement... j'en prends trop (des médicaments), c'est peut-être mauvais. Est-ce que ça n'abîme pas les bronches ? Trop de médicaments, ça peut faire mal autre part...* » Ces réactions permettent de mieux saisir la logique du patient, d'élargir la compréhension de ses comportements de santé.

### • L'évaluation de la volonté ou du désir du patient à vouloir changer ses comportements ou sa façon de réagir à sa maladie

Par exemple, à un patient qui affirme : « *Je sais me gérer, je connais bien ma maladie, je sais encore ce que j'ai à faire, j'ai suffisamment de connaissances, je n'ai pas besoin d'éducation* », on pourrait répondre qu'il a tort puisqu'il est actuellement hospitalisé à la suite d'un défaut de contrôle de la crise. Cette posture renforcera ses résistances et suscitera de la « réactance psychologique », une réaction négative à des tentatives de contrainte du libre choix de la personne. Le degré de motivation et la notion de désir à changer varient d'un individu à l'autre. Aller à l'encontre du rythme de cheminement de chaque patient, c'est risquer de passer à côté des objectifs propres à l'éducation thérapeutique. Parfois il faut remettre à plus tard notre proposition de prise en charge éducative.

### • L'aide à la prise de décision sans l'imposer

En fournissant au patient des informations objectives et non biaisées sur son état actuel, le patient pourra intérioriser la décision comme sienne et non comme une demande médicalement valorisée. Pour ce faire, l'entretien motivationnel (14) exhorte la motivation du patient à changer ou à adopter un nouveau comportement. Or, ce changement n'est possible que s'il est consistant avec les valeurs et les croyances du patient. L'éducateur doit se faire le miroir du patient, en mettant en lumière ses ambivalences : « *Maintenant je suis davantage informé, je ne savais pas que mes comportements n'étaient pas adaptés, j'ai pris conscience qu'il faut que je change* » ou encore « *Il a fallu cinq ans de traitement... pour apprendre des choses et apprendre les bons gestes, alors que je pensais bien faire.* » Le fait d'avoir confronté ces patients à leurs propres pratiques a permis de dégager les éléments freinant ou facilitant leur propre décision à changer.

### • L'apport d'informations objectives sur la maladie, les traitements, les conséquences des comportements du patient sur son état de santé, sans jugement

Les patients peuvent autoanalyser leurs pratiques parce qu'ils reçoivent un ensemble d'informations leur permettant de conférer du sens au changement. Le patient doit être le lieu d'évaluation interne, c'est-à-dire sujet de sa décision.

### • L'analyse des avantages et des coûts liés aux comportements ou à la manière de réagir face à la maladie

Le changement s'élabore selon une balance décisionnelle, où les bénéfices liés au changement doivent être perçus comme plus importants que les coûts (15). Il en va de même quant aux stratégies utilisées par les patients pour faire face à une situation stressante, telle une crise d'asthme. Le patient a-t-il les ressources émotionnelles, intellectuelles ou cognitives, sociales et comportementales suffisantes pour faire face à ce qui lui arrive ? Comment évalue-t-il les ressources dont il dispose ? Et comment les mobilise-t-il ?

### Travailler sur les facteurs psychosociaux

Pour conclure, l'éducation thérapeutique est une approche qui se veut humaniste. Elle doit donc placer le patient, sujet et acteur de sa santé, au cœur de la décision thérapeutique. Plutôt que de faire la promotion des comportements sains que les patients se devraient d'adopter, il est préférable de centrer notre action sur la compréhension des logiques des comportements réels des patients et sur les facteurs psychosociaux qui sous-tendent leurs pratiques en matière de soins.

L'approche psychosociale, dans un premier temps, a pour qualité de s'intéresser aux logiques et aux parcours de santé de ces patients, c'est-à-dire aux facteurs intrinsèques (croyances, attitudes, traits de personnalité, capacité à « faire face », émotions, etc.) et extrinsèques (facteurs sociaux et environnementaux) qui sous-tendent les comportements. Dans un second temps, elle favorise le changement durable des comportements à risque. Les programmes d'éducation thérapeutique doivent être à l'écoute des désirs, des besoins, des attentes, de la dimension subjective du patient, qui diffère de celle du thérapeute, et faire de la qualité de vie du point de vue du patient son objectif principal. Après avoir été testé et validé (11) en milieu hospitalier, ce programme est actuellement mis en pratique à l'École de l'asthme de Marseille.

**Aurore Lamouroux**

Docteur en psychologie, psychologue,  
responsable de l'École de l'asthme,  
Marseille.

### ► Références bibliographiques

- (1) Salmeron S., Liard R., Elkharrat D., Muir J. F., Neukirch F., Ellrodt A. *Asthma severity adequacy of management in accident and emergency departments in France: a prospective study*. The Lancet 2001; 358: 629-35.
- (2) Rabe K. F., Vermeire P. A., Soriano J. B., Maier W. C. *Clinical management of asthma in 1999: the asthma insights and reality in Europe (AIRE) study*. European Respiratory Journal 2000; 16: 802-7.
- (3) World Health Organization Working Group. Copenhagen, 1998.
- (4) Rouan G., Pedinielli J. L., Bertagne P. *Les théories étiologiques des maladies*. Psychologie française 1996; 41 (2) : 137-45.
- (5) Godin G. Le changement des comportements de santé. In : Fischer G.N. *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod 2002 : 375-88.
- (6) Rapport de la direction générale de la Santé (DGS), disponible sur le site : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- (7) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Paris : Anaes, 1999 : 133 p.
- (8) Godard P., Bourdin A., Chanez P. *Évaluation de la qualité des soins dans l'asthme*. Revue des maladies respiratoires 2007 ; 24 : 197-204.
- (9) Lamouroux A., Vervloët D. *L'éducation thérapeutique est-elle la réponse ?* Revue des maladies respiratoires 2006 ; 23 : 10S37-40.
- (10) Lamouroux A., Vervloët D. *La démarche éducative à la lumière de la médecine factuelle*. Médecine thérapeutique 2006 ; 12 : 47-54.
- (11) Lamouroux A. *Intervention psychosociale et éducation thérapeutique de patients asthmatiques*. Thèse de doctorat de psychologie. Université de Provence, Aix-en-Provence, 2006.
- (12) Rogers C. R. *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- (13) Razavi D., Delvaux N. *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Paris : Masson, 1998 : 280 p.
- (14) Miller W. R., Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York: The Guilford Press, 2<sup>nd</sup> Ed, 2002: 428 p.
- (15) Janis I. L., Mann L. *Decision-making: a psychosocial analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free-Press, 1977.

# Baromètre santé 2005 : déterminants socioéconomiques de la consommation d'alcool

**La consommation d'alcool est en baisse régulière depuis quarante ans en France. Cette évolution est fortement liée à la situation économique et sociale des individus, comme l'indique le Baromètre santé 2005 de l'INPES. La baisse est en effet plus sensible dans les catégories les plus favorisées de la population. En revanche, la consommation excessive ne concerne pas que les classes défavorisées, et les personnes les plus privilégiées socialement ne sont pas les moins concernées.**

L'enquête Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) mesure les comportements, attitudes, connaissances et opinions de la population française âgée de 12 à 75 ans en matière de santé. Dans l'édition 2005, 30 514 personnes ont répondu à un questionnaire multithématique qui comprend notamment une série de questions permettant de décrire les usages d'alcool. Le Baromètre santé fournit des indicateurs tels que la fréquence de consommation, les quantités bues et la fréquence des ivresses ; il permet également d'évaluer le niveau d'usage à risque, à l'aide d'outils

standardisés, l'Audit-C<sup>1</sup> et le Deta<sup>2</sup>. Nous nous attacherons ici à décrire les différences de comportements d'alcoolisation selon la position socioéconomique des individus, en nous concentrant sur la tranche d'âge d'activité (15-64 ans). Les résultats qui suivent sont extraits du chapitre sur l'alcool du Baromètre santé 2005 (1).

## De nets écarts entre actifs occupés et chômeurs

Les consommations d'alcool sont très variables selon la situation scolaire ou professionnelle des individus (figure 1). Ces disparités peuvent pour

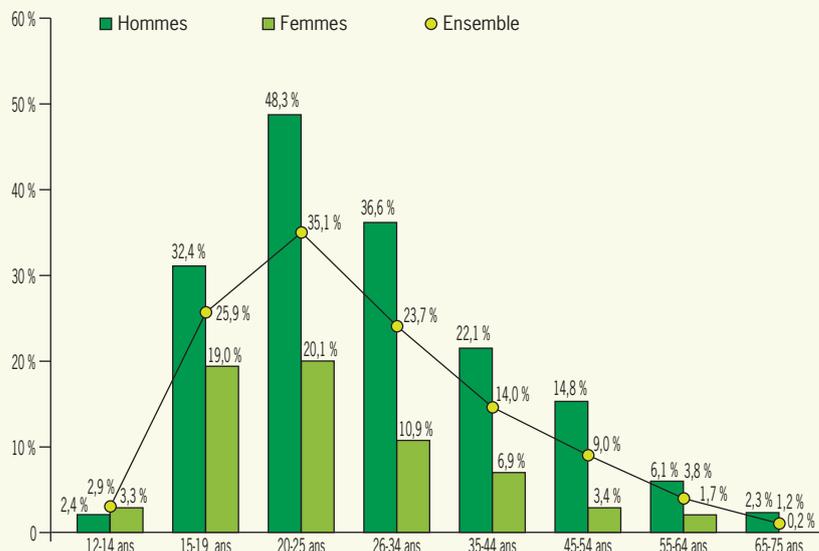
partie être expliquées par les différences d'âge entre les catégories considérées et reflètent dans ce cas les tendances selon l'âge (cf. encadré ci-dessous). Ainsi, les élèves et étudiants, plus jeunes, présentent le niveau de consommateurs quotidiens et d'usagers à risque le plus faible (ils concernent respectivement 1,5 % et 5,6 % d'entre eux) mais un pourcentage d'ivresses plus important (27,1 % déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année et 4,6 % au moins dix fois). À l'inverse, les retraités, plus âgés, sont les plus concernés par l'usage quotidien ou à risque chronique ou dépendant suivant le test Audit-C

## La consommation d'alcool des 12-75 ans en bref

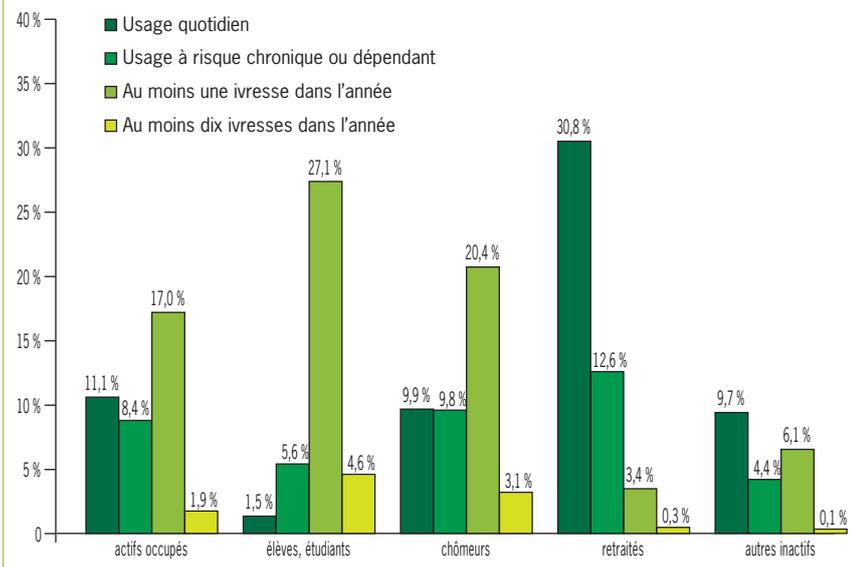
- 8,4 % n'ont jamais bu de boissons alcoolisées au cours de leur vie ;
- 13,7 % consomment quotidiennement de l'alcool ; l'usage quotidien, rare chez les plus jeunes, devient de plus en plus répandu lorsque l'âge augmente ;
- 14,4 % déclarent avoir été ivres au cours des douze derniers mois ; l'ivresse culmine entre 15 et 25 ans, puis décroît avec l'âge (voir figure ci-contre) ;
- 8,8 % présentent un usage à risque chronique ou dépendant (selon l'Audit-C).

Source : Legleye S., Rosilio T., Nahon S. Alcoolisation, un phénomène complexe. In : Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.), Baromètre santé 2005 - premiers résultats. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 39-47.

Proportion de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge



**Figure 1. Usages d'alcool au cours des douze derniers mois, suivant le statut professionnel ou scolaire, parmi les 15-64 ans (en pourcentage)**



(respectivement 30,8 % et 12,6 %) mais les moins concernés par les ivresses (3,4 % pour l'ivresse dans l'année, 0,3 % pour l'ivresse régulière).

Mais l'âge ne suffit évidemment pas à éclairer le constat global de ces disparités. Il est particulièrement éclairant de comparer les actifs occupés aux chômeurs, sur l'ensemble de la tranche d'âge concernée (15-64 ans). Toutes choses égales par ailleurs<sup>3</sup>, le chômage est associé à des consommations d'alcool plus importantes que chez les

actifs occupés : l'usage quotidien est 1,2 fois plus fréquent chez les chômeurs, et les usages à risque chronique ou dépendant (selon l'Audit-C), de même que les ivresses régulières, sont 1,3 fois plus fréquents. Cette relation statistique entre chômage et alcoolisation ne permet pas de conclure directement que l'un de ces deux phénomènes est la conséquence de l'autre. Toutefois, si tel était le cas, le lien de cause à effet pourrait jouer dans les deux sens : les buveurs excessifs courraient un plus grand risque de perdre

leur emploi et la situation de chômeur entraînerait une augmentation de la consommation d'alcool (2).

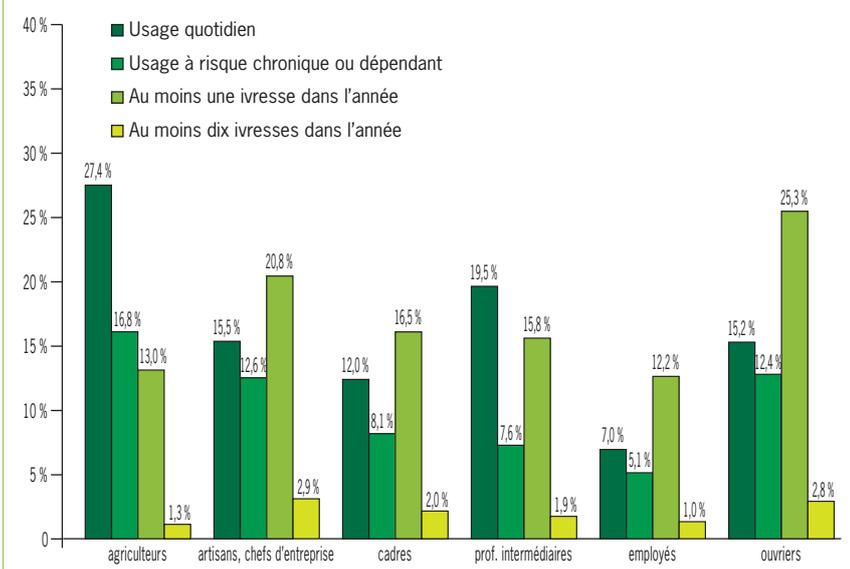
## Une influence du niveau d'éducation variable selon les générations

Les modes de consommation d'alcool sont également liés au niveau d'instruction, toutes choses égales par ailleurs. Le pourcentage de consommateurs quotidiens est moins important chez les personnes ayant un niveau d'études supérieur ou égal au bac, tandis que la fréquence des ivresses augmente suivant le niveau d'études. En comparaison des personnes n'ayant pas le baccalauréat, les diplômés du supérieur sont en effet 1,4 fois plus nombreux à déclarer avoir été ivres au cours de l'année, et deux fois plus nombreux à l'avoir été plus de dix fois. Cependant, les niveaux de scolarisation n'ont pas la même signification chez les générations jeunes et âgées, et les résultats varient selon la tranche d'âge considérée. Par exemple, parmi les 55-64 ans, la consommation quotidienne ou à risque selon l'Audit-C est plus fréquente chez les titulaires d'un diplôme universitaire.

## Consommation d'alcool et catégorie sociale : un lien complexe

Si l'on s'intéresse aux actifs occupés, on remarque d'importantes différences selon les professions et catégories socio-professionnelles (PCS) (figure 2). Les agriculteurs exploitants se distinguent par des proportions élevées d'usagers quotidiens (27,4 %) et à risque chronique ou dépendant suivant le test Audit-C (16,8 %), et par un pourcentage d'ivresses dans l'année peu important (13,0 %). À l'inverse, les cadres, professions intermédiaires et employés sont en proportion plus faibles consommateurs, quel que soit l'indicateur considéré. Les ouvriers et la catégorie regroupant artisans, commerçants et chefs d'entreprise ont un niveau de consommation intermédiaire, avec une proportion de consommateurs quotidiens moins importante (autour de 15 %) mais d'ivresses plus élevée que chez les agriculteurs (respectivement 25,3 % et 20,8 % pour l'ivresse dans l'année). L'analyse toutes choses égales par ailleurs permet d'affiner ces résultats : les différences observées entre PCS pour la consommation quotidienne, l'usage

**Figure 2. Usages d'alcool au cours des douze derniers mois suivant la profession et la catégorie sociale, parmi les actifs occupés de 15 à 64 ans (en pourcentage)**



à risque, et dans une moindre mesure l'ivresse dans l'année persistent, mais elles s'estompent pour les ivresses régulières. En outre, à l'issue de cette analyse, les modes de consommation des cadres s'avèrent plus proches de ceux des ouvriers, artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

## Des évolutions contrastées

La consommation d'alcool, en France, est en baisse régulière depuis quarante ans, passant de vingt-six litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans en 1961 à treize litres en 2003 (3). Selon le Baromètre santé, cette diminution s'est poursuivie au cours des dernières années, avec en particulier une baisse du pourcentage de buveurs quotidiens (13,7 % chez les 12-75 ans en 2005, contre 19,3 % en 2000). Mais la proportion de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois de même que la prévalence des usages problématiques suivant le test Deta sont restées stables entre 2000 et 2005, respectivement aux environs de 14 % et 9 %.

Cependant, la tendance générale à la baisse de la consommation d'alcool ne se répartit pas de façon homogène au sein de la population. La proportion de consommateurs quotidiens et d'usagers à risque (au sens du Deta, le test Audit-C n'était pas présent dans l'enquête en 2000) chez les cadres et professions intellectuelles a baissé entre 2000 et 2005, passant de 18,3 % à 12,2 % pour l'usage quotidien et de 15,2 % à 12,5 % pour l'usage à risque ; la proportion d'individus déclarant avoir été ivres dans l'année semble stable, autour de 16 %. Chez les ouvriers, en revanche, si la proportion de consommateurs quotidiens a également diminué – de 22,2 % à 15,2 % –, l'usage à risque est resté stable, aux alentours de 13 %, tandis que les ivresses dans l'année ont augmenté, passant de 20,5 % à 25,3 %. Enfin, parmi les chômeurs, les pourcentages d'usagers à risque (10,2 % en 2000, 15,8 % en 2005) et d'ivresses dans l'année (16,2 % et 20,4 % respectivement) ont fortement augmenté, et la baisse des consommateurs quotidiens, de 12,3 % à 9,9 %, n'est pas statistiquement significative. Ainsi, la diminution globale de la consommation d'alcool profite davantage aux catégories de population les plus favorisées d'un point de vue socioéconomique.

Les données du Baromètre santé montrent que le lien entre le niveau d'alcoolisation et le statut socioéconomique des individus est loin d'être univoque. La situation en matière de consommation d'alcool est, à ce titre, bien différente de celle que l'on observe pour d'autres comportements de santé, par exemple l'alimentation. Celle-ci est en effet de plus en plus équilibrée – riche en fruits et légumes, pauvre en produits gras, sucrés, salés – à mesure que l'on avance le long de l'échelle sociale (4). Un tel gradient social n'existe pas pour l'alcool : la consommation excessive n'est pas l'apanage des classes sociales défavorisées et les personnes les plus privilégiées socialement ne sont pas les moins concernées. Ces résultats vont ainsi à l'encontre des représentations stéréotypées de « l'alcoolique », souvent assimilées au « clochard », à la « femme déchuée » dans l'imaginaire collectif.

**Juliette Guillemont**

Chargée d'études et de recherche, direction des affaires scientifiques, INPES.

**Stéphane Legleye**

Statisticien, OFDT, Inserm U669, université Paris-XI.

1. L'Audit-C est la version courte de l'Audit (Alcohol use disorders identification test), test en dix questions permettant de repérer les buveurs excessifs. L'Audit C combine des questions sur la fréquence de consommation d'alcool et les quantités bues. L'algorithme utilisé dans cette exploitation repère les individus à risque chronique ou à risque de dépendance. C'est-à-dire, pour les premiers, ceux qui boivent plus que les recommandations OMS (vingt et un verres standard par semaine pour les hommes, quatorze pour les femmes), mais moins de quarante-huit au total et boivent au moins une fois par semaine six verres ou plus ; et, pour les seconds, ceux qui boivent plus de quarante verres par semaine, ou six verres et plus quotidiennement.  
2. Le test Deta (diminuer, entourage, trop, alcool) se

compose de quatre questions : « Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? », « Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ? », « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? », « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? ». À partir de deux réponses positives, le risque de consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolodépendance passée(s) ou présente(s) est jugé élevé.

3. Lorsque l'on compare des groupes de population, il se peut que certains facteurs, comme l'âge ou le sexe, ne soient pas répartis de façon identique dans les groupes considérés ; la comparaison des pourcentages peut alors être biaisée par ces disparités, si ces facteurs sont liés à la variable de comparaison. Une régression logistique, ou analyse « toutes choses égales par ailleurs », permet de tenir compte de ces facteurs et de dégager l'effet propre de l'appartenance à tel ou tel groupe. Le résultat d'une telle analyse s'exprime sous la forme d'un « odds ratio », qui correspond approximativement au ratio des pourcentages dans les groupes considérés.

## ► Références bibliographiques

- (1) Legleye S., Beck F., Spilka S. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. In : Guilbert P., Beck F., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé (à paraître en novembre 2007).
- (2) Klingemann H. *L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée*. Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe, 2001.
- (3) OFDT. *Drogues et dépendances, données essentielles*. Paris : La Découverte, coll. Guides, 2005 : 204 p.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/ddde.html>
- (4) Caillavet F. (coord.). *L'alimentation des populations défavorisées en France. Une revue de la littérature dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel*. Rapport Corela/ Inra pour l'ONPES, 2004.

# Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ?

Comment associer les parents aux soins prodigués aux nouveau-nés par les professionnels ? Entre les parents et les professionnels de santé, les relations ne sont pas toujours aisées. Cette question – et bien d'autres – nourrit ce dossier consacré à l'évolution des relations entre les parents et les professionnels de la périnatalité.

Dans une première partie, les auteurs sollicités présentent une mise en perspective historique : comment sommes-nous passés au cours des derniers siècles « de la matrone à l'obstétricien ». Ils expliquent pourquoi la périnatalité est à un tournant, la médicalisation de l'accouchement telle qu'on la connaît aujourd'hui ayant atteint ses limites. Surtout, les femmes enceintes et les jeunes parents expriment de nouvelles exigences face aux professionnels de santé : ils veulent être informés, participer aux soins, bref, prendre un peu de pouvoir dans cette relation et la modifier.

Il ne s'agit pas seulement de satisfaire les « revendications » des futurs ou jeunes parents. L'enjeu est que les professionnels travaillent ensemble et dans une meilleure coordination, au profit de la santé physique et psychologique des familles et de leurs enfants. À ce propos, les témoignages présentés dans ce dossier sont édifiants... de simplicité. Ce que demandent les femmes enceintes ? Un professionnel qui les écoute, c'est cela qui va déclencher leur confiance et retentir sur leur santé et celle de leur enfant.

Être à l'écoute, prendre en compte les désirs des parents, les associer au suivi du nouveau-né : plusieurs expériences présentées ici montrent que certaines équipes de professionnels ont intégré ces demandes dans leur manière de travailler. Ainsi, l'accompagnement pluridisciplinaire et constant des femmes enceintes toxicomanes, à Montpellier, a fait chuter de façon spectaculaire (de 60 % à 4 %) le taux de placement de leurs nouveau-nés. À Brest, Montpellier, Marseille, les unités de prise en charge des prématurés associent les parents à la réflexion et aux soins : tout est fait pour favoriser le lien affectif et diminuer le stress de ces bébés : contact peau à peau, lumière tamisée, prohibition de tout bruit, limitation au maximum de tout acte invasif... Deux experts sollicités dans le cadre de ce dossier résument ainsi le défi qui est posé : « *Les parents et les soignants doivent apprendre à se connaître. Afin de mieux se rejoindre pour élaborer des soins de qualité, particulièrement adaptés à chaque enfant* ». Tout un programme.

Dossier coordonné par **Nathalie Houzelle**, chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES, **Catherine Cecchi**, cadre supérieur de santé, Groupe d'étude en néonatalogie du Languedoc-Roussillon, Montpellier, vice-présidente de la Société française de santé publique et **Emmanuel Ricard**, médecin de santé publique, délégué général de la Société française de santé publique, Nancy.

Yves Géry

## Parents – professionnels de la naissance : une nouvelle relation ?

**Le désir d'enfant, la prise en charge et l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ont profondément évolué durant les précédentes décennies. Comment s'exerce la parentalité ? Quels rôles pour les parents, en interaction avec les professionnels ? C'est l'objet de ce dossier. En France, après une période de « médicalisation » majeure, on assiste à un recentrage des rôles où celui confié aux parents dans les soins est croissant. Présentation par les coordinateurs du dossier, Nathalie Houzelle, Catherine Cecchi et Emmanuel Ricard.**

Comment s'exerce la parentalité aujourd'hui ? Quels rôles prennent les parents en interaction avec les professionnels de la périnatalité (soignants, éducateurs, travailleurs sociaux, etc.) ? Ces questions, actuellement au cœur de débats et d'expérimentations, nous confrontent – que l'on soit professionnels de santé, de l'éducation ou parents – à des conceptions différentes mais fécondes dans leurs approches. Les dimensions soignantes et éducatives en particulier peuvent s'entendre pour certains acteurs au sens du « prendre soin », pour d'autres, elles peuvent prendre le sens plus restrictif du « *care* » (soin) au sens anglo-saxon. Ce sont deux « cultures » différentes, parfois en opposition, qui tendent à devenir complémentaires. Elles partagent un objectif commun : mieux vivre ensemble la grossesse, la naissance, l'arrivée de l'enfant, la parentalité.

### Désir d'enfant

Nous sommes actuellement dans une période de transition : au tournant des xx<sup>e</sup> et xxi<sup>e</sup> siècles, des bouleversements profonds de la structure de notre société se mettent en place : la relation homme-femme, la notion de couple, la conception de parentalité changent, les concepts de famille, de fratrie s'élargissent, la place et le « signifiant » de l'arrivée de l'enfant évoluent.

Désormais, l'enfant, le plus souvent désiré, est fréquemment vécu comme une projection, un prolongement de soi. Dans nos sociétés, il est devenu un « bien précieux ». L'âge de la maternité recule, il n'est plus rare de voir une « jeune maman primipare » de 30 ans. La date de la maternité se choisit et se partage. Certains parents programment un bébé répondant à un certain nombre d'attentes, arrivant à une date précise et parfois planifiée. La maîtrise de la contraception et des solutions d'assistance à la procréation (fécondation in vitro, stimulation, procréation médicalement assistée, etc.) ont rendu souvent possible pour les couples le choix d'une grossesse programmée.

De ce fait, parents et familles ont parfois des difficultés à accepter que la grossesse ne corresponde pas toujours à ce qu'ils attendaient, que l'arrivée de l'enfant ne se fasse pas comme ils le projetaient ou ne ressemble pas à l'image qu'ils s'en faisaient. Les professionnels ont un rôle essentiel pour accompagner les parents dans l'acceptation de leur enfant tel qu'il est et non tel qu'il a été rêvé. Ce rôle est plus fort encore si cette arrivée se confond avec la découverte d'un handicap qui peut cristalliser ou augmenter fortement le désappointement des parents et de la famille.

Les professionnels sont soumis à de nouvelles demandes dans le suivi ou l'interruption de grossesse qui confrontent leurs représentations de l'enfant normal à celles du couple. Par exemple, des demandes d'interruption de grossesse pour des anomalies morphologiques « mineures » comme des mains palmées ou des doigts surnuméraires ou à l'inverse la poursuite de la grossesse malgré des anomalies majeures et très invalidantes.

### L'accouchement, en France et ailleurs...

Autrefois, mais encore de nos jours dans les sociétés traditionnelles, l'accouchement « était une histoire de femmes », il se déroulait entre femmes. Dans nos sociétés, l'Église puis l'État ont cherché à remplacer la « matrone » par une femme « sage ». Celle-ci, instruite des règles élémentaires d'hygiène, obéissait au corps médical. À partir du xviii<sup>e</sup> siècle, l'Europe entière envoie ses sages-femmes à l'école. Une science des accouchements se constitue. Au xx<sup>e</sup> siècle, un tournant décisif dans l'histoire de la grossesse et de la naissance se met en place. Le passage de la sage-femme au médecin représente un virage dans l'histoire des femmes. Il traduit un bouleversement de la conception de la vie (1). Ainsi :

– en Angleterre, les femmes peuvent choisir entre accouchement à l'hôpital,

à domicile ou dans les « unités de sages-femmes ou de médecins généralistes »... ;

– aux Pays-Bas, 30 % des naissances ont lieu à domicile accompagnées par une sage-femme, 70 % des naissances se font dans un environnement médicalisé. Le suivi et les suites de couches sont pris en charge par une *kraamverzorgster*, que l'on peut traduire par « aide de couches ». Lorsque l'accouchement a lieu ailleurs qu'au domicile et en l'absence de complications, la mère rentre chez elle après huit heures de surveillance avec son nouveau-né. La *kraamverzorgster* participe aux tâches familiales dans les jours suivant la naissance, elle est présente entre quatre et huit heures par jour pendant la semaine qui suit la naissance. La plupart des familles (80 % environ) font appel aux services d'une *kraamverzorgster*, que l'accouchement ait eu lieu ou non à domicile (2, 3) ;

– en France, sur près de huit cent mille accouchements par an, pratiquement tous se déroulent dans une maternité et plus de la moitié d'entre eux dans les hôpitaux publics. Le secteur des maternités a été restructuré depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types<sup>1</sup> en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Tous

les établissements travaillent en réseau. La démarche engagée dans la mise en œuvre du réseau des maternités se décline maintenant dans les recommandations professionnelles du suivi de la grossesse. Dans les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), l'accent est mis sur la détection précoce et la régulière estimation des situations potentielles de complications de la grossesse<sup>2</sup>.

Actuellement, environ 10 % des grossesses et des naissances sont à risques. Moins de 1 % des naissances ont lieu à domicile. Ce mode de pratique formalise une approche plus médicalisée mais aussi plus « sécurisée » de la maternité et de la naissance. Ces pratiques, associées à des modifications des modes de vie, ont contribué à la diminution de la mortalité maternelle et infantile. Les grossesses sont suivies par les professionnels de la périnatalité (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, échographistes, pédiatres-néonatalogistes, etc.), ce qui peut expliquer parfois le fait que la grossesse soit vécue comme une « maladie ».

Ces modes différents d'accouchement à domicile ou en milieu médicalisé ne doivent pas faire oublier que

la géographie de terrain (montagne, plaine, obstacles naturels, climat, etc.), l'accessibilité à une maternité (réseaux autoroutiers, Samu, etc.), la démographie médicale sont des facteurs importants à prendre en considération lorsque l'on compare ces pratiques et les choix qui sont faits par les familles et les professionnels.

### « Cultures » profanes et professionnelles

Au cours d'une grossesse normale, les examens médicaux sont nombreux : en moyenne sept à neuf visites médicales, trois à quatre échographies, une prise de sang mensuelle pour détecter la rubéole, la toxoplasmose, une prise de sang au troisième mois pour rechercher une éventuelle trisomie 21. Cet examen peut parfois être complété par une amniocentèse. La future maman, pour qui la grossesse devrait être une source d'épanouissement, peut se retrouver face à des inquiétudes, des interrogations et des doutes, souvent rythmés par l'attente de résultats biologiques (4).

Le soutien autrefois apporté par la famille au sens large (grands-parents, tantes, sœurs aînées, etc.) est en net recul ou a disparu. La maman, avant,

pendant et après l'arrivée de l'enfant, se retrouve parfois seule face à ses angoisses, ses questionnements, ses peurs dans la découverte d'un nouveau rôle et d'un nouveau monde pour lequel elle a peu – ou pas toujours – de référence maternelle pour se rassurer.

L'accompagnement des parents par les professionnels évolue : accès des pères aux salles d'accouchement, incitation au contact « peau à peau » entre le nouveau-né et sa mère sont des illustrations de pratiques oubliées désormais remises à l'honneur. La visite du quatrième mois, institutionnalisée en entretien du quatrième mois, réalisée le plus souvent par une sage-femme, va dans le sens d'un accompagnement plus proche des familles par les professionnels. Cet entretien a pour objectif de développer une « approche plus humaine » de la grossesse, de préparer la naissance dans une dimension de « projet de naissance » en intégrant la notion de « devenir des parents » (5, 6). Cet entretien doit participer à donner une vision moins médicale de la grossesse et de l'accouchement.

### Les contraintes professionnelles

Les professionnels de la périnatalité voient leur charge de travail augmenter par la chute de la démographie médicale (*numerus clausus* et répartition sur le territoire) et la crise des vocations, en particulier dans les domaines de l'obstétrique, l'anesthésie, la chirurgie et la pédiatrie. À cela vient s'ajouter le changement de statut du « professionnel notable » en « technicien de santé ».

Cette désacralisation de la profession, associée à une demande de « résultat parfait » de la part des familles, a eu pour conséquence une gestion du risque médical basée sur la responsabilité professionnelle. Multiplication des procès et augmentation importante des primes d'assurance professionnelle ont été des conséquences directes de ce nouveau comportement sociétal.

Les conditions de travail des professionnels de la périnatalité, souvent difficiles, accroissent encore leur manque de disponibilité pour développer la dimension éducative de leur métier. La crainte du juridique contribue à un renforcement de la part de l'expertise et du technique aux dépens de la dimension relationnelle. Dans le même temps, les

attentes de certains parents sont devenues extrêmement fortes, en particulier dans la demande d'un soutien différent de celui d'un acte purement technique visant à soigner. Par exemple, en cas de sortie précoce après la naissance, les professionnels de la périnatalité ont parfois des difficultés à accompagner les jeunes mères qui pourraient en avoir besoin. Les temps d'hospitalisation diminuent : ils sont passés pour les accouchements « normaux » de six/huit jours à trois/cinq jours. Des systèmes de relais – assurés par les professionnels pendant cette période du post-partum immédiat – ne sont pas toujours assurés et en place. De plus, les familles qui jouaient un rôle prépondérant à cette occasion sont aujourd'hui souvent absentes ou éloignées.

### Les demandes émergentes

Par exemple, pour un certain nombre de femmes qui souhaitent accoucher dans un contexte moins médicalisé, le projet des Maisons de naissance, tel que prévu dans le Plan périnatalité, pourrait répondre à certaines de ces attentes (6). En effet, les Maisons de naissance se

définissent comme des lieux d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. Elles permettent aux femmes qui le souhaitent d'accoucher dans un environnement moins médicalisé. L'équipement médical d'une Maison de naissance est celui autorisé aux sages-femmes, l'anesthésie péridurale, par exemple, n'y serait pas possible. On y pratique un accompagnement global : chaque femme enceinte a une sage-femme référente qui la suit pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'après-naissance. Elles sont à ce jour inexistantes en France (*cf. article de Béatrice Jacques p. 20 à 22*). C'est peut-être un nouveau mode de fonctionnement qui se profile, avec la disparition du secteur libéral et la construction d'un suivi de grossesse centré sur un seul individu référent, s'appuyant sur une équipe constituée d'une pluralité de professionnels.

D'autres exemples illustrent ces demandes d'une maternité moins médicalisée et de recherche d'un accouche-

## Périnatalité... Parentalité : de quoi parle-t-on ?

La période périnatale a été définie initialement par l'OMS d'un point de vue épidémiologique, notamment pour permettre des comparaisons internationales en terme de mortalité. Il s'agit de la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Aujourd'hui, le terme de périnatalité – littéralement « autour de la naissance » – couvre la période « avant, pendant et après la naissance » dans une acception plus large que la définition épidémiologique. Le plan périnatalité 2005-2007 conduit une réflexion sur tous « les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ». Le terme « après la naissance » peut aller, pour certains, jusqu'à un an, pour d'autres jusqu'à 3 ans.

Quant au terme parentalité, la psychanalyste Geneviève Delaisi de Parseval en donne les définitions suivantes : « La parentalité est devenue un mot très à la mode depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle sans que soit interrogée la substance qu'il recouvre. Ce terme, encore inconnu du dictionnaire, est utilisé avec des significations diverses :

- dans le champ de l'action politique et sociale vers les familles (« aides matérielles et financières à la parentalité »). Parentalité est là un équivalent du mot famille ;
- dans le domaine législatif, le terme de coparentalité a été utilisé dans le rapport de loi sur l'autorité parentale dans le sens d'un partage juridique de son exercice ;
- dans le champ sociologique, il décrit plutôt les nouvelles formes de conjugalités et de vies familiales. C'est donc plutôt au sens de structures familiales qu'il faut alors l'entendre. On parle désormais de famille monoparentale, de famille homoparentale et même de famille pluri-parentale dans le cas des familles recomposées. Il peut aussi désigner un mode de filiation (parentalité adoptive, etc.) ou la situation des parents à l'arrivée d'un enfant (parentalité tardive)... ;
- dans le domaine éducatif, le terme de parentalité résume les pratiques éducatives dans l'éducation des enfants, avec un souci de prévention de la maltraitance et de promotion d'une bien-traitance. Le paradoxe est que ces différents volets s'imposent à tout adulte chargé d'enfant sans qu'aucun lien de famille ne soit nécessaire pour les rendre souhaitables envers l'enfant ;
- dans les champs psychiatriques et psychologiques où il désigne plutôt les aspects psychologiques du fait d'être parent et de ses défaillances pathologiques. »

ment « plus naturel » : accouchements dans l'eau, sans épisiotomie, retour et recherche des savoirs des matrones au travers de l'émergence d'un nouveau mode de soutien par les doulas<sup>3</sup>, implication des parents dans les soins effectués dans les services spécialisés de néonatalogie, participations parentales aux actes thérapeutiques, etc.

Dans le même temps, ces demandes peuvent être considérées comme paradoxales car le rejet de la médicalisation et de sa vision sécuritaire va de pair avec la montée du juridique et l'exigence de plus en plus forte de la non-acceptation de l'accident, qui reste bien sûr insupportable. Il est vrai que, s'il est devenu plus rare, il est d'autant plus hypertrophié et médiatisé. Le risque est rejeté pour une vision idéalisée. Comment prendre en compte cette contradiction dans ce contexte ?

Il semblerait aussi que nous entrons dans une période de transition liée à la sollicitation des familles, qui, pour mieux jouer leur nouvelle parentalité, deviennent demandeuses, avant, pendant et après la grossesse, d'une dimension éducative et informative de la part des professionnels.

Dans les pratiques éducatives l'évolution est moins marquée, même si l'on observe des changements profonds. L'échange entre professionnels et parents s'est modifié. Les parents, de plus en plus demandeurs de nouveaux modes d'accompagnement, recherchent en particulier des informations concrètes hors de leurs interlocuteurs « habituels ».

## Et l'enfant ?

Il est lui aussi de plus en plus pris en compte comme un « petit homme » et non comme une ébauche d'homme non finalisé. En cas de prématurité par exemple, la douleur qu'il peut ressentir lors des soins est maintenant prise en considération. La place du pédopsychiatre, qui travaille en relation étroite avec les parents et les familles, est de plus en plus reconnue. Son rôle dans les questions d'éducation et de parentalité s'accroît. C'est souvent celui vers qui se tourner quand surgissent des difficultés, même avant la naissance. Les réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents se mettent en place. Ils se veulent un lieu-ressource

qui regroupe des actions menées par des associations, des collectifs. Ils ont pour objectifs de soutenir l'exercice de la parentalité, d'être un lieu dynamique d'échanges et de mutualisation des expériences et des pratiques (7).

## Recentrage des rôles au profit des parents

En France, après une période de « médicalisation » majeure, on assiste à un recentrage des rôles où celui confié aux parents dans les soins est croissant. Cette nouvelle interculturalité fait que les parents deviennent acteurs dans le système de soins et de santé en périnatalité. Ils se trouvent ainsi à l'intersection de différents modes de pratiques professionnelles, auxquels ils apportent une demande et un regard nouveaux et enrichissants.

Dans ce dossier, nous vous proposons d'examiner :

- les contraintes et les modalités du « vivre ensemble » de ces deux « cultures » ;
- l'interaction entre « culture » des professionnels (soignants, éducatifs, etc.) et « culture » profane des parents, famille... ;
- comment ces cultures cohabitent et se modifient réciproquement ;
- comment les professionnels prennent en compte la « culture » profane des familles et inversement.

Chaque expert apportant son analyse, son point de vue sur ce sujet riche, dense mais aussi complexe de la parentalité dans la périnatalité, le débat reste donc largement ouvert.

**Nathalie Houzelle**

Chargée de mission, INPES.

**Catherine Cecchi**

Cadre supérieur de santé,  
groupe d'étude en néonatalogie  
du Languedoc-Roussillon, Montpellier,  
vice-présidente de la Société française  
de santé publique.

**Emmanuel Ricard**

Médecin de santé publique,  
délégué général de la Société française de  
santé publique, Nancy.

1. Les maternités de type I disposent d'une unité d'obstétrique qui prend en charge les grossesses normales. Une présence pédiatrique permet l'examen du nouveau-né et sa prise en charge dans un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité. Les maternités de type II disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie qui prend en

charge les nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée. Certaines disposent en plus de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes.

2. Les maternités de type III disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. Elles prennent en charge les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves.

3. Le suivi d'une grossesse normale ou à risque faible est assuré par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue médical, au choix de la patiente. Par contre toute détection d'une situation de risque nécessitera l'avis d'un obstétricien. Celui-ci suivra les grossesses à risque élevé. Une régression constatée du risque peut amener un retour au suivi par l'un des professionnels initiaux (voir les recommandations de la Haute Autorité de santé (4)).

4. Le mot doula vient du grec ancien et désignait l'esclave des femmes ou « la femme aidant une autre femme ». Il désigne une femme qui a pour vocation d'aider une autre femme et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à son expérience et à sa formation. Elle incarne la figure féminine qui se tenait autrefois auprès de la femme qui met au monde son bébé, aux côtés de la sage-femme.

## ► Références bibliographiques

- (1) Gelis J. *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris : Fayard, 1988 : 560 p.
- (2) Anaes. *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile – Recommandations pour la pratique clinique*. Service des recommandations professionnelles, service évaluation économique, mai 2004 : 145 p.
- (3) Akrich M., Pasveer B. *Comment la naissance vient aux femmes – les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Paris : Éditions Mire, coll. Les empêchements de penser en rond, 1996 : 194 p.
- (4) Haute Autorité de santé. *Recommandations professionnelles, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, recommandations, mai 2007 : 39 p. [http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_547976](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_547976)
- (5) Hermange M.-T. *Périnatalité et parentalité*. Rapport remis le 25 février 2006 à Philippe Bas. Paris : La Documentation française, 2006 : 45 p.
- (6) *Le plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris, 10 novembre 2004.
- (7) Bastard B., Cardia-Vonèche L. Comment la parentalité vint à l'État, retour sur l'expérience des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. In : *Acteurs locaux et décentralisation, Processus à l'œuvre dans les domaines social et sanitaire*. Revue française des affaires sociales 2004 ; n° 4 : 155-72.

# De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ?

**Et si l'on octroyait à nouveau aux sages-femmes un rôle majeur lors de l'accouchement ? La sociologue Béatrice Jacques fait le point sur ce débat sociétal. Une partie en effet des professionnels et des familles préconisent une humanisation de l'acte de naissance : moins d'actes médicaux et davantage d'écoute. Pour eux, le point haut de la médicalisation semble avoir été atteint. Retour sur plusieurs siècles d'histoire de l'obstétrique, marquée par le bouleversement des conditions de naissance.**

Réfléchir à la médicalisation de la naissance, c'est chercher à comprendre comment la science s'est progressivement emparée de la mise au monde. Il faut pour cela rapidement reconstruire une histoire de la naissance. Elle est principalement marquée par deux grandes mutations : des découvertes scientifiques qui permettent des progrès biomédicaux considérables en matière de mortalité maternelle et infantile, mais aussi et surtout un bouleversement des acteurs présents lors de l'accouchement. Ces grands changements sociaux vont largement favoriser l'entrée du médecin dans le phénomène de la naissance, puis l'entrée des femmes à l'hôpital. En 1950, 45 % des accouchements ont encore lieu à domicile, il n'y en a plus que 13 % dix ans plus tard. Au même moment, les premières critiques sont émises contre la médicalisation de la

maternité. Les féministes en tête, souvent historiennes ou sociologues, dénoncent la iatrogénicité induite par les techniques médicales ; ou encore la psychologie insiste particulièrement sur le manque d'humanité de la part du personnel à l'égard du nourrisson. Cette histoire plus ancienne ou contemporaine doit nous permettre de comprendre les enjeux sous-jacents à la prise en charge médicalisée de la grossesse et de l'accouchement d'aujourd'hui.

## Une histoire de la maternité est-elle possible ?

La question est posée par les historiens. Moralistes, hommes d'Église, médecins, philosophes, à toutes les périodes de l'histoire (*voir encadré ci-dessous*), ont eu pour sujet la femme, précisément dans sa fonction de reproduction.

Du XVI<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle, l'histoire de la naissance connaît les mutations les plus importantes. Cette époque est particulièrement favorable au développement de la science médicale. Celle-ci connaît un temps de progression rapide, qui a un effet concret sur la baisse du taux de mortalité maternelle. L'État décide, au même moment, d'accentuer le rôle de la sage-femme, de mieux la former et de renforcer l'obligation de l'appel au médecin en cas de difficultés. L'intervention de l'homme médecin lors des accouchements est dès lors de plus en plus fréquente. Il pénètre progressivement le domicile, la chambre, autrefois réservés aux femmes du village et à la matrone. C'est ainsi qu'entre le XVI<sup>e</sup> et le XVIII<sup>e</sup> siècles, on assiste lentement au passage de la matrone/sage-femme à l'accoucheur. Notons que jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les régions rurales résistent au mouvement de médicalisation des couches. La matrone reste longtemps le personnage principal de la « mise au monde » dans les campagnes.

De plus en plus présente auprès des femmes, la médecine va dès lors chercher à étendre ses compétences à la prise en charge du nouveau-né. C'est la naissance de la puériculture, qui connaît sa consécration en 1942, avec la création de la Protection maternelle et infantile (PMI). Comme l'accouchement, qui devient de plus en plus le monopole de l'hôpital, le fait d'élever un enfant doit être soumis à des règles scientifiques. Dans le milieu médical se développe de plus en plus l'idée qu'une

## La maternité, vue au fil des siècles

Même si l'époque antique se caractérise par l'absence du mot maternité, l'image de la mère, de l'enfantement domine. Le récit mythique abonde de représentations de la femme gestante, éducatrice, et témoigne ainsi de la place de la fonction maternelle dans la société gréco-romaine. Les médecins et les philosophes s'intéressent également beaucoup à la femme et à sa fonction de reproduction. Ils n'ont de cesse de démontrer sa faiblesse, son infériorité et la place mineure qu'elle occupe dans la conception.

Au Moyen Âge, l'Église s'empare totalement de la maternité, pour lui donner une dimension « sociale, spirituelle et non charnelle » (1), incarnée par Marie, qui a accouché sans la souillure du sang. Cette image biblique de la mère est loin de la réalité quotidienne des femmes. Les sources historiques montrent qu'il existe une grande diversité des conditions sociales de la fonction maternelle.

(1) Knibiehler Y. La révolution maternelle depuis 1945. Paris : Fayard, 1997 : p.12.

meilleure surveillance des femmes pendant leur grossesse et qu'une meilleure prise en charge des nourrissons par les mères sont nécessaires. Mais, pour cela, il faut que les mères et les futures mères prennent conscience que leur rôle « *suppose désormais une conscience, une éducation, une culture d'origine savante* » (1). La maternité ne peut plus être laissée au seul « instinct » de mère, il faut désormais apprendre scientifiquement à être une « bonne mère ».

### La fin de l'indépendance des sages-femmes

La baisse significative du nombre d'accouchements à domicile, la concurrence des médecins dans le domaine de la grossesse, l'augmentation du nombre de services d'obstétrique entraînent de fait une vraie crise de la profession de sage-femme amorcée au lendemain des années 1930. Le corps médical cherche alors de plus en plus à délimiter leurs compétences. La fin de l'accouchement à domicile a commencé. Avec la médicalisation, la profession de sage-femme subit une véritable institutionnalisation. L'indépendance qui a longtemps caractérisé le métier de sage-femme disparaît définitivement. Cette histoire dessine le lent mouvement de médicalisation de la maternité. Les passages de la matrone à la sage-femme puis de la sage-femme au médecin sont révélateurs d'un changement progressif dans la représentation de l'enfantement.

À partir de cette histoire, nous pouvons dès lors nous questionner sur notre contexte contemporain (2). Quel est le contexte périnatal aujourd'hui en France ? Quelle est la place de la sage-femme, son rôle a-t-il évolué ? Qu'offrent les différentes structures (publiques/privées) en matière de suivi de grossesse et de méthodes d'accouchement ? Les futurs parents ont-ils des possibilités de choix et de négociation ? L'enjeu principal ici est de comprendre comment – dans la rencontre entre les futurs parents et les professionnels de santé, entre profanes et experts – se construit conjointement une définition sociale de l'enfantement.

### Particularisme français

Pour comprendre la situation française, il faut tout d'abord rappeler que notre médecine s'appuie sur une définition qui lui est spécifique, notamment parmi les pays européens (Europe du

## Maisons de naissance : un accouchement difficile

Les Maisons de naissance – structure autonome dirigée par des sages-femmes – se sont d'abord développées aux États-Unis à la fin des années 1980 puis, une dizaine d'années plus tard, en Europe. On compte aujourd'hui trente-neuf Maisons de naissance en Allemagne, neuf en Suisse, trois en Autriche, deux en Angleterre et une en Italie. Une Maison de naissance se distingue tout d'abord par son lieu (peu de chambres), son personnel (les sages-femmes sont totalement autonomes et responsables de la maison), sa philosophie de la naissance, qui repose entièrement sur la physiologie. Les structures sont toutes rattachées au centre hospitalier le plus proche, avec lequel elles travaillent en étroite collaboration. En France, plusieurs initiatives ont vu le jour, sous l'impulsion de Bernard Kouchner, en 2001, ou encore du Plan périnatalité 2005-2007, qui devait permettre l'expérimentation de Maisons de naissance<sup>1</sup>. Cependant, et c'est ce qui explique les difficultés actuelles, pour ouvrir ce nouveau type de structure, le gouvernement et le corps médical souhaitent que les Maisons de naissance soient attenantes à des plateaux techniques, alors que les sages-femmes veulent des structures indépendantes. Au nom du principe de sécurité, les médecins français ne peuvent accepter que des accouchements se déroulent en dehors du milieu hospitalier. Cet argument cache plus largement la difficulté pour les praticiens d'abandonner la physiologie aux sages-femmes. Si ces Maisons de naissance voyaient le jour, toutes les femmes qui connaissent une grossesse à bas risque pourraient y accoucher. Cette forte activité des sages-femmes leur permettrait d'acquérir une représentativité et un pouvoir qui pourraient venir ébranler la toute puissance médicale et la force du paradigme biomédical. Rappelons que l'histoire a montré qu'il a fallu du temps pour que les femmes acceptent de confier leur ventre au médecin à la place de la matrone. Il est alors difficile aujourd'hui pour eux d'envisager un partage des pouvoirs.

1. Un article du Monde, du 22 juillet 2007, nous apprendait que le projet d'expérimentations de Maisons de naissance est interrompu par l'actuel ministre de la Santé. Sandrine Blanchard, « Le projet des Maisons de naissance est interrompu », *Le Monde*, 22 juillet 2007.

Nord), puisque la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'*a posteriori*. Le risque domine donc la prise en charge médicale et ce, d'autant plus aujourd'hui dans un fort contexte médico-légal. Notons que cette conception de la naissance ne fait pas l'unanimité parmi les professionnels de santé. Certaines sages-femmes notamment, qui ont construit « historiquement » leur métier sur la notion d'accompagnement, de respect de la physiologie, ont des difficultés à se reconnaître dans cette définition très médicalisée et semblent être particulièrement fragilisées par cette idéologie biomédicale.

### L'hôpital, « passage obligé »

Le contexte français s'illustre également par l'imposition d'un lieu pour accoucher : une institution, l'hôpital. Ce « passage obligé » intervient donc directement sur l'expérience de la femme et vient la contraindre, en imposant, par exemple, des protocoles. Entrer dans l'institution hospitalière, c'est d'abord entrer en interaction avec un professionnel, c'est essayer de construire un lien avec lui. Le rapport de confiance – qui va se créer ou non – est déterminant pour l'expérience. Si le rapport au médecin constitue un des pivots essen-

tiels de l'expérience, le rapport à la technique en est un autre. Les techniques sont très présentes dans le suivi de la grossesse et l'accouchement et fonctionnent chez les patientes comme le principal moyen de réassurance (3). Face à la technologie, les femmes sont partagées : d'un côté, elles souhaitent y avoir recours mais, de l'autre, elles ne supportent pas la iatrogénie qui lui est associée. Les techniques (péridurale, césarienne, pose de syntocinon, déclenchement artificiel, rupture artificielle de la poche des eaux, etc.) sont particulièrement présentes lors de l'accouchement, qui reste le temps fort de l'expérience. Chaque patiente semble entrer dans une phase fortement normée, le protocole d'accouchement laissant peu de place aux demandes et à l'initiative personnelle.

### Accoucher autrement

Le mouvement de réflexion sur les risques induits par la technique, né on l'a vu au milieu du siècle dernier, est particulièrement présent aujourd'hui. La mise en cause des progrès médicaux et de leur iatrogénicité, la dénonciation des conséquences de la médicalisation sur l'accompagnement « humain » de la naissance s'inscrivent dans une critique plus générale de la société technolo-

gique occidentale (4). Plusieurs associations d'usagers sont nées à partir des années 2000 dans ce contexte. Leur conception de la naissance, qui repose sur le paradigme de la physiologie, semble incompatible avec le suivi proposé par le système médical. Certains professionnels – plutôt des sages-femmes – et des couples choisissent alors de « fuir » l'institution et d'accoucher à domicile. Même si ces nouveaux acteurs de la périnatalité sont aujourd'hui minoritaires et peu entendus, leur rassemblement en associations de défense a néanmoins pour effet d'ouvrir un débat sur les conséquences de la médicalisation de la naissance et d'envisager des propositions alternatives, comme la création de Maisons de naissance (voir encadré page précédente). D'autres, soumis à l'impératif de sécurité mais conscients d'une trop grande médicalisation, proposent dans leurs services un accompagnement moins technicisé et permettent des modes d'accouchement plus naturels. Plusieurs innovations ont été mises en

place dans certains hôpitaux français. On peut citer, par exemple, l'accouchement ambulatoire, qui permet à l'accouchée de repartir rapidement chez elle, où elle sera suivie par une sage-femme libérale. Certains expérimentent la péridurale ambulatoire, qui laisse la femme libre de se déplacer pendant toute la période de l'effacement du col. D'autres ont ouvert des salles de naissance, sur le modèle du célèbre docteur Odent, à Pithiviers. Il s'agit d'offrir à la femme un lieu d'accouchement qui ressemble le plus à son domicile, où elle peut décider d'accoucher suspendue, accroupie, soutenue par son mari.

Si aujourd'hui la participation des usagers dans le système de soins est un des objectifs majeurs de la politique de santé, les multiples associations gravitant autour de la naissance ont pourtant des difficultés à être reconnues comme partenaire légitime dans les décisions. Cependant l'arrivée, dans le champ de la santé, d'un citoyen de plus en plus éclairé en matière de connaissances

scientifiques, de plus en plus critique sur la relation asymétrique médecin-patient, laisse augurer des changements profonds sur les conditions de la naissance en France.

**Béatrice Jacques**

Maître de conférences,  
département de sociologie,  
université Victor-Segalen-Bordeaux-2,  
Lapsac, Bordeaux.

## ► Références bibliographiques

- (1) Knibielher Y., Fouquet C. *L'histoire des mères du Moyen Âge jusqu'à nos jours*. Lausanne : Éd. Montalba ; 1980 : p. 285.
- (2) Jacques B. *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Le Monde-Puf, coll. Partage du savoir, 2007 : 224 p.
- (3) Voir Jacques B. *op.cit.*, chapitre 3.
- (4) Beck U. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier, 2001 : 251 p.

## Périnatalité sur Internet : une éthique à respecter

Dans les années 1960-1980, le « savoir » était livresque, le « savoir médical » était l'apanage des professionnels ; il était souvent incompréhensible pour les familles, y compris sur les questions de périnatalité. Des auteurs avaient compris qu'il fallait adapter le langage au grand public, ce fut le cas, par exemple, de Laurence Pernoud, qui avait pressenti l'importance de l'information/communication dans le domaine de la périnatalité en publiant son livre *J'attends un enfant*.

Trente ans plus tard, l'information autour de la périnatalité a été vulgarisée en direction du grand public ; les parents, au-delà du savoir livresque, attendent des informations concrètes et compréhensibles. Ils formulent des nouvelles demandes, sont très intéressés par la restitution d'un savoir d'expérience, de partage et de vécu d'usagers. C'est ainsi qu'est née une littérature spécialisée de journaux santé grand public, de livres d'experts. D'autres médias se sont lancés dans l'aventure : émissions radio, reportages télévisés, témoignages, films, etc. Internet est lui aussi devenu un moyen d'information privilégié pour les parents sur la maternité, l'enfant, la périnatalité. L'information y circule librement, elle est accessible à tout moment, elle permet aux usagers de dialoguer entre eux mais également avec les profession-

nels. Les parents recueillent ainsi des informations sur la Toile, dont ils peuvent parler avec les professionnels. Mais l'information sur Internet a un inconvénient de taille : elle n'est pas forcément fiable.

En régions Languedoc-Roussillon, Provence – Alpes – Côte d'Azur et Corse, le Groupe d'étude en néonatalogie (GEN), mandaté par la direction régionale de l'Action sanitaire et sociale et l'union régionale des caisses d'Assurance Maladie, a développé, depuis 2002, un site Internet dédié à la périnatalité (1). Ce double portail professionnel sécurisé et grand public est libre d'accès et s'adresse donc aussi aux parents et familles. Son contenu est rédigé par les professionnels de la périnatalité des régions, qui travaillent en partenariat avec les institutions, les organismes référents tel que les caisses d'allocations familiales et les associations d'usagers. Pour ce faire, une charte a été établie incluant plusieurs critères dont les plus importants sont les suivants :

– l'information mise en ligne sur le site Internet doit être rédigée et validée non seulement par des professionnels mais aussi par des groupes de professionnels ou des organismes référents ; puis elle doit être actualisée régulièrement. Les sources doivent toujours être citées et datées ;

– le site doit répondre à des critères de qualité. Il est indispensable que les rédacteurs du site avec les fonctions qu'ils occupent apparaissent, que les bilans d'activité annuels soient en ligne, que les partenaires et les institutions qui participent à la réalisation du site soient identifiés et nommés. Les liens avec les sites partenaires doivent être actifs. Des procédures de codification de la labellisation des sites Internet dans le domaine de la santé sont en cours, elles sont menées par la Haute Autorité de santé (HAS).

C'est dans le respect de règles d'éthique et de déontologie que l'information diffusée en ligne pourra devenir un outil à part entière pour les professionnels auprès des familles en complétant leur rôle dans la dimension éducative d'apprendre, expliquer, initier, éclairer, guider... et en créant entre eux lien, confiance et interactivité.

**Catherine Cecchi**

Cadre supérieur de santé,  
chef de projet information-communication périnatale  
régions Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-  
Côte d'Azur et Corse, Groupe d'étude  
en néonatalogie Languedoc-Roussillon, Montpellier.

(1) : <http://www.perinat-france.org>

# Entretien prénatal : un tournant dans la relation futures mères/professionnels

**Être écoutée, évoquer ses craintes mais aussi son projet de naissance : mené par une sage-femme ou éventuellement un médecin, l'entretien prénatal précoce (également appelé « entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse ») sert à cela. Recommandé par les experts, il se met en place en France. Durée : quarante-cinq minutes. Les pères sont les bienvenus. L'entretien est la pierre d'angle d'une relation où la femme enceinte trouve sa place face aux professionnels. Une révolution culturelle pour nombre de professionnels de la périnatalité.**

L'évolution de la relation entre le professionnel de santé et la femme enceinte – ainsi que le futur père – s'inscrit dans le cadre de profondes transformations sociétales de la grossesse et de la naissance, de leur prise en charge médicale et de leur prise en compte non médicale comme de leurs représentations. L'apparition de l'entretien prénatal précoce (entretien individuel dit du 1<sup>er</sup> trimestre ou du 4<sup>e</sup> mois, que nous écrirons par la suite Entretien) est en train de produire progressivement une modification prometteuse dans la relation entre les professionnels de santé en périnatalité (sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, mais aussi généralistes engagés dans le suivi de grossesse) et les futurs parents ou mieux les *devenant-parents*.

En cours de mise en place, l'Entretien est destiné au couple ou à la femme, d'une durée de quarante-cinq minutes, réalisé par une sage-femme formée spécifiquement. Il vise à permettre, tôt dans la grossesse, une rencontre dans un climat de confiance entre la sage-femme ou le médecin et l'usagère ou la patiente. Il doit rendre possible pour le couple l'expérience d'une rencontre avec un/une professionnel(le) dans une relation singulière, contenant, empathique, permettant d'aborder dans sa globalité la grossesse avec ses trois dimensions : médicale, sociale, psychique.

Il comporte deux « versants » :  
– un versant d'informations au sein duquel la professionnelle va apporter – au plus près des préoccupations de la femme – des informations sur la gros-

sesse, sur son suivi et sur les différents intervenants (sanitaires mais aussi sociaux) qui peuvent en favoriser le bon déroulement. En fonction du repérage éventuel de fragilités (médicales mais aussi psychiques, voire sociales), lors de la première partie de l'Entretien, un accent plus net sera mis sur certaines informations ;

– un versant d'écoute car, en créant une sensation de sécurité pour la patiente dans cet Entretien, la sage-femme (si elle est, elle-même, dans un confort de travail permis par le développement du « travail en réseau » entre professionnels concernés) va favoriser chez la future mère un « éprouvé » très fréquemment nouveau : se sentir reconnue et respectée par un professionnel de santé en cohérence avec les autres profession-

nels dans sa façon de concevoir l'accompagnement de la grossesse. La femme enceinte et/ou le couple (puisque'il s'agit d'un entretien individuel ou en couple), seront alors en position d'être davantage acteurs de leur parcours de grossesse.

## Une éthique forte à respecter

Cet Entretien fera ainsi place à l'expérience de la valeur de la parole adressée ou échangée avec les professionnels. Les femmes enceintes peuvent, plus tranquillement que lors de trop rapides consultations, exprimer certaines de leurs préoccupations ou difficultés, dont on sait qu'elles ne les évoquent pas toujours spontanément pendant les consultations du suivi de grossesse. On peut donc considérer

que (compte tenu de l'adoption, en mars 2002, de la loi sur le droit des patients en médecine, favorisant un consentement « mutuellement » éclairé), il y a là une opportunité « d'information mutuellement éclairée » qui contribue à une transformation en profondeur de la relation usagère-patient/professionnel médical favorisée par le fait que la grossesse physiologique n'est pas une maladie.

Les femmes qui ont déjà entendu parler de l'Entretien peuvent aussi commencer d'évoquer au-delà de leur projet de grossesse leur « projet de naissance ». Celles qui n'ont pas idée de cette démarche peuvent la découvrir.

Il y a donc, malgré les risques de dérive toujours possibles (Entretien trop superficiel, pas de suivi accru et de travail en réseau après l'Entretien (*voir l'interview de F. Molénat ci-après p. 28 à 30*), grâce à une attention très grande à l'éthique de la transmission des informations recueillies dans cet Entretien, la possibilité de faire évoluer deux « cultures » ou deux systèmes de représentations :

– la « culture » des femmes, qui risqueraient trop souvent de renoncer à construire elles-mêmes leur parcours de grossesse du fait des habitudes et de leurs représentations du système de soins ;

– et la « culture » des professionnels, qui veulent si souvent avoir, en face d'eux, une patiente compliant, et qui imaginent la femme enceinte en individu rationnel au fait de tous les implicites du système de santé.

### La grossesse, tout un parcours

Accepter une femme enceinte actrice est donc déjà une (r)évolution pour les professionnels de la périnatalité. Se positionner en auteur de son parcours de grossesse en est une aussi pour des femmes demandeuses de sécurité et soumises aux routines médicales (parfois iatrogènes).

Mais l'Entretien nécessite une autre (r)évolution pour les professionnels : le « travail en réseau ». La mise en place de l'Entretien, en particulier dans les réseaux locaux de périnatalité : Clamecy, dans la Nièvre (*voir article p. 27*), Orange-Valréas, Novanat dans le Vaucluse, Versailles (Communauté périnatale de l'agglomération versaillaise),

montre que dans cette profonde évolution culturelle qui commence avec l'Entretien prénatal précoce, l'offre de soins pour la femme s'ajuste à sa demande grâce à une meilleure écoute si les professionnels entre eux ont appris à dépasser les clivages traditionnels : ville/hôpital, hôpital/PMI, sage-femme/médecin.

Comme y a insisté le docteur Françoise Molénat dans un récent rapport, il est simplement et profondément gratifiant (ou reconstituteur) pour les femmes enceintes de sentir que ce n'est pas à elles de se plier aux logiques des professionnels mais que, autant que faire se peut, ceux-ci adaptent, dans le respect des règles de l'art, leur exercice à leurs besoins, sur le plan médical comme sur le plan psychique, voire social. On peut espérer que dans un contexte difficile cela puisse aussi l'être pour les professionnels...

S'il est trop tôt pour évaluer les impacts de cette mesure phare du Plan périnatalité (2004-2007), il paraît déjà important de penser que cette évaluation ne devra pas se limiter à une quantification de sa montée en puissance

mais devra tenter de décrire comment, qualitativement, il modifie le positionnement des professionnels (individuellement et collectivement) et il transforme le vécu du suivi de grossesse. Pour cela, la formation des sages-femmes à l'Entretien ne saurait se limiter à une découverte des modalités d'entretien les plus à même de créer de la confiance. Cela suppose, d'une part, un travail régulier et collectivement organisé de groupes de pair(e)s, d'autre part, une (re)valorisation du lien entre professionnels. Nul doute que la mobilisation croissante des associations d'usagères ne favorise ce mouvement fécond.

#### Michel Dugnat

Pédopsychiatre, unité parents-enfant, CHU Sainte-Marguerite, CHU la Conception, Marseille, président de la commission régionale de la naissance Paca.

#### Marina Douzon

Médecin, unité parents-bébé, centre hospitalier de Montfavet, Avignon.

#### Danièle Capgras-Baberon

Sage-femme, formatrice pour l'entretien prénatal précoce, ex-coordinatrice des réseaux périnatalité de Clamecy et du conseil général de la Nièvre.

- Bydlowski M. *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris : Odile Jacob, 2000 : 204 p.
- Capgras D., Dugnat M. *Construire un réseau de périnatalité de proximité, quelle(s) méthode(s) ? L'exemple de Novanat (Haut-Vaucluse/Sud-Drôme)*. Vocation Sage-femme (dossier) 2006 ; n° 42 : 10-6.
- Capgras D., Dugnat M. *Quelques règles de mise en œuvre des principes d'une conduite de projets dans le développement d'un réseau local de périnatalité*. Vocation Sage-femme 2006 (dossier) ; n° 46-47 : 11-6.
- Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
- Circulaire DHOS/1/O3/Cnamts n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
- Le collectif. *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !* Toulouse : Érès, hors coll. Enfance & parentalité, 2006 : 240 p.
- Collectif Ciane. *Des états généraux de la naissance à la plate-forme périnatalité*. Revue Spirale 2007 ; n° 41 : 30-42.

- Collectif Ciane. *Enjeux de la création de maisons de naissance dans le contexte français*. Revue Spirale 2007 ; n° 41 : 61-74.
- Dugnat M., Douzon-Bernal M. *Quelques questions sur les différentes figures des réseaux en périnatalité*. Revue Spirale 2007 ; n° 41 : 97-105.
- Dugnat M., Douzon-Bernal M. *Pas de 0 de conduite pour les femmes enceintes et les fœtus de 3 mois : pour un entretien prénatal « prévenant »*. Revue Spirale 2007 ; n° 41 : 43-60.
- Dugnat M., Gouzvinski F., Douzon-Bernal M. *L'éthique de la transmission des informations*. Revue Sages-femmes formation, (dossier) 2007 ; n° 55 : 7-19.
- Molenat F. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse : Érès, coll. Prévention en maternité, 2001 : 136 p.
- Neyrand G., Dugnat M., Revest G., Trouvé J. N. *Famille et petite enfance. Mutations des savoirs et des pratiques*. Toulouse : Érès, coll. Petite enfance & parentalité, 2006 : 320 p.
- *Le livre blanc de la périnatalité en France*. Revue Spirale, La grande aventure de monsieur bébé, 2007 ; n° 41 : 205 p.

## « J'ai pu parler de ma grossesse devant quelqu'un qui m'écoutait »

**Comment les femmes enceintes vivent le nouvel Entretien prénatal avec une sage-femme ? Voici une synthèse de deux témoignages recueillis par l'équipe du docteur Michel Dugnat. Dans les deux cas, le rôle d'explication et de réassurance de la sage-femme vis-à-vis de la femme enceinte a été essentiel.**

**Jenny, 35 ans, mère de deux enfants, a bénéficié d'un entretien lors de sa deuxième grossesse : « Un coup de pouce qui m'a grandie en tant que femme. »**

« Le bénéfice de cet Entretien a été tellement grand que je trouve important de le faire partager ! Avec mon mari et ma fille, j'ai déménagé en début de grossesse et me suis sentie très isolée, loin de ma famille, de nos amis et des professionnels : je n'avais plus de sage-femme, plus de maternité, et j'ai ressenti le besoin de rencontrer quelqu'un, d'autant que la première grossesse avait été difficile et que ma fille était née à la suite d'une césarienne. Cet isolement

était très désagréable à vivre, très culpabilisant aussi parce que je ne montrais pas l'image d'une femme enceinte épanouie.

Au début, j'ai pensé me rapprocher d'une doula, j'en ai appelé une et lui ai exposé mes difficultés, la rencontre a été chaleureuse. Je me sentais mal, au point de vouloir accoucher à la maison avec une sage-femme, j'avais peur de la maternité et de l'hôpital mais, toujours très désemparée, je n'ai pas donné suite.

C'est à ce moment-là que j'ai rencontré la sage-femme pour l'entretien prénatal précoce, non pas à l'hôpital, mais dans un bureau confortable de la Maison du département : c'est la qualité de son accueil, de son écoute qui m'a permis de me confier. J'ai lâché mon fardeau, dit toutes mes difficultés, raconté que je ne voulais pas revivre une naissance similaire à celle de ma fille, j'avais l'impression que le même scénario allait forcément se reproduire : déclenchement obligé, obligation d'avoir une péridu-

rale, obligation de ceci, de cela, j'en garde un très mauvais souvenir, je ne voulais pas revivre la même expérience. Cet Entretien m'a permis de me rassembler même dans mon corps avec l'enfant que je portais, de remettre de l'ordre dans ma tête, car nous avons concrètement abordé mes interrogations : quel projet de naissance, auprès de qui faire une préparation à la naissance ?... Pendant l'entretien j'ai ri, j'ai pleuré, je me suis vraiment confiée, je n'aurais jamais pensé pouvoir le faire face à un professionnel.

À propos de la préparation à la naissance, la sage-femme a écouté ce que j'avais vécu pour ma première grossesse (c'était une préparation à l'hôpital, classique et impersonnelle, avec des diapositives). Par rapport à mon souhait de naissance à domicile, elle a bien compris que ce n'était pas profondément ancré en moi, c'était plus par défaut que je ne voulais pas retourner à la maternité. Elle a donc pu me rassurer sur les compétences de la structure et de

l'équipe de la maternité. Pour ce faire, et puisque nous n'avions eu qu'un seul Entretien, elle a pris contact avec une professionnelle de la maternité qu'elle connaissait. Je me suis sentie alors bien entourée, mise en confiance par cet entretien prénatal précoce.

En conclusion, le premier Entretien prénatal que j'évoquais plus haut m'a remise sur les rails de ma grossesse. Je me suis sentie très forte en sortant de cette rencontre d'une heure, comme si j'allais pouvoir oser tout ce que je n'avais pas osé pendant la grossesse et l'accouchement de ma première fille, c'est-à-dire évoquer le projet de naissance, évoquer la question de la césarienne. Cet Entretien a été un coup de pouce qui m'a grandie en tant que femme, en tant que mère et ensuite tout s'est bien passé... »

**Céline, 32 ans, a bénéficié d'un Entretien lors de ses deux grossesses : « J'avais très peur de revivre un deuxième accouchement difficile. »**

« Je n'arrivais pas à tomber enceinte et je le vivais très mal, personne pour me rassurer. Je suis allée voir une sage-femme que l'on m'avait recommandée. Elle m'a écoutée et beaucoup réconfortée dans l'attente de cette grossesse qui ne venait pas. Puis je suis tombée enceinte, j'ai couru chez mon gynécologue, qui m'a dit que médicalement tout allait bien, l'entretien a duré cinq minutes, j'avais une foule de questions – qu'allait-il se passer, quelles modifications pour mon corps – il n'a pas eu le temps d'y répondre. Je suis alors allée voir mon médecin traitant, un professionnel très médical qui m'a suivi tout le long de ma grossesse, m'a prescrit des examens, mais avec qui je n'arrivais pas non plus à dialoguer parce que la salle d'attente était pleine, on se sent obligée d'accélérer, on ne peut pas se confier. Donc, j'ai ressorti le numéro de téléphone de la gentille sage-femme qui m'avait écoutée et l'ai rencontrée une seconde fois avec mon mari ; j'étais enceinte de trois mois, c'était pour l'Entretien prénatal. Cela a été le déclic : pendant une heure, j'ai pu parler de ma grossesse devant quelqu'un qui m'écoutait, c'était énorme. Face à ma grossesse, j'exprimais aussi un excès de joie qu'il fallait tempérer parce qu'il y avait un suivi médical à effectuer, des douleurs qui apparaissaient parce que je travaillais. Elle m'a rassurée, nous avons discuté "projet de naissance". En sortant de l'Entretien, je me suis sentie vraiment à la hauteur d'assumer mon rôle de mère et libérée de tout ce fardeau de questions que j'avais en moi.

Ensuite, j'ai continué à être suivie médicalement par mon médecin traitant et en parallèle par cette sage-femme. J'ai avec elle effectué la préparation à l'accouchement, elle m'a aidée à m'orienter vers la maternité qui me convenait le

mieux. J'entrais ainsi dans une grossesse où j'avais quelqu'un avec qui communiquer, qui m'aidait aussi à soulager mon corps par des mouvements, ce qui m'a permis d'aller presque jusqu'au terme. Cela ne s'est pas passé sans difficultés : dans le courant du huitième mois, j'ai été hospitalisée à la suite d'une très forte tension et j'ai donc accouché ; ma petite fille et moi nous en sommes sorties en bonne santé après de grosses frayeurs. Là aussi le rôle de la sage-femme a été déterminant, elle m'a rassurée avant l'hospitalisation alors que j'étais paniquée. Pendant mon hospitalisation, mon mari était à l'extérieur, sans aucune information en provenance du corps médical : il a eu la chance de parler en pleine nuit avec la sage-femme, qui lui a expliqué ce qui se passait, ce qui l'a lui aussi rassuré.

Après tant d'émotions, nous sommes rentrées à la maison et mon médecin traitant m'a prescrit un suivi pour ma tension, pour ma suite de césarienne, et aussi pour que la sage-femme vienne à la maison. Et là, le soulagement a été immense car elle qui avait été à mon écoute pendant neuf mois allait pouvoir comprendre la douleur que j'avais vécue lors de cet accouchement terrible. Elle a été la première personne à qui j'ai pu me confier et livrer toutes mes souffrances. Tout est ensuite rentré dans l'ordre, pour mon bébé et moi.

Deux ans plus tard, je suis à nouveau tombée enceinte et là, très tôt, je suis allée la voir ; mon médecin traitant a également pris les devants pour suivre cette tension qui avait été un problème lors de mon premier accouchement. La sage-femme me connaissait et a donc pu rapidement m'aider à gérer mes angoisses : j'avais très peur de vivre un deuxième accou-

chement aussi difficile que le premier, vu le choc psychologique que j'avais eu.

Donc, j'ai été prise en charge très rapidement et rassurée dès le début de ma deuxième grossesse. Nous avons réfléchi à un projet de naissance car j'avais été très frustrée d'avoir eu une césarienne, de ne pas pouvoir vivre la naissance d'un enfant par voie basse, comme la plupart des femmes. Je voulais mettre un enfant au monde par voie basse. Les médecins que je rencontrais me disaient : "Vous ne vous rendez pas compte", "Cela ne va pas être possible" et je voulais trouver quelqu'un qui entende ma demande. Grâce à nos Entretiens suivis avec la sage-femme, nous avons établi un projet de naissance qui prenne en compte ma demande ! C'était pour moi un désir très profond pour cicatriser une blessure. Nous avons rencontré la responsable du service de maternité dans lequel ce projet était possible. Et c'est ce qui s'est passé : j'ai accouché par voie basse grâce aussi à une sage-femme de l'hôpital qui m'a dit : "Nous allons prendre le temps qu'il faut mais vous accoucherez comme ça, ne vous en faites pas." J'ai ainsi été très surveillée tout le long de ma grossesse et de l'accouchement et j'ai mis au monde une petite fille par voie basse, et cela a vraiment pansé mes plaies.

La deuxième grossesse a été une expérience extraordinaire : j'étais beaucoup plus actrice que pour la première parce que je voulais tellement ne pas avoir à revivre une césarienne que je me suis beaucoup investie sur ce projet de naissance. Mais sans cette sage-femme je n'aurais pas pu trouver les chemins qui me convenaient et je n'aurais pas bénéficié du suivi très rapproché qu'elle a mis en place autour de moi. Il n'y aura jamais de remerciements suffisants pour cette sage-femme ! »

# La Nièvre, département pionnier de l'entretien de grossesse

**Depuis 1994, les professionnels de santé du Haut-Nivernais proposent systématiquement aux femmes enceintes un Entretien au 4<sup>e</sup> mois de grossesse. Cette expérience pionnière a permis de valider le bien-fondé de cet Entretien, désormais étendu à l'ensemble du territoire.**

Le réseau de santé de proximité en périnatalité du Haut-Nivernais, situé à Clamecy, dans la Nièvre, réunit les professionnels hospitaliers, les libéraux, médecins, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens mais aussi les professionnels du secteur social ainsi que les « psys ». Dès sa mise en place, en 1994, il a proposé aux femmes enceintes l'Entretien, intitulé à l'époque « du 4<sup>e</sup> mois », dans un but de prévention attentive à la globalité de la grossesse. S'il a été le premier, il n'est plus le seul...

L'objectif d'un réseau de santé de proximité en périnatalité est l'accompagnement et la prise en charge globale des femmes enceintes, des couples, des enfants en période périnatale par un décloisonnement entre l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Son travail s'articule autour de cet Entretien, qui permet d'activer tous les acteurs des trois champs : sanitaire, psychologique et social (en tant que de besoin).

L'Entretien « nourrit » le réseau et le réseau optimise l'Entretien. Il est le moyen optimum de rendre acteurs les femmes et les couples dans cette aventure de la naissance, de leur permettre de s'approprier (ou de se réapproprier) la grossesse et la naissance de leur enfant ; il leur permet d'être en mesure de négocier avec les professionnels une prise en charge adaptée en fonction des besoins et de leur souhaits. Il nécessite alors des professionnels d'être capables de coopérer au quotidien malgré leur différence de « culture » (entre libéraux et hospitaliers, sages-femmes et médecins, spécialistes et généralistes, professionnels du soin physique (somaticiens) et « psys » pour le soin psychique, etc.).

Dans le réseau de Clamecy, ce précieux Entretien s'est mis en place progressivement avec un succès certain, puisque treize ans après son lancement, 98 % des patientes du secteur du réseau en bénéficient. Cet Entretien non obligatoire, mené par une sage-femme, est proposé par le professionnel qui déclare la grossesse. Cette démarche, après avoir été controversée

(il n'est pas si simple pour certains médecins généralistes ou gynécologues-obstétriciens de proposer un entretien avec une sage-femme !), a constitué un des ciments du réseau : l'entretien une fois qu'il a été éprouvé par les acteurs médicaux et par les usagères a rencontré un franc succès... grâce au bouche à oreille ! Pour cela, il a fallu que les différents professionnels soient réassurés sur leur place dans le suivi de la grossesse, que la sage-femme en charge de l'Entretien développe des qualités déontologiques et que tous comprennent la « philosophie » du travail en réseau et le changement de relation que l'esprit du travail en réseau permet.

Mais ce qui a fait la force de la mise en place de l'Entretien à Clamecy, c'est bien sa proposition systématique rendue possible par le réseau : car, pour y avoir accès, nul besoin d'avoir des problèmes identifiés par un professionnel... Ce temps de rencontre singulière d'une durée suffisamment longue (quarante-cinq minutes au minimum) permettant un échange « contenant » et adapté à la femme, au couple, favorise ainsi une prévention primo-secondaire respectueuse des femmes et de leur intimité.

Les patientes qui se sont approprié cet Entretien, en ressentant le bien-fondé de cette démarche, en ont parlé autour d'elles et ainsi en ont fait la « promotion ». D'ailleurs, les témoignages des patientes et des couples qui ont bénéficié de cet Entretien ainsi que des professionnels qui le proposent ont fait partie des évaluations successives du réseau de santé de proximité en périnatalité de Clamecy. Ces évaluations ont permis de confirmer l'intérêt de l'Entretien pour les patientes, de renforcer l'activité du réseau et de promouvoir la construction de cette organisation novatrice sur d'autres sites en France : réseaux Sud-Nivernais Morvan, Decize (58), Autun (71), Thann (68), Orange-Valréas (Novant) (84), Versailles (Communauté périnatale de l'agglomération versaillaise) (78). Le développement de ces réseaux prouve que l'Entretien et le « travail en réseau » créent une synergie par une double évolution : décloisonnement entre professionnels et appropriation par les usagères de leur parcours de grossesse constituent une spirale vertueuse.

**Danièle Capgras-Baberon,  
Marina Douzon,  
Michel Dugnat.**

Entretien avec Françoise Molénat, responsable de l'unité petite-enfance au service de médecine psychologique pour enfants du CHU de Montpellier. Présidente de la Société française de médecine périnatale et de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (Afrée).

## « Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques ! »

Auteur d'un rapport qui a fait date et servi de base au Plan national périnatalité, la pédopsychiatre Françoise Molénat explique pourquoi et comment les professionnels doivent améliorer leur écoute des parents et des femmes enceintes en particulier, et doivent se mettre véritablement à travailler en réseau. F. Molénat a notamment convaincu les pouvoirs publics d'instaurer un entretien long – quarante-cinq minutes – entre la sage-femme et la femme enceinte vers quatre mois de grossesse. Elle en explique l'intérêt et les difficultés de mise en place.

**S. H. : Pourquoi la sage-femme est elle seule habilitée à mener cet Entretien ?**

L'idée est que l'Entretien soit mené par un professionnel médical de la grossesse et non par un professionnel du psychosocial, psychologue ou assistante sociale. Certains estimaient que cet Entretien devait être conduit par des techniciens de l'entretien (psychologues, par exemple). Nous avons bataillé pour que la sage-femme soit cet interlocuteur à qui la femme enceinte va confier sa parole, parce que la sage-femme est dans la proximité avec la femme enceinte. La sage-femme va intégrer dans le suivi médical de la grossesse ce registre affectif, subjectif.

**La Santé de l'homme : Votre proposition d'instaurer un Entretien prénatal précoce est reprise dans le Plan périnatalité : quelle est votre réaction ?**

**Françoise Molénat :** L'idée d'instaurer un Entretien prénatal précoce (EPP) n'est pas nouvelle – on en parle depuis dix ans. Je l'ai réinstaurée dans mon rapport et elle a effectivement été reprise dans le Plan périnatalité. Avec l'EPP, on place désormais la sécurité émotionnelle des femmes enceintes au même niveau que la sécurité somatique, au centre de la préoccupation obstétrique.

**S. H. : Quel est l'intérêt de l'Entretien prénatal précoce pour les femmes enceintes ?**

Que les femmes prennent la parole, qu'elles s'expriment auprès d'un professionnel de la grossesse car mettre au monde un enfant n'est pas une maladie ou un événement simplement physiologique, c'est un événement émotionnel, affectif, symbolique.

Or, notre culture médicale fondée sur le dualisme a mis de côté, pendant quelques décennies, les émotions et le ressenti de la femme enceinte.

Si des médecins généralistes sont intéressés pour mener l'EPP – ils sont également bien placés pour le faire –, ils peuvent s'organiser pour demander la nomenclature qui reconnaîtra cette prise en charge, comme ils l'ont fait pour le suivi de prématurés. Certains gynécologues-obstétriciens également, mais l'expérience montre qu'un temps d'écoute organisé en ce sens permet une autre expression que la consultation médicale classique.

L'EPP est un outil peut-être transitoire pour changer l'état d'esprit, et l'on peut espérer que l'intégration des facteurs

émotionnels sera la préoccupation de tous les acteurs de santé.

**S. H. : *Qu'est-ce que va déclencher chez la femme enceinte un « bon Entretien » prénatal ?***

Le fait qu'une femme enceinte parle de ce qu'elle ressent à un professionnel dont le métier est le soin, le soin du corps, est l'occasion d'une nouvelle expérience de relation qui peut permettre à la femme de se consolider dans sa future relation avec son enfant. La future mère – mais aussi le père, dans tous les cas l'EPP est destiné aux deux –, donc les parents vont découvrir qu'ils peuvent s'exprimer face à un professionnel de la grossesse qui a du temps (quarante-cinq minutes) pour écouter ce qu'ils ont à dire, concernant la grossesse bien sûr mais aussi l'enfant à venir, leur devenir de parents. Ils vont éprouver que parler, cela fait du bien : dans les enquêtes que nous avons menées auprès des femmes enceintes, après EPP, ces dernières disent leur stupéfaction de constater qu'un professionnel médical prenne du temps pour les écouter ! (NDLR : voir les témoignages présentés en pages 25-26).

En écoutant la femme enceinte, le professionnel donne de la valeur à ce qu'elle dit. Pour les parents ou les femmes enceintes vulnérables parce qu'elles ont une mauvaise image d'elles-mêmes, peur de ne pas être compétentes, éprouver la qualité de cette écoute est fondamental en termes de narcissisme, de sécurité de base. En particulier pour certaines femmes qui n'ont pas eu l'occasion – dans leur vie adulte ou d'enfant – de faire l'expérience que ce qu'elles disaient avait de la valeur.

**S. H. : *L'Entretien peut réellement provoquer une meilleure prise en charge ?***

Absolument. La femme enceinte ou les parents vont constater – dans le cas où cela fonctionne bien – que le professionnel qui les écoute va prendre en compte ce qu'ils disent et que cela va modifier le système de suivi et de soins. La femme sent qu'à partir de ce qu'elle a dit, le système et l'environnement s'adaptent, que le travail en réseau des professionnels va provoquer un ajustement du suivi, et donc la prise en compte de la parole. Les parents vont

constater que cela bouge autour d'eux, ce qui signifie qu'ils ont une relative maîtrise sur ce qui se passe, tout cela à partir d'une première relation de confiance. C'est fondamental car l'un des grands problèmes que l'on va retrouver dans un certain nombre de troubles de l'enfant et de dépressions d'après-accouchement (*post-partum*) vient de là : les mamans n'ont pas confiance en elles, elles n'ont jamais osé dire les choses, sont restées passives, elles ont peur de ne pas savoir, et à partir de là elles culpabilisent et se dévalorisent. C'est un processus fréquent de mise en route de dépressions *post-partum* ou de troubles de l'attachement sur fond d'anxiété. S'exprimer, constater que sa parole est prise en compte par les professionnels, qui adaptent leur fonctionnement, est une expérience fondamentale qui leur a peut-être manqué dans leur propre développement d'enfant, c'est l'expérience d'avoir une relative maîtrise sur l'environnement.

Et, à leur tour, elles vont pouvoir en tirer bénéfique et permettre à leur bébé – quand il enverra des signaux – de recevoir une réponse adéquate et d'éprouver que l'environnement humain s'ajuste à ses besoins, sans déclenchement de stress, sans mise en place de stratégies défensives. Progressivement, elles vont entendre, s'adapter, s'ajuster. L'enfant pourra ainsi construire sa sécurité de base, recevoir de l'environnement des réponses ajustées à ses appels, sortir de son état d'impuissance – cette fameuse dépendance qu'éprouve le bébé –, l'enfant va découvrir qu'il acquiert lui aussi une maîtrise sur l'environnement. On connaît de mieux en mieux les enjeux de cet ajustement quant au développement cérébral et aux prémisses de la pensée.

Tout ce processus d'écoute ne peut pas être mis en place lors d'une simple consultation médicale ; l'EPP est la première étape dans la construction/reconstruction de ce sentiment de sécurité, à condition qu'il permette aux autres professionnels de travailler eux aussi dans une meilleure sécurité. Si ce n'est pas le cas, une mère vulnérable risque, comme nos consultations ultérieures le démontrent trop souvent, de se retrouver seule chez elle après avoir quitté la maternité sans le soutien d'un réseau de professionnels, ou simple-

ment sans avoir pu mettre en mots des malaises en période périnatale qui restent là comme un abcès.

Dans cet esprit, l'EPP peut être un outil d'une efficacité considérable pour l'avenir de l'enfant et de sa famille, sans parler des autres gains que l'on peut en attendre. La possibilité offerte d'anticiper les moments clés (accouchement, transfert, sortie) afin d'éviter la survenue de stress parental et ses conséquences n'a pas fini de démontrer ses effets remarquables.

**S. H. : *Où en est-on dans la mise en place de l'Entretien prénatal précoce ?***

L'EPP se met en place doucement, de manière irrégulière, avec des professionnels convaincus et d'autres très réticents. Il y a des obstacles, culturels, corporatistes, financiers. D'une manière générale, le corps médical est réticent : crainte de perdre de la clientèle, crainte d'un regard extérieur sur leur pratique, crainte de voir faire par des sages-femmes ce qu'ils n'auraient pas su ou pu faire eux-mêmes. Toutes ces craintes sont respectables, il s'agit d'un changement considérable de culture. Travailler en réseau n'est pas si simple (je parle de l'esprit de réseau et non des dispositifs) : certains professionnels craignent le regard des autres sur leur pratique, ils y voient un danger, souvent par manque de confiance, peut-être perte d'un certain pouvoir. Il faudra du temps pour que les esprits bougent !

D'un autre côté, ce n'est pas plus mal que l'EPP se mette en place doucement, et non de manière figée et autoritaire. Il faut être très clair : l'Entretien n'est pas obligatoire et il ne porte surtout pas sur le psychosocial, c'est un entretien médical ! Je crois que les médecins sont peu à peu en train de le comprendre. Faire entendre auprès des professionnels le bien-fondé de la prise en compte des émotions du patient est très long à faire passer dans la pratique. Et les professionnels doivent être soutenus dans ce travail : pour ce faire, il faut améliorer la collaboration entre ces professionnels du médical et les psychiatres/psychologues – je suis moi-même pédopsychiatre – et nous devons, également dans notre propre discipline, faire évoluer notre culture, modifier nos points de repère, mieux respecter la place des



soignants de l'obstétrique et de la pédiatrie, nous intéresser à leur place technique et relationnelle avec les patients. Nous devons être plus proches et disponibles. À ce prix, on constate la mise en œuvre de trésors d'humanité et de créativité chez nombre de soignants.

**S. H. : *Y a-t-il des cas où l'Entretien prénatal précoce ne permet pas un meilleur suivi de la femme enceinte ?***

Ce n'est effectivement pas tout de mettre en place l'EPP, il faut ensuite que cela provoque un changement des pratiques des professionnels avec un meilleur suivi et un travail en réseau. Or, je vois des parents en consultation qui ne vont pas bien et ont pourtant eu un EPP, qui n'a rien changé à leur situation : la sage-femme les a écoutés, ils ont tout dit mais cela n'a pas modifié le système en aval, parce que les professionnels n'ont pas acquis les modalités du « penser ensemble » : se relier pour offrir de la cohérence – particulièrement dans les cas les plus « à risque » qui entraînent de multiples interventions, médicales, sociales, psychiatriques.

**S. H. : *L'hôpital a-t-il les moyens de mettre en place l'Entretien prénatal précoce ?***

Si les EPP ne se mettent pas en place, ce n'est pas par manque de moyens matériels et financiers mais par manque d'assouplissement dans la mise à disposition de toutes les ressources sur un bassin de naissance. Si l'hôpital n'a pas le personnel, des sages-femmes libérales et de PMI peuvent le faire, à condition de se coordonner étroitement avec

celui qui suit la grossesse, si cette coordination s'avère nécessaire. Il faut raisonner à plus long terme : l'objectif de l'EPP est d'améliorer le déroulement de la grossesse par la prise en compte du vécu parental, des besoins des parents ; le recueil des facteurs de stress va induire une meilleure compliance aux soins et confiance dans le système, une diminution des complications obstétricales. On sait désormais que, biologiquement, le stress de la femme a des effets sur l'hypertension, la prématurité, la vascularisation. La communication sera aussi meilleure avec les parents en difficulté. Le fait que les parents aient confiance parce qu'ils ont été entendus implique que tout se passe mieux après. Nous retrouverons un gain après coup, mais, tant que les médecins ne l'auront pas éprouvé, certains resteront dubitatifs devant le fait d'ouvrir la boîte de Pandore sans avoir encore acquis de nouvelles règles et de nouveaux moyens de traiter ce qui vient.

**S. H. : *Comment former les sages-femmes ?***

Certaines sages-femmes ne sont pas préparées à ce type d'entretien ainsi qu'au suivi après l'EPP : organiser le travail en réseau avec les autres professionnels, oser téléphoner au médecin, transmettre ce qui va être utile à l'autre, c'est toute une culture à acquérir. Tout le monde semble d'accord mais, si vous analysez une prise en charge de famille vulnérable, vous découvrez – comme je viens de le faire au Québec – que des suivis parallèles se mettent en place sans communication entre le médical et le psychosocial, sans qu'on ait pris

conscience de l'effet que produisait chez une femme enceinte le fait d'être ainsi coupée en deux. Je parle du Québec, classiquement reconnu comme le « pays du réseau », et j'ai été heureuse qu'ils me demandent une formation interdisciplinaire, c'est-à-dire rassemblant tous les professionnels concernés, qui appartiennent à des champs encore très cloisonnés.

Pour en revenir à la formation, la direction générale de la Santé nous a demandé un référentiel de « formation en réseau », pédagogie fondée sur la clinique et l'interdisciplinarité, utilisée un peu partout et en voie de validation. Lors d'une formation, les professionnels racontent – étape par étape et chacun de sa place – comment ils ont travaillé ; ils le font devant un groupe pluridisciplinaire invité à élaborer des hypothèses, à anticiper, à mesurer les écarts d'un professionnel à l'autre en fonction de la place, du moment, de la discipline. Pour la formation à l'EPP, il a fallu effectuer un virage significatif : transmettre aux sages-femmes que ce sont les femmes enceintes, en s'exprimant, qui vont aider les professionnels à mieux travailler, et ainsi éviter les décalages, les malentendus, les ruptures de confiance que nous retrouvons dans nos consultations ultérieures. C'est aussi d'expliquer aux couples comment est organisé le système de soins, qui ne peut être efficace que s'il s'adapte aux besoins spécifiques de chaque famille, au-delà des repères techniques qui gardent évi- demment leur légitimité.

Lors de formations interdisciplinaires, des psychiatres ou psychologues ont été interloqués par le fait que, face à un tableau de grande souffrance psychique, nous proposons d'abord, en accord avec le praticien de la grossesse, un suivi de proximité par une sage-femme, ou que nous insistions sur l'intérêt d'activer dès l'EPP la place du médecin généraliste quand il existe afin de resserrer l'environnement professionnel, donc humain, et anticiper ensemble les moments de vulnérabilité potentielle.

Ce travail interdisciplinaire bouscule nos représentations, il est la pierre d'angle du changement. En une phrase : écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques !

Propos recueillis par Yves Géry

# Prématurés : à Brest et à Montpellier, les parents acteurs des soins

**Plusieurs hôpitaux en France – dont Montpellier et Brest – ont mis en place Nidcap, une prise en charge innovante des grands prématurés qui associe les parents dans les soins et les décisions. Les parents ont droit d'accès au service, l'observation du nouveau-né et les soins sont prodigués en commun. Une révolution culturelle pour les professionnels, qui sont formés spécifiquement à cette fin. Ce programme diminuerait considérablement le stress du nouveau-né et améliorerait son état physique et psychique.**

La néonatalogie est une spécialité relativement récente, qui a pour mission de prendre en charge les nouveau-nés malades, notamment les enfants nés prématurément. La fréquence et la gravité des complications liées à la prématurité des nouveau-nés ont été grandement réduites par la régionalisation des soins périnataux, la généralisation de la corticothérapie anténatale (qui induit une maturation du fœtus) et du surfactant (qui permet de compenser l'insuffisance de sécrétion du surfactant endogène due à l'immaturité pulmonaire). Cependant une réduction parallèle des handicaps neuro-comportementaux liés à la prématurité n'a pas été observée, réel problème de santé publique en raison du nombre accru d'enfants survivants (1).

En raison de la nécessité de soins techniques, ces nouveau-nés sont hospitalisés pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois en unité de soins intensifs néonataux avant le retour à domicile. Durant cette hospitalisation, les enfants sont exposés à un stress important lié au bruit, à la lumière, à la douleur, à des positions non naturelles, à des manipulations fréquentes et à des stimulations répétées. Ces événements stressants, survenant chez des enfants au cerveau immature, pourraient accroître la morbidité néonatale et avoir des conséquences à long terme au niveau du développement cognitif et relationnel.

De plus, cette hospitalisation entraîne une séparation mère-enfant à une période de grande vulnérabilité et de grande souffrance des parents. Cette

séparation pourrait elle-même être néfaste sur l'établissement de l'attachement et avoir un impact significatif sur la relation parents-enfant bien au-delà de la période d'hospitalisation. La plupart des unités de soins intensifs néonataux sont actuellement largement ouvertes aux parents sans limitation des « heures de visites ». Cependant le rôle réel des parents, les conditions d'accès des frères ou des grands-parents restent très variables d'une unité à l'autre sans que les raisons d'une politique restrictive – en général basée sur une protection par rapport aux risques infectieux – n'aient été parfaitement démontrés.

Enfin, les personnels travaillant dans ces unités tendent actuellement vers une plus grande spécialisation. Les jeunes médecins sont le plus souvent titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de réanimation néonatale qui les éloigne de la pratique de pédiatrie générale. Leurs compétences techniques incluent la maîtrise de la nutrition artificielle, de l'hémodynamique, de l'imagerie cérébrale, etc.

La naissance prématurée va donc être à l'origine d'une rencontre non préparée entre des parents fragilisés, un nouveau-né à l'aspect et au comportement déroutant et des professionnels hautement spécialisés. Certaines stratégies récemment mises en œuvre tendent à développer un regard commun entre parents et soignants de façon à instaurer un partenariat réel : les soins de développement et les soins centrés sur la famille.

## Soins de développement, soins centrés sur la famille

Les « soins de développement » sont l'ensemble des stratégies visant à diminuer le stress de l'enfant né avant terme grâce à des interventions environnementales (réduction du niveau sonore et lumineux, posture en flexion, etc.) et comportementales (respect des phases de sommeil, succion non nutritive, peau à peau, etc.). L'impact positif de plusieurs de ces interventions sur le comportement du nouveau-né, voire sur la durée de séjour, a été démontré. Malgré ces données issues de la recherche clinique, l'utilisation de ces stratégies est très variable d'un pays à l'autre, selon un gradient nord-sud évident, les pays scandinaves étant les plus avancés dans ce domaine (2).

Les « soins centrés sur la famille » peuvent être définis comme « des soins répondant en toute sécurité aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de la famille ». Cette nouvelle organisation est basée sur la compréhension des besoins individuels des familles, l'acceptation de l'importance de la relation entre les soignants et les parents et le développement de la cohérence entre professionnels afin d'assurer la continuité des soins. Un programme de soins réellement centrés sur la famille obéit aux principes suivants :

- il met en valeur la collaboration plutôt que le contrôle ;
- il se focalise sur les points forts et les ressources potentielles de la famille plutôt que sur ses déficiences ;
- il reconnaît l'expertise des familles

comme celle des soignants ;  
– il encourage l'autonomie des familles plutôt que la dépendance ;  
– il développe l'information partagée entre les patients, les familles et les soignants plutôt que l'information sélectionnée par les professionnels ;  
– il encourage la flexibilité et l'adaptation plutôt que la rigidité des protocoles.

### Travail conjoint soignant/parents

Le programme Nidcap (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), (voir aussi l'article page suivante) est opérationnel à Brest et à Montpellier, mais aussi à Valenciennes et à Toulouse. Par ailleurs, plusieurs centres – à Strasbourg, Caen et Saint-Denis de la Réunion – sont prêts à démarrer la formation pour sa mise en œuvre.

Nidcap se propose d'implanter et d'utiliser les soins de développement de façon individualisée et dans une perspective familiale. L'outil de base est l'observation rationnelle du comportement du nouveau-né pendant les soins, observation conjointe d'un soignant et des parents. Cette observation permet de définir un programme de soins spécifique de l'enfant, afin d'obtenir le meilleur équilibre des fonctions végétatives, motrices, du cycle veille-sommeil et de l'interaction avec l'environnement. Cette stratégie est mise en place de la naissance de l'enfant à son retour à domicile.

Cette démarche facilite le contact entre les parents et l'enfant (pratique du « peau à peau ») et la mise en place de l'allaitement maternel, dont on connaît les effets bénéfiques à court et à long terme chez les enfants les plus fragiles (prématurité, hypotrophie, etc.). Les parents, plus proches de leur enfant et disposant d'une meilleure connaissance de son comportement, voient leur statut évoluer : de simples « visiteurs », ils deviennent ainsi des « partenaires » et vont donc pouvoir participer à l'organisation des soins et apporter un soutien efficace à leur enfant lors de ces soins.

### Une efficacité éprouvée

L'impact de ce programme paraît bénéfique. Le nouveau-né présente moins de ralentissements du rythme cardiaque (bradycardies), moins d'épisodes de diminution de la saturation en

oxygène du sang et des durées plus longues de sommeil. Certaines équipes ont montré une réduction de la morbidité néonatale, une réduction de la durée d'hospitalisation et une amélioration du développement neurosensoriel à moyen terme (9 mois) chez les enfants prématurés pris en charge selon ces modalités (3). Les effets bénéfiques observés pendant l'hospitalisation persistent après le retour à domicile, puisqu'il est constaté une amélioration des relations parents-enfant, reposant sur une meilleure connaissance de l'enfant par les parents.

L'implantation de ce programme nécessite une formation délivrée par les *Nidcap Training Centers* (centre francophone au CHU de Brest). La formation d'un nombre suffisant de professionnels de santé (environ 10 % de l'effectif d'une unité) est nécessaire afin que ces soins de développement individualisés deviennent un standard au sein de l'unité. La formation a un triple objectif :

- apprentissage de la technique d'observation comportementale ;
- analyse réflexive de la nature relationnelle du soin ;

– réflexion sur les changements structuraux nécessaires à l'implantation du Nidcap.

En effet, le Nidcap implique une intervention des parents dans les soins quotidiens au nouveau-né, voire dans le processus de décision, élément nouveau de la relation entre les parents et les soignants. Cela nécessite que l'équipe soignante médicale et para-médicale accepte véritablement la présence des parents en tant que partenaires de soins et leur donne une place significative dans l'unité. Cela représente souvent une modification significative des pratiques de soins habituelles et nécessite un accompagnement des soignants pour leur permettre une réflexion sur le bénéfice observé pour l'enfant, sur les modalités de guidance parentale et sur l'impact émotionnel potentiel sur les soignants.

Au total, les parents et les soignants doivent apprendre à se connaître afin de mieux se rejoindre pour élaborer des soins de qualité, particulièrement adaptés à chaque enfant. L'observation commune des compétences de l'enfant favorise la vision commune permettant une véritable prise en charge globale et individualisée.

#### Pr Jean-Charles Picaud

Chef du service de néonatalogie, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier.

#### Pr Jacques Sizun

Professeur des universités, praticien hospitalier, Pôle de la femme, de la mère et de l'enfant, centre de formation Nidcap, CHU de Brest.

### ► Références bibliographiques

- (1) *Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge*. Inserm : coll. Expertise collective, 2004 : 376 p.
- (2) Cuttini M., Rebagliato M., Bortoli P., et al. *Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe*. Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed. 1999; 81(2): F84-91.
- (3) Als H., Duffy F.H., McAnulty G.B., et al. *Early experience alters brain function and structure*. Pediatrics 2004; 113(4): 846-57.

# À l'écoute des parents, pour réduire le stress des grands prématurés

**Comment améliorer la qualité de vie des grands prématurés pour qu'ils soient moins stressés et puissent se développer dans les meilleures conditions ? Dans plusieurs hôpitaux de la région Paca et en Corse, des services de néonatalité associent les parents aux soins, favorisent le contact « peau à peau » mère/enfant et permettent aux parents de tisser des liens affectifs.**

En région Provence – Alpes – Côte d'Azur (Paca) et Corse-du-Sud, environ six cents enfants naissent, chaque année, très prématurément (avant trente-trois semaines). Les naissances prématurées sont en forte augmentation depuis dix ans en raison, d'une part, du recours plus fréquent à la procréation médicalement assistée, d'autre part, grâce aux progrès techniques de la prise en charge néonatale permettant la survie d'enfants d'âge gestationnel de plus en plus bas. Face à ces progrès, il est primordial de se préoccuper du développement et de la qualité de vie de ces enfants. En effet, de nombreuses études montrent que les très grands prématurés vont présenter des difficultés du développement et des apprentissages au cours de leur évolution. Nous savons que l'environnement périnatal joue un rôle fondamental dans la « construction » de ces enfants immatures. La prise en charge spécifique pour pallier le raccourcissement de « l'expérience utérine » est une priorité pour les équipes de néonatalogie. Le tonus musculaire du fœtus se développant dans les deux derniers mois de grossesse, cette expérience utérine est le support d'un développement moteur harmonieux.

Le développement posturo-moteur du fœtus dans l'utérus et du prématuré dans la couveuse est très différent. Dans l'utérus, le fœtus est en position fléchie, les mains près du visage, il n'est pas soumis à la pesanteur et peut donc attraper ses mains, sucer son pouce et explorer l'espace devant lui. Dans une couveuse, le bébé est en hyperextension, l'empêchant de découvrir son environnement. Or, le docteur Albert Grenier (*NDLR : spécialiste reconnu de la motricité chez le nouveau-né*) rappelle qu'il faut pré-

server le capital physique de tout nouveau-né afin d'éviter « le facteur additionnel » des séquelles posturales. Il se réfère au nouveau-né à terme qui, à la naissance, doit s'adapter à la pesanteur et utiliser le tonus musculaire acquis en fin de grossesse. Albert Grenier propose alors pour l'enfant prématuré un positionnement des hanches, prémisses du « cocon ». Ce cocon permet de remédier à des inconvénients multiples dus à la grande prématurité : le reflux gastro-œsophagien douloureux pour l'enfant, qui va le gêner dans ses acquisitions et retentir sur son sommeil ; les attitudes inappropriées qui, sur le plan du développement psychomoteur, entravent l'évolution naturelle du corps, qui permet l'acquisition de la tenue de tête, du retournement, de la station assise, du « quatre pattes » et de la station debout. L'investissement de l'espace est altéré et il mettra du temps à acquérir une coordination, une construction du schéma corporel retentissant sur les premiers apprentissages scolaires (lecture, écriture et calcul). Sur le plan relationnel, les yeux fixés au plafond, le bébé a du mal à regarder son entourage et à tisser ainsi des liens affectifs.

## **Le cocon reconstruit la position fœtale**

Une mesure de prévention simple est donc de « posturer » ces enfants en position fœtale, en flexion dans des « cocons » (berceau de mousse). Le cocon devient une limite rassurante et protectrice, il facilite la motricité dirigée et libérée du bébé. Il maintient le bébé dans des attitudes fonctionnelles et lui offre le maximum de mobilité. L'enfant est « contenu » dans ce cocon rassurant, qui lui donne des limites dans l'espace, ce qui permet de le stabiliser, jouant un

rôle antistress. Ce cocon de sortie est utilisé en moyenne jusqu'à 4 mois d'âge corrigé (l'âge corrigé correspond à l'âge qu'il devrait avoir s'il était né à terme), quand l'enfant commence à tourner du dos sur le ventre. À l'hôpital, le cocon, par la variété de ses formes et de ses dimensions, peut être utilisé quel que soit le poids de l'enfant, le type de couchage et l'unité dans laquelle il est hospitalisé. Il évolue avec le bébé et s'entretient facilement.

Le cocon procure à l'enfant prématuré la possibilité de se rapprocher de « l'expérience utérine » interrompue. C'est un outil de réconfort dans des situations de stress par son pouvoir contenant et est un élément précieux qui aide à se construire en évitant les attitudes dangereuses. Il facilite le développement. À domicile, l'intérêt du cocon se prolonge en évitant les attitudes inappropriées qui entraveraient son développement et contribueraient à des difficultés des apprentissages et en améliorant le sommeil. Ces cocons ont déjà été testés dans certains centres hospitaliers, d'autres les évaluent actuellement. Les progrès techniques de prise en charge des enfants prématurés ont permis d'améliorer leur taux de survie. Cependant, les soignants ne doivent pas oublier l'importance de « l'installation » des bébés hospitalisés, et progresser sans cesse afin d'améliorer leur qualité de vie et favoriser l'acquisition des apprentissages. Le service néonatal de l'hôpital Nord, à Marseille, a été le pionnier pour le cocon, suivi depuis par d'autres hôpitaux de la région (Conception et Saint-Joseph, à Marseille, un autre établissement à Toulon) où il est en cours d'expérimentation.

## La modification des pratiques professionnelles

Si le cocon est une nouvelle technique d'installation du prématuré, il s'intègre également dans un courant de pensée prônant la « bienveillance » de ces enfants. Dans les années 1960, une psychologue allemande, Heidelise Als, s'est révoltée contre les soins de routine. Son observation attentive du comportement des nouveau-nés l'a conduite à mettre en place un nouveau mode de soins appelé Nidcap (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*, « programme individualisé de soins et d'évaluation du nouveau-né »). Il est fondé sur le respect de la compétence de l'enfant prématuré où l'enfant est considéré comme l'acteur principal de son propre développement, articulé autour de sous-systèmes en étroite interaction et soumis à l'influence de l'environnement.

C'est l'esprit de l'approche Nidcap que nous avons mis en œuvre dans le service de médecine néonatale de l'hôpital de la Conception, à Marseille : les soignants maîtrisent des techniques de soins très sophistiquées (prise de sang, radiographies, aspirations, etc.) mais qui perturbent le comportement des prématurés. S'inspirant de la théorie de Als, les soignants essaient de rendre les soins plus humains de façon à ressembler aux conditions de la vie utérine : lutter contre la lumière trop vive des tubes fluorescents en couvrant la couveuse avec des couvertures à double face (claire et foncée) pour reproduire l'alternance jour/nuit et rapprocher ainsi l'enfant de la physiologie ; éviter les nuisances sonores en prenant garde à ne pas poser brutalement un objet sur l'incubateur, ouvrir et fermer les hublots avec douceur car la couveuse amplifie ces bruits ; réduire le niveau sonore des conversations et des alarmes dans les box. Afin de respecter le rythme de l'enfant, les soins sont regroupés pour ne pas surstimuler son cerveau hypersensible ce qui le perturberait et l'empêcherait de se construire. En effet, les compétences comportementales du nouveau-né prématuré sont spécifiquement adaptées à l'environnement intra-utérin. Les stimulations excessives peuvent entraîner des stratégies de défense et de retrait traduisant un état de stress. La douleur, qu'elle soit due à une pathologie de l'enfant ou aux techniques de soins, est également prise en

compte ; un traitement antalgique est utilisé et son efficacité est vérifiée par des scores de douleur adaptés au nouveau-né. Les soignants développent des modes d'approche de ces enfants réduisant le stress et favorisant leur bien-être.

## Le changement des relations parents-soignants

Le soignant en charge de l'enfant accueille les parents lors de leur première visite, leur explique les mesures d'hygiène (lavage de mains, port de blouse), l'organisation du service. Il devient l'interlocuteur privilégié des parents : au chevet de leur enfant, il donne des nouvelles de l'état de santé, leur explique le fonctionnement des différents appareils de surveillance, leur propose de consulter le dossier de soins qui est à leur disposition dans le box de l'enfant. Les parents deviennent alors des partenaires de soins et non plus de simples visiteurs. Afin de lutter contre les effets de la séparation brutale de la mère et d'apaiser l'enfant, on demande aux parents d'amener un « doudou » portant l'odeur de la mère que l'on place près du visage de l'enfant, et ce, même dans un incubateur. La famille est encouragée à maintenir les rites de la nativité. Dès que l'état de santé de la maman le permet ou lorsqu'elle se sent prête, les soignants lui proposent de participer à la toilette de son bébé et de pratiquer la méthode du « peau à peau ». Même en cas de ventilation artificielle et à condition que l'enfant soit stable, ce contact peut être réalisé. Le père peut également participer à ce soin. Ainsi, l'enfant et sa famille sont placés au centre des préoccupations des soignants et leur attitude vise à « dédramatiser » la situation et à « restituer » l'enfant à ses parents.

## Les interactions précoces parents-enfant

En privilégiant la place des parents auprès de leur enfant et en les encourageant à participer à la toilette et aux soins de leur bébé, les parents se sentent restaurés dans leur rôle. Ils s'approprient leur enfant qui leur avait été en quelque sorte « dérobé » en partie par les soignants du fait de la haute technicité des soins nécessaires. Ils deviennent alors capables d'investir cet être si éloigné de l'enfant imaginaire et de tisser des liens affectifs avec lui, de reconnaître ses besoins spécifiques et de s'adapter à sa demande.

L'intégration des parents au service est favorisée par un accueil au téléphone et par une visite dans toutes les unités 24 heures sur 24 depuis de nombreuses années. Plus récemment, le service s'est doté d'un secteur parents-enfants où les parents sont hébergés auprès de leur enfant hospitalisé. Il s'agit d'un passage non obligé mais souvent souhaité par les familles avant la sortie définitive. Cette étape leur permet de bénéficier d'une autonomie mais aussi de la présence rassurante et réconfortante du personnel soignant qui les accompagne jusqu'au retour à domicile. Cette nouvelle philosophie de soins a permis de faire évoluer les pratiques professionnelles et modifier les relations entre parents et soignants. Elle permet de favoriser les interactions précoces entre les parents et leur enfant. Il nous faudra en évaluer le bénéfice individuel sur le développement de ces bébés à court, moyen et long termes.

**Patricia Garcia-Méric**

Praticien hospitalier<sup>1</sup>,

**Marie Fabre-Grenet**

Neurocomportementaliste<sup>2</sup>,

**Christiane Bertolozzi**

Cadre supérieur<sup>1</sup>,

**Danielle Salducci-Lefort**

Kinésithérapeute<sup>2</sup>,

**Céline Baccous**

Cadre de santé<sup>1</sup>,

**Umberto Simeoni**

Chef du service de médecine néonatale<sup>1</sup>,

1. Service de médecine néonatale, hôpital de la Conception, Marseille.

2. Centre d'action médico-sociale précoce (Camsp), hôpital Nord, Marseille.

## Bibliographie

- Updike C., Rosemary E., Schmidt R.E., et al. *Positional support for preterm infants*. Am. J. Occup. Ther. 1986; 40: 712-5.
- Amiel-Tison C., Gosselin J. *Développement neurologique de la naissance à 6 ans*. Montréal : hôpital Sainte-Justine, coll. Intervenir, 1998 : 160 p.
- Salducci-Lefort D. *Soins de rééducation chez les bébés à risque*. J. Pédiatr. Puériculture 2003 ; 16 : 70-1.
- Vavre-Douret L., Ennouri K., Jrad I., et al. *Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk preterm infants*. Eur. J. Paediatr. Neurol. 2003a; 8: 21-34.
- Amiel-Tison C. *Neurologie périnatale*. Paris : Masson, coll. Périnatalité, 2005 : 320 p.
- XXXVII<sup>e</sup> Journées nationales de néonatalogie. Paris, 22-23 mars 2007.

# Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ?

**À la maternité du CHU de Montpellier, une expérience d'accompagnement des femmes enceintes toxicomanes pendant leur grossesse avec une phase d'hospitalisation a fait reculer le taux de placement de leur nouveau-né de 60 % à moins de 4 %. Ce résultat spectaculaire est le fruit d'un accompagnement collectif des professionnels, d'un accueil médical centré sur la grossesse, d'une écoute, d'une prise en compte des difficultés et de la culpabilité exprimées par ces femmes.**

La maternité du CHU de Montpellier effectue trois mille accouchements par an. Elle est située en Languedoc-Roussillon, région qui a développé une démarche de prévention en périnatalité et du travail en réseau. Les soignants y collaborent, depuis vingt-cinq ans, avec l'équipe de pédopsychiatrie de Françoise Molénat dans un esprit de prévention des troubles de l'attachement parents-enfant.

Il y a dix ans, nous avions des difficultés avec les femmes enceintes toxicomanes. Elles cachaient leur toxicomanie, faisaient rarement suivre leur grossesse, accouchaient dans un climat d'urgence, les hospitaliser était difficile. Le regard des professionnels sur ces mères était lourd, jugeant et culpabilisant. Elles sortaient souvent rapidement de l'hôpital, sans l'accord des médecins, et avant que l'équipe de la maternité puisse collaborer avec elles. Leur enfant était hospitalisé dans le service de pédiatrie pour la surveillance et le traitement d'un syndrome de sevrage (*NDLR : le bébé de mère toxicomane est dépendant physiquement et doit effectuer un sevrage*), puis il était placé à la sortie de son séjour en pédiatrie.

L'équipe de la maternité a voulu améliorer la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes. Nous avons voulu montrer qu'il était possible de les suivre, de collaborer avec elles et d'améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant. Nous avons choisi de les rencontrer pour leur demander ce qu'elles souhaitaient, afin de partir de

l'expression de leurs craintes et de leurs besoins. Ces mamans souhaitaient n'être ni stigmatisées, ni jugées, ni étiquetées, mais prises en compte comme des femmes enceintes. Leur plus grande inquiétude était le placement de l'enfant. Nous avons donc également dû sécuriser les professionnels puis soutenir la communication entre les patientes et les professionnels.

Les actions mises en place par l'équipe de maternité au CHU de Montpellier, depuis 1997, visaient à :

- faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes toxicomanes, en créant un accueil spécialisé, en début de grossesse, par une sage-femme référente, accueil vécu comme moins stigmatisant ;
- les prendre en charge comme toutes les grossesses à risque, avec les mêmes protocoles et les mêmes professionnels ;
- personnaliser leur accompagnement pendant toute la grossesse ;
- soutenir le lien mère/enfant par une hospitalisation conjointe prolongée en maternité.

Le premier accueil de la femme enceinte par la sage-femme spécialisée, proposé le plus tôt possible pendant la grossesse, est un espace de rencontre et de dialogue. Le père est pris en compte et convié à participer. La sage-femme répond aux interrogations des parents sur les effets des drogues et/ou des médicaments sur la grossesse et le fœtus. Elle propose un suivi structuré et important afin de réduire les risques

de la toxicomanie sur la grossesse comme la maternité l'a conçu pour toutes les grossesses à haut risque (exemple : les mères diabétiques). Nous établissons ensemble le planning de son suivi. Les choix des parents sont respectés et valorisés. Par exemple, si les parents choisissent un gynécologue libéral, il sera intégré dans le suivi même si cela serait plus simple pour nous de choisir un gynécologue de notre service. Plus le réseau de la patiente est ouvert sur l'extérieur de l'hôpital, plus la sage-femme devra coordonner les actions.

Au fil des entretiens, un point est fait sur tous les axes, en restant bien centré sur la grossesse et l'arrivée du bébé. La sage-femme recherche les contacts de la future famille avec les professionnels qui les entourent afin de les intégrer dans le dispositif (réseau personnel des parents). Nous apportons un soin particulier aux craintes, aux peurs, aux désirs des parents, à toujours rester dans un état d'esprit positif. Il est nécessaire de permettre aux parents de disposer de toutes les explications nécessaires, voire de traduire le langage médical afin qu'il soit compréhensible.

## Un suivi coordonné entre professionnels

Du début de la grossesse à la sortie de la maternité, une grande vigilance s'impose. La sage-femme effectue un « suivi du suivi ». Lorsque les femmes enceintes ne viennent pas aux rendez-vous, elle les rappelle et réajuste la

prise en charge. L'orientation vers un autre professionnel s'effectue en fonction de l'expression d'un besoin par les parents et non sur leurs facteurs de risque perçus *a priori* par les professionnels. Les aides (intervention à domicile, travailleuse familiale, aide ménagère, travailleur social, soutien psychologique) sont proposées au cas par cas, au fil du suivi. En cas d'orientation vers un autre professionnel, la patiente est revue en consultation peu de temps après pour évaluer la pertinence et la qualité de cette rencontre, un réajustement est opéré si besoin (reprise des blocages dans la communication, explication du fonctionnement des institutions, appel du professionnel devant les parents, etc.).

Toutes les transmissions entre professionnels doivent avoir du sens pour les parents et être suffisantes pour aider le professionnel à travailler. Elles ne doivent pas l'encombrer mais lui donner les moyens d'être à l'aise dans sa place. Pour cela, il faut aussi expliquer aux parents les besoins des professionnels et tenter de clarifier les besoins des parents, sur la base du vécu de leurs antécédents, et non en termes de manques, de faiblesses, de déficiences. Le faire devant et avec eux permet d'avoir un langage respectant au mieux leur place. Une relation de confiance se crée progressivement et peut se transmettre de professionnel à professionnel de cette façon. Plus les transmissions sont transparentes, plus les parents ressentent une maîtrise sur leur environnement. Le lien entre l'intérieur de l'hôpital et l'extérieur est capital, notamment avec le médecin généraliste qui, souvent, est présent auprès de la famille depuis longtemps et le restera.

À partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse, des monitorings seront effectués à domicile (protocole des grossesses à risque) par une sage-femme de PMI ou une sage-femme libérale. La préparation à la naissance est plutôt centrée sur le corps et sur la place du père. Une consultation est proposée avec un pédiatre en vue de préparer les parents au sevrage que leur enfant devra subir si la mère est dépendante (opiacés, tranquillisants, cocaïne, etc.). Il va en expliquer les modalités, le traitement (soins de *nursing* et médicaments), l'aide capitale que la mère pourra apporter à son enfant dans cette

épreuve et le soutien qu'elle trouvera de la part de l'équipe de maternité. Il va également préparer le suivi de cet enfant.

### Éviter la rupture entre l'avant et l'après-naissance

Avant la naissance, la sage-femme de PMI et le pédiatre vont préparer la place de la puéricultrice de PMI et de l'aide nécessaire au retour à la maison. Avec les parents, la sage-femme référente va préparer tout ce qui va se passer autour de la naissance. Elle va permettre la confrontation de la réalité de l'hospitalisation en maternité avec leurs représentations (visite de la salle d'accouchement, du service de suites de couches, rencontres avec les équipes). L'occasion d'effectuer des transmissions orales devant les parents, qui sentiront ainsi la tonalité de la communication et sa transparence. Quand la mère sera hospitalisée, elle pourra vérifier les bienfaits de cette anticipation et ce sera alors plus facile pour préparer les aides nécessaires au retour à domicile.

Pendant le séjour mère-enfant en maternité, la puéricultrice de l'unité Kangourou (pédiatrie II, CHU) met tout en œuvre pour assurer la continuité du suivi et éviter ainsi toute rupture entre l'avant et l'après-naissance. Tout est fait pour favoriser la communication entre les professionnels et les parents, notamment la surveillance du sevrage du bébé, qui se fait en commun et dans le dialogue. La puéricultrice remplit avec la mère les scores d'évaluation des signes de sevrage de l'enfant plusieurs fois par jour, ce qui leur permet de discuter de ce sevrage qui culpabilise tant ces mères.

Le père est impliqué dans les soins du nouveau-né le plus tôt possible, le relais n'étant pris par l'équipe que lorsque les parents en ont besoin. Ils peuvent ainsi percevoir leurs limites et demander de l'aide. Cela prépare l'introduction des aides à domicile : puéricultrice de PMI, travailleuse familiale, assistante maternelle, etc. Un soin est aussi apporté aux besoins exprimés et surtout à l'expression des sentiments de la mère, en particulier la culpabilité.

### Organiser le retour à domicile

La sortie est organisée, si besoin, en collaboration avec des travailleurs sociaux. Il est nécessaire d'anticiper

avec les parents le retour à la maison, ne pas leur laisser croire que tout sera facile. L'équipe insiste sur l'intérêt de l'accompagnement au long court par une puéricultrice de PMI et organise sa première visite si possible dans les quarante-huit heures qui suivent la sortie.

Depuis dix ans, au CHU de Montpellier, le nombre de femmes enceintes toxicomanes désormais identifiées à la maternité au début de leur grossesse a augmenté, passant de deux à cinquante femmes par an. Les paramètres obstétrico-pédiatriques (diminution de la prématurité et de la souffrance foetale, c'est-à-dire défaut d'oxygénation du fœtus...) ont été améliorés, il n'y a plus de sorties contre avis médical et une mère peut être gardée trois semaines en maternité si besoin. Les ruptures mère-enfant sont en très net recul. En effet, le taux de placement a diminué, passant de 60 % à 4 %, en outre ces placements sont préparés avec les mères, ce qui permet d'éviter la rupture complète du lien mère-enfant. À noter également une amélioration de la prise en compte des émotions des parents. Le père est présent dans 75 % des cas, taux supérieur à ceux relevés dans d'autres dispositifs.

Pour conclure, la base de ce projet est un accueil par un professionnel de la grossesse. Ce qui est perçu par les parents comme moins intrusif, sur la base d'un respect des choix et des besoins des parents. Le réseau est donc très personnalisé, avec une cohérence pluridisciplinaire coordonnée par une sage-femme. Une anticipation permanente doit être envisagée de la part des professionnels, afin de formuler des propositions aux parents au fur et à mesure de leur progression. Cet état d'esprit a été appliqué avec succès à d'autres vulnérabilités : pathologies psychiatriques, précarité, antécédents obstétricaux traumatiques, etc. Il pourrait l'être à tous les parents dans le cadre du Plan périnatalité 2005, à partir de l'entretien du premier trimestre de grossesse.

**Corinne Chanal**

Sage-femme, coordinatrice  
« grossesse et addictions »,  
service de gynécologie-obstétrique C,  
hôpital Arnaud de Villeneuve,  
CHU de Montpellier.

# Allaitement : des femmes-relais pour soutenir les jeunes mères

**L'allaitement maternel est peu répandu en France, en particulier dans les populations défavorisées. Des réseaux de professionnels de la périnatalité accompagnent les jeunes mères pour leur offrir des conditions plus propices à l'allaitement. Des « accompagnantes » spécialement formées soutiennent les mères autour d'elles, dans une démarche de proximité et de suivi individuel. Ce soutien va au-delà de l'allaitement et concerne l'ensemble de la parentalité.**

L'allaitement maternel dans les populations vulnérables ou économiquement défavorisées est peu pratiqué. C'est pourtant un facteur de prévention à court, moyen et long termes pour la mère et l'enfant. La mise en place de réseaux locaux de mères informées, dénommées « accompagnantes », qui soutiennent les autres mères autour d'elles, permet une promotion efficace de l'allaitement et constitue plus largement une action de soutien à la parentalité. Elle augmente la confiance en soi des participantes et favorise leur insertion dans la vie sociale.

L'allaitement maternel est une pratique qui interroge les milieux des professionnels de la santé périnatale, de la petite enfance mais aussi les chercheurs en sociologie et en psychologie. Ses déterminants sont complexes, variant selon les régions, les milieux socio-économiques et l'histoire individuelle des parents.

En France, le taux d'allaitement à la naissance est parmi les plus bas d'Europe (1) (56 % en 2003) (2). Les durées sont également faibles, estimées à quelques semaines (3) (taux de 15 % à 3 mois) (1). Une enquête menée dans le Val-de-Marne montre que les femmes les plus diplômées ou d'origine étrangère allaitent le plus (de 70 à 80 %) tandis que les femmes de niveau scolaire moyen (CAP ou équivalent) allaitent peu (45 %) (4).

Dans les milieux populaires, les discours savants sur les bénéfices de l'allaitement ont peu de poids et les fem-

mes prennent principalement conseil auprès de leur famille et leur entourage. Le plaisir de la relation avec l'enfant est le premier argument en faveur de l'allaitement. L'absence de références familiales, le peu de confiance accordée au corps maternel (et au lait qu'il peut produire), la difficulté à se reposer (durée du congé de maternité et charge des aînés) sont des éléments décisifs dans le choix de l'alimentation au lait artificiel (5). Ce sont donc des populations qui bénéficient peu des dispositifs existants délivrant de l'information sur l'allaitement (préparation en prénatal, brochures, livres, soutien associatif). De plus, dans les populations d'origine étrangère, l'allaitement exclusif est rarement pratiqué.

Le non-allaitement implique une morbidité plus importante. Ainsi, une étude (6) s'est intéressée à la demande de soins la première année de vie des enfants selon leur mode d'alimentation. En cas d'infections respiratoires hautes ou de gastro-entérites, le nombre d'hospitalisations est multiplié par trois ; en cas d'otites, le nombre de visites médicales augmente de 35 %. Le non-allaitement a aussi un coût pour les familles, environ 6 % du revenu pour une famille monoparentale au Smic. Pourtant, les acteurs sociaux savent que l'argument de la gratuité du lait maternel est en général contre-productif : les familles veulent le meilleur pour leur enfant, donc, le plus cher. Les réseaux de pairs et de professionnels promouvant l'allaitement utilisent la comparaison du lait maternel avec de l'or, en indiquant par exemple, le prix du lait

vendu par les lactariums (environ soixante-dix euros le litre) ; cet argument aide les mères à valoriser l'aliment qu'elles peuvent produire elles-mêmes pour leur enfant. Une étude réalisée en France (7) montre qu'une augmentation de 5 % des taux d'allaitement impliquerait une économie des dépenses de santé de 2,5 M par an (chiffres de 1997).

## Vingt heures de formation

Ces données tendent à démontrer que des actions permettant à des femmes bien informées de soutenir les autres femmes allaitant autour d'elles dans un réseau de proximité seront particulièrement efficaces, en synergie avec le travail des professionnels de santé et des acteurs sociaux. C'est ce que vise le programme PraLLL. Au niveau international, ces actions sont désignées sous le terme de *Peer Counselor Program* et sont valorisées dans plusieurs méta-analyses (8, 9). En France, les réseaux locaux de parents sont encouragés, en particulier dans le cadre des Reepap (10, 11).

Dans un programme PraLLL, les accompagnantes à l'allaitement sont des mères volontaires et formées, habitant le même quartier, de même niveau socio-économique ou partageant la même culture d'origine. Elles constituent un réseau de proximité, coordonné par un responsable de réseau (professionnel de santé ou de la petite enfance, travailleur social ou responsable d'association).

Les responsables de réseau reçoivent une formation de formateur de

cinq jours afin de constituer le réseau et le faire vivre. Des outils pédagogiques pour la formation de vingt heures des accompagnantes et l'évaluation du programme leur sont fournis, ainsi qu'une documentation complète sur l'allaitement.

Les formatrices du PraLLL sont toutes consultant·es en lactation<sup>1</sup> et ont une pratique d'animation de groupes de soutien. Elles réalisent une étude préliminaire sur la population ciblée, les pratiques d'allaitement et les possibilités pratiques de l'intervention, lieux, moyens de transport, contraintes horaires, etc. À cette étape, les professionnels en exercice libéral, les travailleurs sociaux et les associations du quartier sont contactés. Il est important que tous aient un discours cohérent et puissent, si besoin, adresser les femmes à des professionnels spécialisés.

Des rencontres mensuelles permettent d'échanger autour des difficultés éventuelles, de soutenir les accompagnantes et d'évaluer le programme. L'équipe du PraLLL assure, pendant trois ans<sup>2</sup>, la supervision des responsables, qui ont aussi besoin d'être soutenus, et participe à l'évaluation de l'action

(recueil de l'activité des accompagnantes, questionnaires dans la population cible et comparaison des taux d'allaitement enregistrés en PMI).

### Trente pays concernés

Le PraLLL est la version française du programme de *Peer Counselor* de la *Leche League International*<sup>3</sup>. Plus de quatre cents programmes ont été mis en œuvre à ce jour dans une trentaine de pays (12), en particulier aux États-Unis, au Canada, en Amérique du Sud, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et en Afrique. Il est en cohérence avec les recommandations éditées en France sur l'allaitement (13-15). Au Royaume-Uni, où le programme est largement implanté, une étude a montré que les économies générées en termes de dépenses de santé sont bien supérieures à son coût (16).

Le programme *Peer Counselor* fait partie de dispositifs coordonnés à grande échelle aux États-Unis par le *WIC Department* (17), au Royaume-Uni, et par l'Organisation mondiale de la santé. Les publications mentionnent une augmentation importante des taux d'allaitement. D'autres retombées sociales et comportementales sont notées.

Deux exemples (Mexique et Royaume-Uni) illustrent ces tendances.

À Mexico, un tirage au sort a été fait parmi des femmes souhaitant allaiter, et trois groupes ont été constitués ; l'un a bénéficié de six visites d'une accompagnante à l'allaitement en pré- et post natal, le deuxième de trois visites, et le groupe contrôle n'a eu aucune visite. Les taux d'allaitement augmentent avec le nombre de visites, et, à trois mois, 67 % des bébés du groupe « six visites » sont toujours allaités contre 12 % dans le groupe contrôle (18).

Au Royaume-Uni, dans un quartier ouvrier de Sheffield, quatre ans après la mise en place du programme, le taux d'initiation de l'allaitement est passé de 20 % à 50 %. 11 % des bébés étaient toujours allaités à six mois, contre 2,5 % à quatre mois avant l'intervention. Les mères interrogées soulignent la complémentarité entre accompagnantes et professionnels de santé, la qualité du soutien reçu et leur plaisir d'avoir pu vivre cette expérience. Le programme a contribué à la constitution de groupes de mères proposant des animations et des activités dans le quartier (19). L'analyse de vingt-six programmes après un

an d'existence a montré qu'il était important que :

- les représentations spécifiques des populations ciblées soient prises en compte ;
- les professionnels de santé reconnaissent le rôle des accompagnantes (y compris en maternité) et les valorisent auprès des mères ;
- les responsables de réseau soutiennent les accompagnantes pour entretenir leur motivation (20).

La qualité de la formation des accompagnantes, qui doivent faire preuve de tolérance et d'empathie, est jugée essentielle pour éviter les situations (exceptionnelles, dans les publications) où les femmes ont le sentiment d'avoir été « contraintes à allaiter ». L'allaitement touche à une part très intime dans l'expérience de la maternité et il importe que le cadre éthique des interventions soit clairement précisé aux accompagnantes, qu'elles l'acceptent et que la

formation leur permette de s'exercer à une communication appropriée.

La mise en place de réseaux de proximité pour le soutien à l'allaitement a obtenu dans différents contextes des résultats très positifs qui s'expliquent par la nature même de l'intervention. Les accompagnantes font partie de la population ciblée et leurs représentations du bébé et de ses besoins sont cohérentes avec celles des autres familles, ce qui facilite les échanges et les apprentissages. Les valeurs culturelles et les codes de langage qu'utilisent les accompagnantes sont pertinents et accessibles pour les femmes qu'elles soutiennent parce qu'elles ont une proximité importante ou appartenance en termes de classe, d'origine, d'histoire ou de milieux de vie. Cette proximité et ce partage leur permettent d'être particulièrement efficaces pour informer sur les pratiques favorisant la santé et transmettre un modèle positif

lié à leur propre expérience. En France, plusieurs conseils généraux et réseaux de périnatalité étudient la mise en place du programme dans leur région. Une expérience pilote financée en partie par le Groupement régional de santé publique du Languedoc-Roussillon devrait démarrer à Montpellier en 2008.

#### Danièle Bruguères

Consultante en lactation,  
formatrice programme PraLLL,  
organisme de formation AM-F4.

1. Les consultants en lactation sont certifiés par un comité international indépendant, l'IBLCE, à l'issue d'un examen qui valide des compétences théoriques et pratiques pour la promotion de l'allaitement et l'accompagnement des familles. Elles sont actuellement cent quatre-vingts en France.
2. À l'issue des trois ans, les professionnels ont les outils et l'expérience pour poursuivre le programme en fonction des besoins.
3. Ce réseau international de soutien de mère à mère pour l'allaitement est actif dans soixante-dix pays.
4. Tél. : 01 39 76 30 83 ou 06 62 00 88 46 - Courriel : PRALL@lllfrance.org

## Références bibliographiques

- (1) Promotion of breastfeeding in Europe. EU Project Contract N. SPC 2002359. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. December 2003. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_a1\\_18\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf)
- (2) Inserm. Enquête périnatale 2003. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf>
- (3) Branger B., Cebron M., Picherot G., De Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch. Pédiatr. 1998 ; 5 (5) : 489-96.
- (4) Gojard S. L'allaitement : une pratique sociale différenciée. Inra, Recherches et Prévisions 1998 ; 53 : 23-34.
- (5) Tillard B. Ce qu'il en coûte de nourrir. In : Bonnet D., Le Grand-Séville C., Morel M.-F. (sous la dir.) : Allaitements en marge. Paris : L'Harmattan, 2002 : 244 p.
- (6) Ball T.M., Wright A.L. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999; 103: 870-6. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/S1/870>
- (7) Leclercq A.-M. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire de DESS en économie et gestion hospitalière privée. Université de Montpellier I, 1996.
- (8) Shealy K.R., Li R., Benton-Davis S., Grummer-Strawn L.M. The CDC Guide to Breastfeeding Interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005. <http://www.cdc.gov/breastfeeding>
- (9) Lewin S.A., Dick J., Pond P., et al. Health workers in primary and community health care. The Cochrane Database of Systematic Review: CD004015, 2003.
- (10) Soutien à la parentalité et développement social local : quels réseaux pour quels intérêts partagés ? Actes de la rencontre départementale du 21 octobre 2002, organisée par le Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) du Val-d'Oise et le Pôle de ressources départemental ville et développement social.
- (11) Compte rendu de la journée nationale Reaap 2005. [http://reaap93.free.fr/article.php?id\\_article=137](http://reaap93.free.fr/article.php?id_article=137)
- (12) Leche League International. Annual report 2004-2005. [http://www.llli.org/docs/05\\_LLLI\\_AR.pdf](http://www.llli.org/docs/05_LLLI_AR.pdf)
- (13) Anaes. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique, 2002. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf)
- (14) Société française de pédiatrie. « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », brochure éditée dans le cadre du Programme national nutrition-santé, 2005. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>
- (15) Haute Autorité de santé. Favoriser l'allaitement maternel. Processus-Évaluation. HAS : 2006 : 55 p. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/allaitement\\_epp\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/allaitement_epp_guide.pdf)
- (16) Battersby S., Aziz M., Sabin K. The cost-effectiveness of breastfeeding peer support. British Journal of Midwifery 2004; 12(4): 201-5.
- (17) Kistin N., Abramson R., Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity and duration among low-income urban women. Journal of Human Lactation 1994; 10(1): 11-5.
- (18) Morrow A.L., Guerrero M. L., Shults J., Calva J. J., Lutter C., Bravo J. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. Lancet 1999; 353: 1226-31.
- (19) Battersby S. An evaluation of the merged breastfeeding Peer Support Programmes.
- (20) Dykes F. Gouvernement funded breastfeeding peer support projects: implications for practice. Maternal and Child Nutrition 2005; 1: 21-31.

# Drépanocytose : accompagner les femmes enceintes vers un choix éclairé

**La drépanocytose est une maladie génétique qui touche notamment les populations d'Afrique subsaharienne. Les mères sont souvent et injustement stigmatisées après avoir donné naissance à leur enfant. En France, des professionnels travaillent avec ces femmes pour les accompagner médicalement et psychologiquement et leur donner accès à un diagnostic prénatal, pouvant ouvrir la voie à une interruption médicale de grossesse.**

En France, les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne peuvent découvrir à l'occasion d'un accouchement que leur enfant est porteur d'une maladie génétique héréditaire qu'on appelle la drépanocytose. Cette maladie est pratiquement inconnue en Afrique subsaharienne, et lorsqu'elle l'est, elle est associée à un diagnostic de mort de l'enfant avant l'âge de 15 ans. En Europe, un enfant atteint peut avoir une espérance de vie normale s'il bénéficie d'un suivi médical adéquat et de bonnes conditions de vie. L'annonce, en France, de cette maladie, au moment heureux d'une naissance, représente un choc psychologique considérable parce que cette maladie fait office de prédiction de malheurs (troubles pathologiques divers, hospitalisations fréquentes, difficultés du suivi scolaire de l'enfant, stigmatisation ou répudiation de la mère, souvent jugée responsable de la maladie de l'enfant, isolement social des familles, etc.). La drépanocytose met donc au jour de nombreux préjugés, des pratiques de discrimination, des stratégies de dissimulation pour éviter le stigmate et met en lumière des modèles variés d'acquisition de savoirs sur la maladie. Enfin, elle fait valoir des systèmes diversifiés de croyances et de valeurs scientifiques et/ou religieuses.

La connaissance de cette maladie reste, encore aujourd'hui, essentiellement confinée à un milieu scientifique spécialisé. La drépanocytose fait même partie des maladies que les médecins appellent « orphelines » (rares), alors qu'en France elle touche un plus grand nombre de malades que ceux atteints de la mucoviscidose. Elle est inconnue

du grand public, de la plupart des enseignants et des éducateurs en contact avec des enfants drépanocytaires, de certains médecins (urgentistes, généralistes, ou même pédiatres), et est rarement évoquée lors des émissions télévisées du Téléthon. L'absence de connaissance s'associe donc à une absence de reconnaissance sociale de cette maladie tant en Afrique qu'en France. Même si l'on observe l'émergence de mouvements associatifs, en Afrique et en France, nombre de familles continuent à se replier sur elles-mêmes, à dissimuler leurs connaissances médicales à leurs parents ou à leur entourage par crainte des stigmatisations sociales évoquées ci-dessus. Dans ce contexte, la connaissance médicale de la maladie est liée à sa reconnaissance sociale : lutter contre la stigmatisation sociale, améliorer sa prise en charge, etc.

## Culture d'origine pour expliquer l'inobservance : faux débat

Compte tenu de leur méconnaissance des sociétés africaines, les professionnels de la santé en France ont tendance à attribuer à la culture d'origine l'explication de tout comportement d'inobservance des malades. La polygamie, les structures familiales complexes, les pratiques de maternage, les représentations quelquefois persécutives de la maladie, le recours aux marabouts ou aux sectes religieuses désorientent nombre d'éducateurs, d'enseignants et de praticiens des secteurs médicosociaux, éducatifs et juridiques ; et, de fait, nombre d'entre eux considèrent ces populations comme un bloc homogène, prisonnier de ses coutumes ancestrales.

Pourtant, les travaux en sciences sociales menés sur la drépanocytose ont fait valoir une grande circulation des savoirs profanes et médicaux et une variété des modèles familiaux. Les Africains qui résident dans les mégapoles africaines, de même que ceux de France ne s'identifient plus exclusivement à des groupes ethniques. L'identité de l'individu se construit à partir d'une pluralité d'appartenances à des groupes de référence (professionnel, religieux, associatif, politique). Ainsi observe-t-on une mutation globale de la famille africaine, une redéfinition des rôles en son sein, et des processus communs d'individuation.

Toute la difficulté de l'interaction avec le patient réside donc dans la représentation de l'Autre. Il s'agit de trouver un équilibre entre le risque d'une hypertrophie de la culture de l'Autre et le risque de sa sous-estimation. De plus, les migrants ne se réfèrent pas uniquement à une « culture de socialisation dans l'enfance » mais également à une « culture des institutions » politiques et religieuses des pays d'origine. Prenons le cas du diagnostic prénatal : nombre de femmes y sont réticentes. À l'échographie, l'enfant n'apparaît pas comme un handicapé ; alors, elles ne comprennent pas pourquoi le médecin leur propose une amniocentèse (prélèvement de liquide amniotique à des fins d'analyse) qui peut être suivie d'une recommandation d'interruption médicale de grossesse si le fœtus est homozygote. Or, les femmes viennent de pays où l'interruption volontaire de grossesse est encore, bien souvent, un acte illégal ou uniquement pratiqué lorsque la santé de la femme est en danger. Les

un choix individuel, de négocier une décision avec son mari, de poser un acte dans un contexte conjugal où la gestion de son corps ne lui appartenait pas toujours « en propre » mais aussi le sentiment de vivre une intrusion du médical dans sa vie privée, de subir une gestion « assistée » de sa fécondité.

Ces familles, confrontées au choc de la réalité d'une maladie génétique, tentent de reconstruire un « nouveau monde » dans lequel la médecine peut prendre une place qui déborde largement du médical proprement dit. L'individu va être sollicité pour réfléchir constamment aux conséquences de ses actes et à se remémorer ses expériences passées pour se déterminer dans ses choix reproductifs. Ainsi, la femme migrante drépanocytaire, au moment de décider d'un diagnostic prénatal et d'une interruption médicale de grossesse par consentement individuel, ressent et exprime à travers son corps toutes les mesures émancipatrices et normatives du corps social.

**Doris Bonnet**

Anthropologue, directrice de recherches,  
Institut de recherche pour le développement,  
Bondy.

**Contact :** Doris.Bonnet@bondy.ird.fr

migrantes sont donc confrontées à une autre culture des institutions, à un autre modèle de santé et aussi du handicap. Seules les femmes multipares qui ont l'expérience de la souffrance, de la mort à répétition d'enfants en bas âge, ou encore de la lourde prise en charge des hospitalisations et des transfusions sont en mesure d'anticiper le devenir de leur vie reproductive et acceptent plus volontiers de se soumettre à ce protocole de dépistage.

Confrontées à un autre modèle de société, certaines familles migrantes vont très vite s'adapter à ces nouvelles manières de « penser le corps » et vont même devancer les propositions médicales (demandes de greffe de moelle osseuse) ; d'autres vont se laisser porter par les conseils de la médecine d'une manière passive, d'autres encore seront peu enclines à s'y soumettre (familles dites inobservantes, patientes perdues de vue). Là encore, les histoires de vie, les trajectoires thérapeutiques, le parcours religieux et les expériences de la maladie vont orienter les attitudes des unes et des autres.

### **Un contrôle médical abusif du corps de la femme ou un processus d'émancipation ?**

La migration engage la femme dans une gestion différente de sa vie reproductive, avec une plus grande médicalisation de la grossesse et de la naissance. L'intégration à un nouveau corps social – où s'expriment de nouvelles formes de conscience du corps et de façons de se soumettre à des procédures médicales – conduit de nombreuses femmes dans un processus où, d'un côté, elles peuvent exprimer de nouveaux désirs et besoins qui font valoir les relations entre désirs, affects et technologie, mais où, de l'autre, elles semblent assujetties dans leur corps à ce que Michel Foucault appelait « *un dispositif de production étatique d'individuation* ». Cette situation peut favoriser l'expression de mécanismes d'acquisition de l'autonomie mais également le resenti d'un assujettissement du corps au pouvoir médical et au pouvoir politique.

Dans le contexte de la drépanocytose, le diagnostic prénatal offre à la femme à la fois la possibilité d'exprimer

### **Bibliographie**

- Bonnet D. Rupture d'alliance contre rupture de filiation. Le cas de la drépanocytose en Côte-d'Ivoire. In : Dozon J.-P., Fassin D. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2001.
- Bonnet D. La découverte de la maladie : entre l'annonce et le conseil génétique. Le cas de la drépanocytose en Ile-de-France. In : Lainé A. (sous la dir.). *La drépanocytose dans le monde. Regards croisés sur une maladie orpheline*. Paris : Karthala, 2004 : 171-88.
- Bonnet D. À propos d'une maladie des origines : ethnicité, catégorisation et identités en santé. In : Chauvin P., Parizot I. avec la collaboration de S. Revet. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2005 : 277-94.
- Bonnet D. *Diagnostic prénatal de la drépanocytose et interruption médicale de grossesse chez les migrantes africaines*. *Sciences sociales et santé* 2005 ; 23 (2) : 49-66.

# Écoute des patients et des familles : l'Ile-de-France innove

**À Paris et en Seine-Saint-Denis, deux expériences innovantes placent les professionnels de la médecine et de la protection de l'enfance à l'écoute des patients, des familles en difficulté et des migrants. Des « professionnels médiateurs » facilitent le dialogue pour soutenir les enfants en difficulté (Seine-Saint-Denis) et mieux prendre en compte la douleur du patient (Paris). Des rencontres entre professionnels et familles permettent de cerner les besoins et d'adapter la prise en charge médicale ou psychosociale.**

Qu'y a-t-il de commun entre un patient atteint d'une pathologie chronique pris en charge dans un hôpital parisien et une famille confrontée à des difficultés d'éducation de leur enfant et rencontrant à cette occasion les professionnels de la protection de l'enfance ? Les deux mondes, celui de la médecine et celui de la protection de l'enfance, semblent *a priori* très éloignés l'un de l'autre. Pourtant, ils ont en commun d'être le théâtre de rencontres entre des usagers<sup>1</sup> profanes<sup>2</sup>, très souvent en situation de vulnérabilité, et des professionnels experts aux compétences de plus en plus complexes. Ces deux mondes ont également en commun d'évoluer constamment vers plus de spécialisation. En médecine, ce mouvement suit l'inflation de l'outil technologique, diagnostic et thérapeutique. Dans le domaine de la protection de l'enfance, la spécialisation va de pair avec un cloisonnement croissant entre professionnels, qu'ils soient éducateurs, assistants sociaux, enseignants, médecins, psychologues ou encore juges. Le risque est alors grand de voir chaque professionnel dépositaire d'un fragment de plus en plus étroit de la problématique de l'utilisateur. Le morcellement, voire la dilution des responsabilités professionnelles rend alors difficile une approche globale des situations. Chaque jour, dans notre exercice clinique, nous constatons qu'une distance se creuse entre les professionnels « experts » et les réalités concrètes et quotidiennes des usagers. Cette distance est particulièrement prégnante avec les migrants, qui heurtent parfois par leurs modes d'agir et de penser culturellement différents (1).

## Une parole profane dans un monde d'experts

Deux questions se posent :

– comment faire comprendre aux usagers les logiques d'interventions des professionnels et leur permettre de devenir acteurs de leur propre prise en charge ?

– comment permettre l'émergence d'une parole profane dans un monde d'experts, condition indispensable pour rompre l'isolement des patients et mobiliser les potentialités locales, familiales ou communautaires ?

Nous faisons l'hypothèse que les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre d'un projet thérapeutique ou socio-éducatif<sup>3</sup> pour un usager peuvent être liés à une prise en compte insuffisante du point de vue de ce dernier. Par une prise en compte réelle et active du point de vue de l'utilisateur, nous – professionnels impliqués dans cette problématique – souhaitons impulser une dynamique nouvelle et intéressante pour tous. Pour atteindre cet objectif, nous devons, pour chaque situation, construire les conditions d'une alliance entre professionnels et usagers. Les professionnels susceptibles d'être concernés sont des médecins hospitaliers – lorsqu'il s'agit de faire face à une maladie chronique –, des éducateurs, des assistants sociaux ou des professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI), dans le cas d'une problématique de protection de l'enfance.

## Instance « parents-professionnels »

Tenant une réponse à ces questions, nous avons créé deux dispositifs de médiation :

- le premier, l'instance de concertation « Parents-professionnels » dans le domaine de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis. Initié dans le cadre d'une recherche-action, ce dispositif départemental a pour objectif d'associer étroitement les parents aux mesures de soutien envisagées pour leur enfant dans le cadre de la protection de l'enfance et de renforcer ainsi leurs chances de succès (*voir encadré ci-contre*) ;
- le second dispositif est né dans le domaine médical autour de la prise en charge hospitalière de patients atteints de pathologies chroniques. Sur ce dernier terrain, nous avons créé depuis 1999 un dispositif spécifique : la consultation interculturelle, au service des équipes spécialisées de lutte contre la douleur (CETD) chronique (3). Mise en place initialement en partenariat avec le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de la Fondation Rothschild, à Paris, cette consultation est placée à disposition des soignants confrontés à une impasse dans l'élaboration d'un projet thérapeutique pour leur patient migrant de première ou deuxième génération (*voir également encadré p. 44*).

Les deux dispositifs ont de nombreux points en commun : le premier – peut-être le plus significatif – est que chacun d'entre eux est sous la responsabilité d'un professionnel de l'institution qui en assure également l'animation concrète. Dans un cas, il s'agit d'un professionnel de l'institution départementale<sup>4</sup> maîtrisant les logiques de protection de l'enfance et formé aux techniques d'entretien de groupe. Pour la consultation interculturelle en médecine, il s'agit de médecins formés aux

approches cliniques ethnopsychiatriques. Notre objectif est de faire évoluer les pratiques de l'intérieur même de l'institution, de manière à l'adapter aux usagers concernés ainsi qu'aux professionnels concernés. En évitant de faire appel à un tiers spécialisé de la médiation ou du « psy », nous marquons, *de facto*, la responsabilité de l'institution dans la mise en place de tels dispositifs de régulation. Les dispositifs sont saisis par les professionnels lorsqu'ils rencontrent une difficulté dans la mise en place d'un projet, qu'il soit thérapeutique ou socio-éducatif. En médecine, il peut s'agir, par exemple, d'un patient suivi par un centre de traitement de la douleur et qui refuse les traitements proposés pour des motifs non élucidés. En protection de l'enfance, il peut s'agir de professionnels de la petite enfance confrontés, depuis plusieurs années, à la récurrence de problèmes éducatifs pour des enfants dans une même famille sans véritablement parvenir à repérer ce qui met en échec les interventions professionnelles successives.

### Approche culturelle pour dénouer des situations

L'accord des usagers pour participer à ces dispositifs est un préalable incontournable. Il va permettre la rencontre, dans un même lieu, des professionnels et des usagers concernés par la prise en charge. Dans toutes les situations où il apparaît que l'approche culturelle peut aider à mieux comprendre et à dénouer une situation, nous faisons appel à la collaboration d'un professionnel médiateur de même origine que l'usager. Sa connaissance intime des systèmes familiaux et des ressources communautaires est alors une aide précieuse.

Dans les deux dispositifs, le premier temps de la rencontre permet de clarifier devant l'usager et ses proches le projet professionnel le concernant, qu'il soit médical ou socio-éducatif. En donnant à l'usager les moyens de comprendre les logiques qui sous-tendent le projet professionnel, nous lui ouvrons la possibilité de le questionner et d'en devenir un partenaire actif.

Dans un second temps, nous sollicitons le point de vue de l'usager sur le sens que prend pour lui et sa famille l'événement le concernant, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un problème de protection de l'enfance. Il participe alors à la production des informations, des savoirs et des interprétations concernant sa propre problématique. Et il n'est pas rare de faire émerger une définition beaucoup plus large que celle que lui attribuait initialement le professionnel.

Une fois les deux points de vue exprimés, celui du ou des professionnels, d'une part, celui de l'usager et de ses proches, d'autre part, l'animateur du dispositif construit une interprétation les articulant. Il permet alors que l'intervention professionnelle fasse sens et s'inscrive dans le monde du patient.

En agissant ainsi, nous cherchons à mobiliser l'ensemble des ressources possibles, celles proposées par les professionnels mais également celles s'appuyant sur les potentialités de l'usager et de ses proches.

## Protection de l'enfance : une instance de concertation « parents-professionnels »

**L'instance de concertation « parents-professionnels » est un dispositif mis à la disposition des professionnels de Seine-Saint-Denis, œuvrant dans le champ de la protection de l'enfance. Initié dans le cadre d'une recherche-action, il a pour objectif d'associer étroitement les parents aux mesures de soutien envisagées pour leur enfant et de renforcer ainsi leurs chances de succès.**

Les principaux objectifs sont :

- d'associer le plus en amont possible les parents à l'élaboration des projets ou mesures de soutien envisagés dans le cadre de la protection de l'enfance ;
- d'identifier et de mobiliser l'ensemble des ressources, familiales et institutionnelles, dans une logique de coresponsabilité pour la mise en œuvre du projet.

Dans ce dispositif, inscrit dans le système départemental de protection de l'enfance, les parents confrontés à des problèmes éducatifs et les professionnels spécialisés peuvent travailler ensemble, avec l'appui de tiers,

autour des difficultés rencontrées et co-construire des projets de soutien. Le dispositif vise à rendre lisible le projet du professionnel et les logiques institutionnelles ; il favorise aussi l'émergence des interprétations de la famille sur les difficultés rencontrées et la mobilisation des ressources familiales disponibles. L'intention est d'initier d'autres postures professionnelles, d'autres pratiques, replaçant la famille au centre de l'élaboration des projets que chaque service, chaque professionnel est amené à construire au nom de la protection de l'enfance.

Participent à l'instance de concertation :

- la famille concernée par les difficultés : le père et la mère de l'enfant naturellement mais également d'autres acteurs familiaux impliqués ou susceptibles de l'être : grands-parents, oncle, tante, etc. L'enfant, lui-même, directement concerné pourra, avec l'accord de ses parents participer à l'instance ;
- le ou les professionnels impliqués dans le repérage des difficultés de l'enfant et ceux impliqués dans l'élaboration d'un projet de soutien ;
- le tiers : le dispositif est sous la responsabi-

lité d'un professionnel de l'institution qui en assure également l'animation concrète. Ces professionnels, médecin de PMI, assistante sociale ou éducateurs spécialisés, interviennent en binôme. Ils maîtrisent les logiques de protection de l'enfance et sont formés aux techniques d'entretien de groupe.

L'instance de concertation est conçue comme un outil technique à disposition de professionnels volontaires. Compte tenu de son originalité, les promoteurs et les services départementaux concernés (Aide sociale à l'enfance, PMI et service social) ont, dès son origine, encadré le dispositif d'une évaluation menée par un sociologue indépendant. Les résultats de cette évaluation étant particulièrement encourageants, une extension du dispositif à l'échelon du département est en cours de réalisation.

**S. B.**

**Contact :** Circonscription PMI du Raincy, 87, boulevard de l'Ouest – 93240 Le Raincy  
Tél. : 01 43 02 61 18 – Courriel : sbouznah@cg93.fr

## Un besoin de « reliance »

Devant les problèmes posés par la complexification croissante des mondes professionnels, Edgar Morin (4) introduit la notion de « reliance », pour caractériser notre capacité à établir des passerelles ou des liens entre un sujet et ces mondes professionnels. Il l'érige en impératif éthique de nos sociétés modernes.

Si la distance avec ces mondes professionnels est particulièrement mise en lumière pour les migrants, elle est également vraie pour les patients dits « autochtones ». C'est donc bien l'accessibilité et l'intelligibilité des systèmes professionnels qui est questionnée et non pas une difficulté spécifique qui serait l'apanage du migrant (5). Le type de démarche que nous proposons est une réponse possible à ces nouveaux défis, cependant elle ne doit pas être déléguée à des institutions tierces, quels

que soient leur savoir-faire et leur expérience dans ce domaine. C'est à l'intérieur même des mondes professionnels concernés que nous devons construire des outils de régulation qui permettront de répondre à ces questions. Former des professionnels capables d'être des médiateurs dans leur propre institution est une réponse originale, à la hauteur du défi à relever.

### Serge Bouznah

Médecin de santé publique,  
association Ipaos, Culture et Santé, Paris.

1. Par commodité, le terme usager est employé comme catégorie générique renvoyant à ceux qui utilisent un service public, que ceux-ci soient des patients pour l'hôpital ou des familles pour les services de protection de l'enfance.
2. Utilisé dans le sens de celui qui n'a a priori aucune connaissance dans une science par opposition à l'expert.
3. Qu'il soit thérapeutique en médecine ou éducatif en protection de l'enfance.
4. Il s'agit d'animateurs intervenant en binôme : médecin de PMI, assistante sociale ou éducateur spécialisé.

## ► Références bibliographiques

- (1) Patel S. *Intercultural consultations. Language is not the only barrier*. Br Med J 1995; 310: 194.
- (2) Bouznah S., Lewertowski C., Samama M., Zimini Y. *Rencontre avec Agnès. Pour construire avec les familles, un dispositif de protection de l'enfance*. Journal du droit des jeunes 2006 ; 256 : 41-7.
- (3) Bouznah S., Lewertowski C., Margot-Duclot A. *Une nouvelle alliance contre la maladie ou Quand les jinnas viennent visiter les médecins*. Douleurs 2007 ; (8) 1 : 8-16.
- (4) Morin E. *La méthode : tome 6. Éthique*. Paris : Seuil, 2004 : 256 p.
- (5) Fassin D. *Santé, le traitement de la différence*. Hommes & migrations 2000 ; n° 1225 : 4-12.

## Une consultation pour prendre en compte la douleur des migrants

**Le Centre clinique de consultation interculturelle est né, en 1999, d'une collaboration entre le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) de la Fondation Rothschild et une équipe de médecins et de médiateurs formés à l'approche interculturelle de la maladie, appartenant à l'association Ipaos Culture et Santé. Cette consultation interculturelle est actuellement mise à disposition des équipes hospitalières spécialisées dans la prise en charge de pathologies chroniques et notamment les centres spécialisés de lutte contre la douleur chronique de Paris et sa région.**

Le Centre clinique de consultation interculturelle est un recours lorsqu'une équipe soignante est confrontée à une impasse dans la mise en place ou dans le développement d'un projet thérapeutique pour leur patient migrant de première ou seconde génération. Les problématiques observées vont de la non-adhésion aux thérapeutiques proposées à la dépendance excessive vis-à-vis du système médical dans des situations où les soignants sont souvent, eux-mêmes, convaincus qu'une réponse exclusivement de type médical est inadaptée.

Les objectifs poursuivis sont :

– aider les équipes médicales à mieux com-

prendre les problématiques des patients resituées dans leur contexte culturel ;

– expliciter au patient la logique qui sous-tend l'intervention médicale afin d'éviter les malentendus, qui nuisent à la prise en charge, et permettre ainsi au patient de devenir un acteur possible de la démarche de soin le concernant ;

– aider à la mise en place d'un projet global intégrant les ressources médicales mais aussi familiales et communautaires et rompre ainsi l'isolement morbide des patients ;

– permettre au médecin de construire une stratégie thérapeutique globale et cohérente avec l'univers du patient.

### Consultations interculturelles et médiations

Les moyens alloués sont les suivants :

– un soutien technique aux équipes ;  
– des interventions auprès du patient et de ses proches, sous forme de consultations interculturelles et médiations. La consultation interculturelle associe autour du patient – accompagné s'il le souhaite par ses proches – son médecin référent hospitalier, un médiateur culturel originaire du même groupe ethnique et maîtrisant la même langue maternelle. Un médecin formé à l'approche interculturelle de la maladie est à la fois responsable et animateur du dispositif.

Les médiations culturelles visent à accompagner les orientations de travail préconisées au sein de la consultation interculturelle. Le médiateur est susceptible de rencontrer les proches du patient, le plus souvent à leur domicile, parfois les professionnels impliqués dans la prise en charge sociale.

Ces interventions auprès du patient sont par nature limitées dans le temps. La consultation interculturelle est intégrée au plateau technique hospitalier et à la démarche de soin, afin d'éviter la prise en charge des migrants dans des services « spécialisés » hors des circuits communs. Elle est mobile afin d'être au plus proche des services hospitaliers demandeurs.

S. B.

*Ce projet a été retenu, en novembre 2001, par Bernard Kouchner, ministre de la Santé, dans le cadre du second Plan « douleur ». L'association Ipaos poursuit son action aujourd'hui en s'appuyant sur le soutien financier des fondations privées (Fondation de France, Fondation CNP, etc.).*

### Pour en savoir plus

Centre clinique de consultation interculturelle :  
Fondation Rothschild, 21-25, rue Manin –  
75019 Paris – Tél. : 01 48 03 65 96  
ou 06 03 54 22 69  
Courriel : centremediation@free.fr

# Accoucher à domicile ?

## Comparaison France/Pays-Bas

**Faut-il réhabiliter, en France, l'accouchement à domicile pour les grossesses sans risque ? développer les Maisons de naissance où les sages-femmes ont le premier rôle ? Les Pays-Bas l'ont fait, un accouchement sur trois se déroule à domicile. Madeleine Akrich analyse le système néerlandais et conclut que la France devrait s'en inspirer. Ce qui passe par une reconnaissance des compétences des sages-femmes comme « accoucheuses naturelles ». Et remet en cause les prérogatives des gynécologues-obstétriciens.**

Quand verront le jour, en France, les Maisons de naissance ? Lieux d'accouchement pour les femmes ayant une grossesse sans risque et initiative préconisée par la loi Kouchner en 2002, ces Maisons – au sein desquelles la sage-femme se charge de l'accouchement, comme dans d'autres pays européens – n'ont pour l'instant pas connu de réalisation effective (*NDLR : voir encadré ci-contre et article p. 20*). Il est vrai que l'idée même de Maisons de naissance se trouve aux antipodes des principes qui ont, depuis vingt ans au moins, orienté les politiques liées à la périnatalité : la médicalisation de l'accouchement est apparue comme le moyen privilégié permettant d'améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Cette médicalisation est basée sur un postulat partagé par la plupart des obstétriciens, à savoir que tout accouchement est potentiellement risqué, que la survenue d'un problème est imprévisible et peut nécessiter une intervention sans délai sous peine de dommages irréparables. Partant de là, assurer la sécurité revient à concentrer les moyens humains (anesthésiste, pédiatre, obstétricien en permanence accessibles) et techniques. Cette politique s'est traduite sur le plan organisationnel par :

- la fermeture d'un grand nombre d'établissements : on est passé de huit cent quinze maternités en 1997 à six cent onze en 2004 et le mouvement se poursuit ;
- la mise en place de réseaux hiérarchisés de maternités, réparties en trois niveaux : les établissements de niveau III, comportant un service de réanima-

tion néonatale, et donc capables de gérer les pathologies les plus lourdes, se trouvent au sommet de la pyramide ; ceux de niveau I ne doivent *a priori* s'occuper que des naissances sans complications ; les maternités de niveau II incluent un service de néonatalogie sans réanimation. Cette politique s'est aussi traduite par des interventions techniques toujours plus envahissantes : échographies, outils de diagnostic prénatal, analyses biologiques ponctuent le suivi de grossesse ;

le monitoring en continu du rythme cardiaque fœtal, la perfusion d'hormones accélérant l'accouchement, l'analgésie péridurale, l'épisiotomie sont devenus quasi incontournables pendant l'accouchement. À peine né, le bébé est enlevé très vite des bras de sa mère et soumis à toute une batterie de gestes invasifs : administration de vitamine K et d'un collyre dans les yeux, mesure, pesée et prise de température, aspiration gastrique, test de perméabilité anale et test à la seringue...<sup>1</sup>

## Une médicalisation contestée

Or, cette technicisation est aujourd'hui contestée à la fois par la recherche médicale internationale et par les usagers. De nombreux travaux montrent en effet que la plupart de ces interventions (rupture de la poche des eaux, administration d'hormones accélérant le travail, monitoring en continu, épisiotomie, césarienne, etc.) ne présentent pas d'avantages décisifs et, à l'inverse, entraînent des conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant. Cela commence à être reconnu en France, notre pays n'étant pas de ce point de vue à la pointe de l'évolution : ainsi, à la demande de groupes d'usagers et se basant sur ces études, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié récemment des recommandations de pratique professionnelle visant à éliminer une pratique en cours, l'expression abdominale<sup>2</sup>, ou à limiter drastiquement les accouchements déclenchés ;

### Maisons de naissance : aux Pays-Bas, en Allemagne et au Québec

« Le dossier *Maisons de naissance* est au point mort, il n'y a pas d'expérimentations prévues », indiquaient au *Monde* l'été dernier les collaborateurs du ministre de la Santé (article de S. Blanchard, *Le Monde*, édition du 22 juillet 2007). Le quotidien présentait ainsi ces structures : « *Gérées exclusivement par des sages-femmes, à proximité immédiate d'une maternité, les Maisons de naissance – comme il en existe en Allemagne, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas ou au Québec – ont pour objectif d'accompagner les femmes enceintes dans des conditions moins médicalisées et plus personnalisées afin de mieux respecter la physiologie et de différencier la prise en charge des grossesses à "bas risque" de celles à "haut risque". (...) Les Maisons de naissance, considérées par leurs défenseurs comme "une réponse à une réelle attente des femmes" et par les détracteurs comme un "retour en arrière" après la fermeture, depuis le milieu des années 1970, de plusieurs centaines de petites maternités, butent sur la réticence des gynécologues-obstétriciens et le poids d'une culture périnatale qui a tout misé sur l'amélioration de la sécurité et la technicisation, au détriment parfois de l'accompagnement humain.* » (NDLR : pour d'autres informations sur les Maisons de la naissance, voir également l'encadré p. 21).

M. A.

de même, le Collège national des gynécologues-obstétriciens a rédigé, en 2005, une recommandation sur la pratique de l'épisiotomie – qui concerne la moitié des femmes et deux tiers des primipares – afin d'inciter les professionnels à la modération.

S'appuyant sur ce constat, des associations d'usagers dénoncent de plus en plus fermement cette médicalisation qui – de leur point de vue – perturbe le déroulement de cet événement avant tout familial, nuit à l'établissement des relations précoces entre parents et nouveau-nés et laisse des séquelles tant physiques que psychologiques à une proportion importante des femmes. La place accrue de la médecine a d'autres effets pervers : les parents se sentent peu sûrs d'eux, voire incompetents ; ils ont tendance à s'en remettre aux professionnels et perdent confiance dans leur capacité à mettre au monde et élever leur enfant. Le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)<sup>3</sup>, principal mouvement d'usagers sur la naissance qui regroupe cent trente-sept associations, plaide depuis plusieurs années pour une reconsidération de la place des techniques dans le suivi de grossesse et l'accouchement, et pour le développement de filières de soins alternatives, comme les Maisons de naissance et l'accouchement à domicile, qui permettent de redonner à la famille toute sa place dans cet événement<sup>4</sup>. Démarche qui n'est pas encore couronnée de succès, comme nous l'avons vu, tant le modèle obstétrical centré sur le risque reste prégnant en France...

### L'exemple des Pays-Bas

Pourtant, d'autres pays ont déjà expérimenté ces formes de soins : au Québec, dans les pays nordiques, en Allemagne, des Maisons de naissance fonctionnent depuis plusieurs années ; en Grande-Bretagne, l'accouchement à domicile se développe avec la bénédiction des autorités. Les Pays-Bas, quant à eux, n'ont pas eu besoin de « redécouvrir » les bienfaits d'une approche physiologique de la naissance : avec constance tout au long du xx<sup>e</sup> siècle, ils ont su maintenir des taux importants d'accouchements à domicile (encore plus de 30 % aujourd'hui) avec des indicateurs en termes de mortalité et de morbidité comparables à ceux de la France. Une analyse rapide de leur organisation nous permettra de com-

prendre le chemin à parcourir en France.

Toute l'organisation néerlandaise est basée sur le postulat qu'il est possible de séparer sans ambiguïté les situations normales des situations pathologiques ou à risque, et que, dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que les accouchements normaux se déroulent dans un lieu non médicalisé, comme le domicile des futurs parents. Ici, donc, la sécurité n'est pas attachée comme en France au lieu et à la quantité de moyens qui s'y trouvent accumulés, mais réside dans le couplage approprié entre une femme particulière et un lieu : à condition que la femme le souhaite et qu'elle habite à moins de vingt minutes d'un hôpital (ce qui, compte tenu de la géographie néerlandaise, est le cas majoritaire), un accouchement normal sera aussi sûr à la maison, où le minimum de perturbations et d'interventions sont à craindre, alors qu'un accouchement pathologique ne peut se dérouler en sécurité qu'à l'hôpital. Un troisième dispositif, l'accouchement dit en « polyclinique », permet à une femme sans problème particulier, mais qui préfère le milieu hospitalier ou qui habite trop loin d'un hôpital, d'accoucher dans une maternité : après un début de travail à la maison, elle est accompagnée de la sage-femme qui a suivi la grossesse et qui assure l'accouchement dans des conditions strictement identiques à celles du domicile ; elle sort de la maternité 24 heures au maximum après y être entrée.

### Savoir-faire des sages-femmes

Dans cette organisation, toute la question est de savoir comment est gérée la frontière entre physiologie et pathologie. L'ensemble du système néerlandais est articulé autour d'un dispositif de coordination d'une grande simplicité, la liste d'indications obstétricales (VIL) : ce document dresse l'inventaire d'un certain nombre de maladies ou de troubles divers qui peuvent faire partie du passé médical et obstétrical de la femme enceinte, ou qui sont susceptibles de se déclarer lors de la présente grossesse, lors de l'accouchement ou en *post-partum*.

Les indications sont classées en trois catégories : A, B, C ; une femme sans indications particulières ou avec des indications de type A est suivie par une sage-femme et peut accoucher à domi-

cile ou en « polyclinique » ; les indications de type C impliquent un suivi par l'obstétricien et un accouchement à l'hôpital ; dans le cas des indications de type B, la sage-femme doit consulter un obstétricien ou envoyer sa cliente à une consultation obstétricale et, au vu des résultats, elle décide soit de continuer à suivre la femme, soit de la « référer » à un spécialiste, ce qui va déterminer le choix d'un accouchement à domicile/polyclinique ou à l'hôpital. Au final, un peu plus de 30 % des femmes accouchent à domicile, 20 % en mode « polyclinique », et une petite moitié en milieu hospitalier, avec cependant une utilisation moins importante des techniques qu'en France : par exemple, le monitoring n'est pas placé systématiquement en continu.

Le fonctionnement du système néerlandais se caractérise donc par une séparation très stricte entre situation normale et situation pathologique, séparation qui est inscrite dans les professions – les sages-femmes ne traitent

que des cas normaux, les obstétriciens que des cas pathologiques – et recoupée dans la répartition des moyens techniques, qui diffèrent radicalement entre les deux situations. La hiérarchisation des professions et des savoirs est, sinon absente, du moins beaucoup plus faible qu'en France : les sages-femmes revendiquent un savoir-faire spécifique concernant les accouchements normaux. Elles n'ont que leurs mains, quelques petits instruments, leurs sens, leurs compétences sociales et leurs compétences techniques définies comme la capacité à n'agir qu'en cas de « réelle » nécessité, et cette relative pauvreté de moyens définit en creux l'importance des savoir-faire incorporés que les obstétriciens, confrontés majoritairement à la pathologie, ne possèdent pas.

### Assistante maternelle en renfort

Au moment de la naissance, une « assistante maternelle » prend place aux côtés de la sage-femme : dans les premiers jours après l'accouchement, elle

revient s'occuper des tâches ménagères et aider les jeunes parents dans leurs premiers contacts avec leur enfant : allaitement, bain, soins divers, etc. L'organisation permet que l'arrivée de l'enfant se fasse sans ruptures, ni rupture de lieu, ni rupture « d'ambiance » : il n'y a pas comme en France ce contraste si perturbant entre le séjour en milieu hospitalier pendant lequel la compétence médicale se déploie sans relâche et le retour au domicile qui laisse souvent aux femmes un sentiment d'abandon profond.

On le voit, les différences que l'on observe entre les deux pays ne sont pas « superficielles » et d'organisation, elles renvoient à des différences profondes sur la « philosophie » de l'accouchement, la définition des professions, la nature des savoirs professionnels.

L'expérience hollandaise montre qu'une autre voie existe *in vivo* ; rendant possible une réponse aux attentes exprimées par nombre de parents ; au-delà des moyens qu'elle demande, cette voie nécessite une révolution culturelle et organisationnelle dont l'un des points est manifestement la prise en compte du point de vue des parents. Et ce, pour rendre effective une autre révolution : celle qui place les usagers au cœur du système de soins ; des usagers responsables et capables de prendre des décisions, en interaction avec les professionnels.

#### Madeleine Akrich

Directrice,  
Centre de sociologie de l'innovation,  
associé au CNRS (UMR7185),  
École nationale supérieure des mines, Paris.

#### Pour en savoir plus

CSI : <http://www.csi.ensmp.fr/>

1. Voir le rapport « Pratiques autour de la naissance en Côte-d'Or. Points de vue de professionnels et de mères », étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé à la demande de l'Observation régionale des usagers en périnatalité, 2006.

2. Pratique censée aider à la sortie du bébé, qui consiste à appuyer sur le ventre de la parturiente ; en fait, comporte des risques très importants et est inefficace.

3. <http://ciane.info>

4. Voir Collectif Ciane. Des États généraux de la naissance à la plate-forme périnatalité. *Spirale* n° 41, 2007 : 28-40.

# Naissance : comment le Québec accompagne les familles

**C'est l'un des « savoir-faire » spécifique du Québec en matière d'éducation à la santé : un programme innovant accompagne les familles les plus vulnérables avant et après la naissance de leur enfant. Avec, comme point fort, un « suivi à domicile » par un professionnel, pendant la grossesse puis plusieurs années après. Daniel Beauregard présente ce dispositif avec une approche critique, évoquant les freins psychologiques et financiers que rencontrent les professionnels mais aussi les familles.**

Pour offrir des services de base en périnatalité, le Québec a fait le choix de développer des programmes spécifiques pour des familles dites vulnérables. Ces services s'adressent aux jeunes femmes enceintes de moins de 20 ans, aux pères et à leurs enfants de 0-5 ans, aux jeunes mères adolescentes, mais aussi aux mères vivant dans des situations d'extrême pauvreté. La base contextuelle du programme provient :  
– des connaissances développées autour des déterminants de leur santé, autour de l'importance d'agir tôt auprès des enfants afin de leur assurer un meilleur départ dans la vie ;  
– de plus de vingt ans d'expérimentation et d'intervention en périnatalité dans des contextes de grande pauvreté. Le programme s'inspire aussi des travaux de Hegel Holz, aux États-Unis, débutés dans les années 1980.

Les objectifs visent la santé et le bien-être des enfants et des parents, le développement optimal des enfants, l'amélioration des conditions de vie des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils s'inscrivent dans le soutien plus global que peut obtenir la famille de la part de sa communauté immédiate (ressources locales, services de garde, école, etc.), ainsi que dans l'environnement global, des politiques pouvant être développées pour soutenir les familles.

## Suivi à domicile par un professionnel

Lorsque l'on parle du renforcement du pouvoir d'agir des individus, on parle d'accompagnement des familles, du suivi fait par un intervenant privilégié. Au Québec, les structures autour de

la périnatalité et des services de la petite enfance sont différentes, et l'on fait beaucoup appel à ce que l'on appelait les « centres de services communautaires », nommés désormais « centres de santé et services sociaux ». Une autre stratégie est le renforcement du pouvoir d'agir des communautés par le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être ; ce qui passe par l'action intersectorielle locale, régionale et nationale. Plus précisément, l'accompagnement des familles se fait lors d'un suivi à domicile par un intervenant privilégié. Au cours de la période prénatale, ce sont surtout des infirmières soutenues par une équipe interdisciplinaire qui assurent ce suivi toutes les deux semaines, dès la douzième semaine de grossesse. Par la suite, en postnatal, ce suivi est assuré toutes les semaines de 0 à 6 semaines, toutes les 2 semaines de 7 semaines à 12 mois, tous les mois de 13 mois aux 5 ans de l'enfant.

## Développer un sentiment de compétence

La mise en œuvre de ce programme pose toute une série de questions, elle est instructive sur ce que peut vouloir dire « intervenir en contexte de grande vulnérabilité ». D'un côté, la littérature préconise un suivi soutenu et sur une longue durée mais sur le terrain, en termes d'application, ce suivi n'est pas toujours aisé à mettre en œuvre, et certaines questions se font jour. Effectivement, le lien de confiance s'établit beaucoup autour de la question d'humanité, et cela passe par la proposition à la famille d'une présence, pour faire en sorte que l'intervenante identifie – pour les pren-

dre en considération – les besoins et les préoccupations des familles ; l'autre aspect étant d'agir sur le sentiment d'auto-efficacité.

Pour tisser ce lien de confiance, il est nécessaire de partir de ce que les pères et mères sont déjà en capacité de réaliser, et de développer un sentiment de compétences. Cela peut être fait par l'action directe, en plaçant les parents en situation d'agir. L'on constate aussi que le parent tente de reproduire tout ce qui est fait par les intervenants dans leur façon d'être en lien avec les parents et l'enfant. L'accompagnement et l'initiation sont nécessaires pour assurer le sentiment d'auto-efficacité, et tout ce qui tourne autour du plaisir, des contacts que l'on peut avoir avec les parents. Certaines interventions portent, surtout au départ, sur des besoins immédiats et des résolutions de problèmes (alimentation, logement, etc.). Par la suite, les parents s'ouvrent à d'autres types de préoccupations (habitudes de vie pendant la grossesse ou après la naissance de l'enfant, pratiques parentales, développement d'un environnement sécurisant chez l'enfant, etc.).

## Approcher les familles en douceur

Un autre aspect de l'action concerne le développement du pouvoir d'agir des communautés, c'est-à-dire ici des structures environnantes de santé, d'éducation et du social, qui passe par une action intersectorielle locale, régionale et nationale. Concrètement, les familles sont présentes aux regroupements intersectoriels (établissements du réseau de la santé, centres de services sociaux,

centres de protection de la jeunesse, organismes communautaires, centres de la petite enfance, municipalités, etc.) ; ces regroupements réunissent autour d'une même table ceux qui sont intéressés, de près ou de loin, au développement des enfants, afin d'assurer à l'ensemble des familles un soutien adéquat. Les conditions de qualité de l'action résident dans le respect des structures locales et de l'autonomie des acteurs, le partage de l'information et de la décision, et la reconnaissance et la valorisation du savoir de chaque acteur et des différentes logiques d'action. Les familles ne sont pas obligées de faire appel aux services, il faut donc inventer toutes sortes de façons d'être présent dans la communauté pour que les familles sentent qu'elles ont droit à ces services.

On constate au départ des tensions entre savoir scientifique (celui des professionnels) et savoir de l'action (celui de la famille). Mais, à partir du moment où les familles se rendent compte que les services sont sans jugement, humains et proches de leur réalité, elles en demandent davantage. Dans le fond, il se passe quelque chose entre l'intervenant et la famille. D'un côté, la famille se rend compte qu'il y a beaucoup d'humanité au travers des gestes de l'intervenant, et de l'autre, l'intervenant modi-

fie sa façon d'être présent auprès de la famille.

### Les limites de l'exercice

Toutefois cette situation génère un danger potentiel : si la société devient plus intolérante – et instaure en quelque sorte un « contrôle social » de la famille en question, les intervenants risquent d'être plus figés dans leur rapport aux familles et ces dernières vont le sentir et prendre du recul. Autre point de tension possible : l'importance des besoins des familles peut laisser penser aux intervenants que, par exemple, cela n'aurait pas de sens de leur parler d'allaitement. Dans ce cadre, être capable de bien percevoir et prendre en compte la préoccupation du parent est excessivement important. Appliquer un programme gouvernemental de ce type peut placer les professionnels devant des choix difficiles : en effet, si le ministère fixe un nombre de familles à rencontrer, en tant qu'intervenant, quel choix est-il possible de faire ? Il est certain que cela peut créer des tensions. Par ailleurs, dans le cadre des regroupements intersectoriels, le milieu institutionnel et le milieu communautaire se retrouvent avec des organismes communautaires qui ont leur propre autonomie, avec des institutions, et les relations ne sont pas toujours évidentes entre ces partenaires. En revan-

che, ces conflits peuvent être générateurs de créativité, peuvent permettre de se mettre en situation d'écouter l'autre dans sa différence, de trouver un terrain d'entente.

### Aller chercher les compétences des parents

Il est donc nécessaire de créer des liens de confiance, de reconnaître le savoir des parents, d'aller chercher leurs compétences, de reconnaître aussi la connaissance et le savoir des acteurs du milieu. Il est intéressant de constater que plus on développe un lien entre le terrain et la recherche, plus le terrain demande des évaluations, induisant un réel partage des connaissances. Par ailleurs, l'accompagnement des intervenants est important et demande des formations, du soutien, car il n'est pas évident d'intervenir en contexte de grande vulnérabilité. L'évaluation et la recherche doivent enfin être bien ancrées avec l'ensemble des acteurs, il ne faut pas faire en dehors des acteurs, mais avec eux, y compris avec les parents.

**Daniel Beauregard**

Conseiller scientifique en soutien des interventions en périnatalité/développement des enfants de 0-1 an, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Canada.

# Pour en savoir plus

Pour aborder ce sujet très vaste, nous avons délibérément circonscrit nos recherches aux relations entre parents et enfants (à naître et nouveau-né) et aux relations entre professionnels et futurs ou nouveaux parents.

Les résultats sont répartis dans quatre rubriques : ouvrages et rapports, revues, guides et brochures, organismes et sites Internet. Notre sélection s'est portée sur des références nationales, ou internationales francophones, et propose une approche généraliste et psychosociologique plutôt que médicale. Nous avons choisi de citer des dossiers ciblés de revues spécialisées mais d'exclure (comme il est d'usage dans cette rubrique) les articles isolés.

Dans chaque sous-rubrique, les références sont classées par ordre chronologique inversé puis par ordre alphabétique du nom de l'auteur. Dans la rubrique « organismes et sites Internet », le classement est établi par ordre alphabétique. Dernière visite des sites Internet mentionnés : 22/08/2007.

## ▮ OUVRAGES ET RAPPORTS

### Rapports officiels/généralités

• Hermange M.-T. *Périnatalité et parentalité*. Paris : La Documentation française, 2006 : 45 p.

En ligne : [http://www.famille.gouv.fr/rapports/perinat\\_parent/rapport.pdf](http://www.famille.gouv.fr/rapports/perinat_parent/rapport.pdf)

• Haute Autorité de santé (HAS). *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Saint-Denis : HAS, 2005 : 56 p.

En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_269939](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_269939)

• Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. *Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris : ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 2004 : 42 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>

• Martin C. *La parentalité en questions, perspectives sociologiques : rapport pour le Haut Conseil de la population et de la famille*. Paris : Haut Conseil de la population et de la famille, 2003 : 58 p.

En ligne : <http://lesrapports.ladocumentation-francaise.fr>

### Devenir père, devenir mère

• Delassus J.-M. *Le sens de la maternité*. Paris : Dunod, coll. *Enfances*, 3<sup>e</sup> édition, 2007 : 368 p.

• Godelier M. *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard, 2007 : 678 p.

• De Gasquet B., Codaccione X., Roux-Sitruk D., Pourchez L., D'Olier F. *Bébé est là, vive maman ! Les suites de couches*. Paris : Robert Jauze, 2005 : 319 p.

• Lefebvre H., Pelchat D. *Apprendre ensemble. Le Prifam : programme d'intervention interdisciplinaire et familiale*. Montréal : Chenelière Éducation, coll. Gaetan Morin Éd., 2005 : 196 p.

• Delaisi de Parseval G. *La part du père*. Paris : Seuil, coll. *Points essais*, 2004 : 379 p.

• Kniblichler Y., Neyrand G., Martin C., et al.

*Maternité et parentalité*. Rennes : ENSP, 2004 : 175 p.

• Missonnier S., Golse B., Soulé M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Puf, 2004 : 734 p.

• Tillard B. *Des familles face à la naissance*. Paris : L'Harmattan, 2003 : 298 p.

• Coum D. (sous la dir.). *Des parents ! À quoi ça sert ?* Paris : Érés, 2001 : 183 p.

• Delassus J.-M. *Devenir mère, histoire secrète de la maternité*. Paris : Dunod, 2001 : 248 p.

• Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warner Y.A. *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. Paris : Odile Jacob, 2<sup>e</sup> édition, 2001 : 309 p.

• Neyrand G. *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris : Puf, coll. *Éducation et formation recherches scientifiques*, 2000 : 394 p.

### Naissance et accouchement

• Jacques B., Segalen M. (préf.). *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Puf, coll. *Partage du savoir*, 2007 : 208 p.

• Gamelin-Lavois S. *Préparer son accouchement. Faire un projet de naissance*. Paris : Jouvence, 2006 : 93 p.

• Delassus J.-M. *Psychanalyse de la naissance*. Paris : Dunod, 2005 : 391 p.

• Lequien P. *Le nouveau-né*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2005 : 128 p.

### Précarité et « inégalités de naissance »

• Eliacheff C., Szejer M. (sous la dir.), Lambrichs L.L., et al. *Le bébé et les ruptures*. Paris : Albin Michel, coll. *La cause des bébés*, 2004 : 379 p.

• Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Québec : Santé et services sociaux Québec, 2004 : 79 p.



En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

• Poilpot M.-P. *Être parents en situation de grande précarité*. Paris : Fondation pour l'enfance, 2000 : 156 p.

• Martin C., Boyer G. *Naître égaux et grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : Direction générale de la santé publique, 1995 : 213 p.

En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf>

### Prévention précoce

• Pauchet-Traversat A.-F., Dosquet P. (sous la dir.). *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*. Paris : HAS, 2005 : 134 p.

• Roussey M., Kremp O. (coord.) *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Paris : Doin, coll. *Progrès en pédiatrie*, 2004 : 301 p.

• Dugnat M. (sous la dir.). *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville-Saint-Agne : Érés, 2004 : 253 p.

• Missonnier S., Golse B. *La consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité*. Paris : Érés, coll. *La vie de l'enfant*, 2003 : 256 p.

## REVUES

### • La Santé de l'homme

<http://www.inpes.sante.fr>

n° 367 - 2003 : Santé des enfants, la place des parents

n° 343 - 1999 : Portrait de famille

### • Spirale

[http://www.edition-eres.com/resultats\\_collections.php?COLLECTION=110](http://www.edition-eres.com/resultats_collections.php?COLLECTION=110)

n° 41 - 2007 : Le livre blanc de la périnatalité

n° 39 - 2006 : Les dix commandements de la périnatalité

n° 37 - 2006 : Santé en périnatalité : de la promotion à l'illusion

n° 29 - 2004 : Parentalité accompagnée... parentalité confisquée

n° 26 - 2003 : Conjugalité, parentalité : quel paradoxe ?

n° 15 - 2000 : Réseaux de soins en périnatalité

n° 11 - 1999 : Le père, l'homme et le masculin en périnatalité

etc.

### • Naissances (anciennement Cahiers de l'Afrée)

<http://www.afree.asso.fr/prenate.html>

n° 19 - 2005 : Fonction de tiers et construction parentale

n° 18 - 2003 : Psychanalyse et prénatalité

n° 17 - 2003 : Place des émotions dans les pratiques autour de la naissance : quelle évaluation ? Actes des VI<sup>e</sup> Journées européennes « Naissance et avenir ».

n° 16 - 2001 : Les liens autour de l'enfant à naître : une urgence psychique, Actes des V<sup>e</sup> Journées « Naissances et avenir ».

n° 14 - 1998 : L'accès à la parentalité des familles vulnérables : facteur d'exclusion ou d'intégration ? Actes des IV<sup>e</sup> Journées européennes « Naissance et avenir ».

### • Carnets de Parentel

<http://www.parentel.org>

n° 24 - 2006 : Les mères, ici et ailleurs

n° 21 - 2004 : Partager la parentalité

etc.

### • École des parents

<http://www.ecoledesparents.org/>

n° 563 - HS, 2007 : Mettre au monde

n° 557 - 2006 : Parents malgré tout

n° 550 - HS, 2005 : Les nouvelles formes de parentalité

n° 537 - 2003 : Parents/professionnels de l'enfance : se faire confiance

n° 535 - 2003 : Désirer un enfant ?

Et aussi :

### • Les dossiers de l'obstétrique

Revue d'information et de réflexion pour la sage-femme et l'équipe de maternité.

<http://www.elpea.fr>

### • Les cahiers de la puéricultrice

Publication de l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE).

<http://france.elsevier.com/html/detrevue.cfm?code=BB>

## GUIDES ET BROCHURES

• Direction générale de la Santé. *Carnet de santé maternité*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, décembre 2006 : 46 p.

En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/carnet\\_maternite/carnet\\_maternite.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/carnet_maternite/carnet_maternite.pdf)

• Desjardins N., Dumont J., La Verdure J., Poissant J. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Québec : Santé et services sociaux Québec, 2005 : 177 p.

En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-836-01.pdf>

• Comité départemental d'éducation pour la santé du Pas-de-Calais. *Guide à l'usage des porteurs de projets en parentalité*. Arras : CDES Pas-de-Calais, 2003 : 45 p.

En ligne : [http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/prs/guide\\_porteur/pdf/projparent.pdf](http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/prs/guide_porteur/pdf/projparent.pdf)

• L'Office de la naissance et de l'enfance est l'organisme de référence de la Communauté française de Belgique pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de

l'enfance, à la protection de la mère, au soutien à la parentalité et à l'accueil de l'enfant.

Il édite plusieurs brochures (dont la liste complète est disponible en ligne sur <http://www.one.be/pub/pub.htm>), parmi lesquelles la série des trois carnets suivants :

– Office de la naissance et de l'enfance (ONE). *Devenir parents*. Bruxelles [BE] : ONE, 2007 : 71 p.

En ligne : <http://www.one.be/PDF/BROCHURES/carnetparents.pdf>

– Office de la naissance et de l'enfance (ONE). *Carnet de la mère*. Bruxelles [BE] : ONE, 2000 : 57 p.

En ligne : <http://www.one.be/PDF/BROCHURES/carnetdelamere.pdf>

– Office de la naissance et de l'enfance (ONE). *Carnet de l'enfant (0 à 12 ans)*. Bruxelles [BE] : ONE, 2000 : 82 p.

En ligne : <http://www.one.be/PDF/BROCHURES/carnetenf.pdf>



## ORGANISMES ET SITES INTERNET

### Organismes

#### • Alliance francophone pour l'accouchement respecté (Afar)

L'Afar, membre du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane), réunit des parents, des professionnels de santé et des associations qui souhaitent que la mère, le couple et l'enfant soient respectés dans leurs choix au moment de la naissance.

L'Afar organise, chaque année, la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (Smar), pendant laquelle des objectifs et des idées concrètes d'actions sont proposés.

La banque de données de l'Afar, disponible sur son site Internet depuis 2003, recense les publications. Elle est alimentée par les contributions de bénévoles intéressés par le partage des informations scientifiques sur l'accouchement et la périnatalité.

En ligne : <http://afar.naissance.asso.fr/>

#### • Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (Afrée)

L'Afrée est composée de praticiens de l'enfance engagés dans la clinique, la recherche et la formation, explorant tout particulièrement le champ ouvert par le rapprochement des disciplines concernées : obstétrique, pédiatrie et ses spécialités, travail social, médecine de famille, psychologie, etc.

Dans le domaine de la prévention précoce, l'Afrée participe à des programmes européens et organise les journées « Naissance et avenir ». Sous l'impulsion du ministère de la Santé, elle a mis en place des « formations de formateurs » centrées sur les pratiques périnatales en 1989. Les échanges transdisciplinaires sont transcrits dans les *Cahiers de l'Afrée*, devenus début 2003, la revue *Naissances*.

**Afrée** : BP 64164 – 34092 Montpellier Cedex 5  
Tél. : 04 67 33 99 12

Courriel : [afree@afree.asso.fr](mailto:afree@afree.asso.fr)

En ligne : <http://www.afree.asso.fr/>

• **Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)**

Le Syndicat national des médecins de PMI a été créé en 1963 dans le but de promouvoir et protéger la santé des enfants, des adolescents, des femmes et des familles. Il rassemble les médecins des services départementaux de PMI quel que soit leur statut. Le SNMPMI conçoit et inscrit son action en étroite relation avec l'ensemble des personnels de PMI et plus généralement des personnels territoriaux, dans une perspective d'amélioration de l'ensemble des déterminants de la santé.

Le syndicat organise, depuis 1975, un colloque sur les différents thèmes ayant trait à la santé de la mère, de l'enfant et de la famille en général. Les actes des colloques peuvent être commandés au SNMPMI.

**SNMPMI :**

65/67, rue d'Amsterdam – 75008 Paris

Tél. : 01 40 23 04 10

Fax : 01 40 23 03 12

Courriel : [snmpmi@free.fr](mailto:snmpmi@free.fr)

En ligne : <http://www.snmpmi.org>

**Autres sites (portails et collectifs)**

• **Banque de données de santé publique**

Le réseau BDSPP propose, sur son site Internet, un annuaire critique de sites web en santé publique. On y trouve notamment, sous les rubriques « santé de la mère et de l'enfant » et « enfance », une liste de nombreux liens dédiés aux thématiques de la périnatalité et de la parentalité.

En ligne : <http://www.bdsp.tm.fr/Webs/Default.asp>

• **Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)**

Le Ciane a émergé à l'occasion des États généraux de la naissance, en juin 2003, puis il s'est doté de statuts. Il regroupe à ce jour cent quarante associations, soit environ cent cinquante mille usagers du système de maternité en France. Le Ciane a organisé les États généraux de la naissance 2006 ([www.quellenaisssancedemain.info](http://www.quellenaisssancedemain.info)), dont les travaux ont permis de rédiger une plate-forme de propositions que le Ciane soumet aux organismes professionnels et aux futurs élus.

Un serveur a été mis en place pour compléter ce site et ouvrir des espaces mutualisés de documentation et de discussion (<http://naissance.asso.fr/wiki/index.php?pagename=PageAccueil>).

En ligne : <http://ciane.info/>

• **Naissance.ws : portail des sites Internet et associations francophones pour une approche « citoyenne » de la naissance**

Ce portail a pour objectif de répertorier tous les sites web officiellement référencés et de maintenir un répertoire général des associations françaises œuvrant pour l'amélioration des conditions de la naissance. Naissance.ws référence actuellement une trentaine de sites indexés dans son moteur de recherche, choisis en raison de leur intérêt documentaire en matière de naissance et de périnatalité. Il contient également des liens vers de nombreux autres sites et portails dans diverses langues. Le portail héberge des études scientifiques récentes, des extraits d'ouvrages (en version française ou anglaise), des témoignages de parents, des textes de réflexion, ainsi que des informations juridiques, des liens vers les répertoires de sages-femmes pratiquant l'accompagnement global, une biblio/vidéographie, et un annuaire des associations françaises engagées dans une démarche similaire.

En ligne : <http://portail.naissance.asso.fr/>

• **Périnatalité & suivi de grossesse**

La création de ce site francophone est issue de la collaboration franco-québécoise de deux centres hospitaliers universitaires : le CHU de Grenoble, en France, et le CHU de Québec. Cette collaboration s'inscrit dans un vaste projet qui vise à créer « une communauté hospitalière francophone centrée sur les soins, l'enseignement et la recherche » autour de la santé de l'enfant : le projet CQFD (Communauté Québec France Développement). Dans ce cadre, le site [perinat.com](http://perinat.com) est particulièrement axé sur la prise en charge de la femme et de l'enfant en période périnatale (grossesse, accouchement et suites de couches).

Il permet :

- de découvrir les pratiques franco-québécoises de prise en charge de la grossesse et les moyens technologiques d'information et de communication mis à la disposition de l'échange d'informations médicales ;
  - d'accéder en ligne à un enseignement de l'obstétrique ;
  - d'être informé de l'actualité de la prise en charge de la grossesse ;
  - de poser des questions aux professionnels.
- En ligne : <http://www.perinat.com/>

• **Portail de la santé publique de l'Union européenne**

La Direction générale santé et protection des consommateurs propose des informations et des données sur les questions liées à la santé et sur les activités menées au niveau européen et international dans ce domaine.

Une rubrique de ce portail s'intitule « Bébé et enfants » et présente, entre autres, les travaux de l'Union européenne en matière de santé périnatale, comme le projet Indicateurs pour la surveillance et l'évaluation de la santé périnatale en Europe – Peristat.

(<http://europeristat.aphp.fr/fr/index.html>)

En ligne : [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_fr.htm)

**Céline Deroche**

**Ève Gazzola**

**Élisabeth Piquet**

Documentalistes,

centre de documentation de l'INPES.

## Éduquer à la santé au travers d'un film : *Les Témoins*, d'André Téchiné

**Les Témoins, d'André Téchiné, est un film dramatique se situant au début des « années sida ». Évitant soigneusement tout jugement, A. Téchiné montre comment l'irruption du sida a imposé une redéfinition de la sexualité, de l'amour et de la vie en général. Ce film peut être utilisé par des professionnels dans une perspective d'éducation à la santé chez les 16-20 ans en particulier. À condition que l'animateur accepte et prenne en compte le rejet suscité chez certains adolescents d'images ou d'idées qui les heurtent, et qu'il utilise ces réactions et blocages pour nourrir le débat. Une manière de percevoir les « points sensibles » que le réalisateur touche chez les adolescents.**

**Un film d'André Téchiné  
France, 2007, 1 h 52  
Avec Michel Blanc, Emmanuelle Béart, Sami Bouajila, Julie Depardieu, Johan Libéreau**

### 1. Le film

Comme beaucoup de films d'André Téchiné, *Les Témoins* se présente comme un drame à plusieurs voix et à plusieurs personnages : dans le Paris des années 1980, un jeune provincial homosexuel, Manu, croise un médecin quinquagénaire qui ne parvient cependant pas à le séduire, puis un jeune couple qui vient d'avoir son premier enfant. Les personnages se rapprochent, s'éloignent, se retrouvent au gré de leurs passions et du hasard des rencontres. Mais une maladie qui ne porte pas encore de nom, le sida, va rompre brutalement le cours des choses : « Les beaux jours », ainsi que Téchiné a nommé la première partie de son film, vont alors céder la place à « La guerre » que tous vont devoir mener d'une manière ou d'une autre contre la maladie.

### 2. À quels spectateurs est destiné le film ?

Le film de Téchiné peut s'adresser à un public d'adolescents à partir de 15 ou 16 ans environ. Certains d'entre eux risquent cependant d'être heurtés par l'évocation franche de la sexualité et notamment de l'homosexualité. Si un tel rejet de leur part (en particulier s'il traduit une attitude homophobe) ne doit pas faire renoncer à la vision du film, l'ani-

mateur devra en tenir compte en évoquant cette question avant même la projection : les premières réactions devraient permettre à l'animateur de mieux connaître les participants et d'adapter éventuellement les activités proposées après la vision du film.

### 3. Relation à la problématique santé

Les intervenants en éducation à la santé auront sans doute remarqué la sortie des *Témoins*, dont le sida constitue le thème le plus apparent. Le film ne

se réduit cependant pas à cette thématique (ni encore moins à un message de prévention, même s'il n'oublie nullement le prix payé par d'aucuns à cette maladie), et son propos est sans doute plus vaste et plus complexe.

On remarquera d'abord la dimension historique ou mémorielle du film, qui débute en 1984, au moment où la maladie commence à prendre la forme d'une pandémie meurtrière et où les premières connaissances scientifiques émergent à peine et se répandent rapidement





## 4. Suggestion d'animation

Comme tout film, *Les Témoins* a suscité et suscitera des réactions contradictoires motivées par des raisons très diverses : si l'on peut craindre, comme on l'a dit, certains rejets de nature homophobe, d'autres spectateurs seront plus ou moins sensibles aux différents personnages, à l'histoire, à la narration très particulière du cinéaste, mais parfois aussi à des détails qui paraissent à première vue très secondaires. De telles réactions, positives ou négatives, ne dépendent pas nécessairement des thèmes les plus apparents du film et peuvent être liées à des éléments inattendus, notamment pour l'animateur qui souhaite utiliser ce genre de film pour une discussion en groupe dans une perspective d'éducation à la santé.

Plutôt que de considérer de telles réactions comme non pertinentes par rapport au contexte de l'animation, il est possible, avec un peu d'expérience, d'utiliser certaines de ces réactions pour dépasser le niveau des simples opinions pour aborder des problématiques qui touchent de façon plus personnelle sinon plus intime les spectateurs, notamment adolescents. Une telle démarche devrait permettre à l'animateur de mieux connaître les participants du groupe et surtout de déterminer les thématiques du film qui sont réellement pertinentes à leurs yeux.

On peut ainsi suggérer aux participants de décrire sur un morceau de papier, de façon anonyme et individuelle, d'une part, un élément du film auquel ils ont été particulièrement sensibles et, d'autre part, un élément qui leur a plus particulièrement déplu (sans donc leur demander de se focaliser sur une thématique de santé). Ces réactions seront ensuite recueillies par l'animateur et soumises à la discussion avec l'ensemble des participants. On donnera ici deux exemples de points qui pourraient faire ainsi l'objet d'un échange avec le groupe.

Parmi les réactions spontanées des spectateurs (relevées lors de discussions informelles), il y en a notamment une qui peut paraître porter sur un élément très secondaire, sinon même peu pertinent, mais qui permet – on espère du moins le montrer – de dérouler une « trame » de réflexion à travers tout le film : il s'agit des effets des interventions

dans le public<sup>1</sup>. En cela, le film souligne – même si nous le « savons » bien – que le sida a (déjà) une histoire et que l'image notamment de la maladie s'est transformée depuis son apparition : Téchiné n'hésite pas ainsi à montrer les stigmates du sida, notamment des lésions cutanées, qui ont aujourd'hui pratiquement disparu des grands médias alors que beaucoup se souviennent sans doute de certaines « images chocs » publiées à la fin des années 1980 et dans le courant des années 1990<sup>2</sup>.

Cette dimension mémorielle est immédiatement révélée par la voix off de la narratrice, Sarah, qui, comme écrivain, va raconter rétrospectivement les événements vécus par les personnages à travers ce qui est, d'une manière ou d'une autre, une quête de sens : l'épreuve du deuil est au cœur de cette interrogation sur l'ébranlement que le sida a constitué pour les différents personnages, morts ou survivants. Loin de se réduire à un problème de prévention (qui est bien entendu essentielle), la maladie a imposé à tous une redéfinition de la sexualité, de l'amour et de la vie en général.

Au cours de plusieurs affrontements, on voit ainsi comment deux des personnages, Adrien et Medhi, réagissent différemment à la maladie qui frappe le jeune Manu : bien que Téchiné maintienne toujours une certaine ambiguïté

sur les motivations de ses personnages, le premier, Adrien, profite d'une certaine manière de cette maladie pour se réapproprier ce jeune homme qui s'est toujours refusé à lui ; le second, Medhi, quant à lui, est sans doute confronté à des émotions beaucoup plus contradictoires, la peur (d'être contaminé), l'attachement, le remords ou la mauvaise conscience (en particulier d'échapper au destin tragique de son amant). Les propos échangés entre ces deux personnages – « *C'est la mort qui te fait bander !* »... dira Medhi, « *Baiser ? ! vous n'avez fait que ça* », accusera Adrien – montrent bien que la maladie joue comme un révélateur des conceptions les plus intimes et les plus profondes qu'ils se font de l'amour, de l'érotisme mais aussi d'eux-mêmes.

La tripartition du film – dont les sous-titres sont « Les beaux jours/La guerre /Le retour de l'été » – contribue également à cette distanciation à la fois historique, affective et intellectuelle par rapport à des événements vécus de façon extrêmement dramatique. Le procédé a d'ailleurs choqué certains spectateurs tant, à la fin du film, les personnages semblent renouer insouciamment avec leur vie ancienne, « *d'avant le sida* ». L'insouciance n'est sans doute qu'apparente, et l'écriture mémorielle de Sarah pose, aussi bien aux personnages qu'aux spectateurs la question : « *Comment vivre à présent avec le sida ?* ».

esthétiques supposées (qu'il s'agisse de chirurgie ou d'injections) sur l'actrice principale, Emmanuelle Béart. On pourrait être tenté d'éviter cette question, qui concerne d'abord sa vie privée, mais de nombreux spectateurs et spectatrices signalent que cet élément a pesé sur leur perception même du film (pouvant entraîner des jugements négatifs sur la crédibilité même du personnage qu'elle incarne). Si chacun peut avoir un avis à ce propos, on remarquera que la question de l'image corporelle – qui est visiblement plus importante au cinéma qu'en littérature par exemple – est loin d'être anodine dans le film de Téchiné : on a déjà évoqué les stigmates corporels laissés par le sida et que le cinéaste n'hésite pas à montrer ou à nous rappeler, mais on se souviendra également de la remarque d'Adrien (Michel Blanc) qui, devant le refus de Manu, parle de l'âge comme de la « vraie ségrégation » dans notre société.

L'image corporelle est au cœur de nos relations – et de nos malaises –, jouant un rôle important sinon décisif aussi bien dans le recours à des interventions esthétiques que dans notre perception du vieillissement. Et ce n'est pas un hasard si les scénaristes des *Témoins* ont alors « choisi » de faire mourir le personnage le plus jeune, Manu, un adolescent dont la beauté irradie tout le début du film : l'épidémie du sida a touché avec cruauté toutes les générations, mêmes les plus jeunes, suscitant ainsi une angoisse que « la libération sexuelle » de la décennie précédente croyait précisément avoir abolie. André Téchiné ne tient aucun discours moral ni explicatif, mais il dessine bien la (nouvelle) « configuration » dans laquelle s'inscrit aujourd'hui la sexualité (au sens large), prise aujourd'hui entre des tensions contradictoires, entre plaisir et contrainte (de se protéger), liberté et fidélité<sup>3</sup>, valorisation de la jeunesse sous toutes ses formes et crainte du vieillissement inéluctable (qui explique le recours de plus en plus fréquent à la chirurgie esthétique), et, de façon générale, entre peur(s) et insouciance.

Les opinions à l'intérieur d'un groupe vont effectivement osciller entre ces différents pôles mais il s'agira sans doute moins de donner raison à l'un ou à l'autre que de faire prendre cons-

cience de cette configuration contradictoire où nous nous trouvons aujourd'hui.

On relèvera, encore à ce propos, un aspect du film qui marque de nombreux spectateurs, à savoir les images de vacances aux couleurs extrêmement saturées qui se trouvent dans la première et la dernière partie du film : la robe jaune de Sarah, l'émeraude de la Méditerranée sous un soleil éclatant paraissent presque irréelles et contrastent avec l'atmosphère brumeuse sinon pluvieuse de la partie centrale du film, celle que Téchiné a nommée « La guerre ». Le retour à cette ambiance ensoleillée dans l'épilogue a même choqué certains spectateurs qui ont eu l'impression qu'elle effaçait artificiellement le drame que venaient de vivre les personnages.

Sans doute, cette légèreté retrouvée ne doit pas être mise au compte du cinéaste, mais bien des personnages et principalement d'Adrien, le médecin qui s'est lancé à corps perdu dans la lutte scientifique contre la maladie mais qui entame à ce moment une nouvelle histoire d'amour. La reprise, presque artificielle, des mêmes décors, des mêmes situations, vise certainement à souligner aussi bien l'absence de Manu que le « mensonge » de cette insouciance apparente. Il n'empêche que la réaction des personnages – sur lesquels le cinéaste ne pose pas de jugement – témoigne encore une fois de ces tensions qui nous traversent tous peu ou prou face à une épreuve comme celle du sida, de la maladie ou de la mort. Entre compassion et indifférence, entre mémoire et oubli, entre deuil et légèreté, il est rare que nous nous en tenions à une position unique et constante. « Le retour de l'été » que met en scène Téchiné illustre ainsi un balancement qui ne se confond cependant pas avec l'indifférence : la photographie aux couleurs extrêmement saturées peut être vue comme un indice de « l'irréalité » dans laquelle baignent alors les personnages (que cette irréalité soit celle du bonheur apparemment retrouvé ou bien de la mémoire dont Sarah est devenue la dépositaire).

Les différents éléments relevés par les spectateurs permettent, comme on le voit, un parcours à travers tout le film sans se focaliser *a priori* sur une thé-



matique particulière : une telle approche devrait favoriser une expression plus personnelle et permettre à l'animateur de mieux percevoir les « points sensibles » que touche réellement le film chez les participants.

**Michel Condé**

Docteur ès lettres, animateur, centre culturel Les Grignoux, Liège.

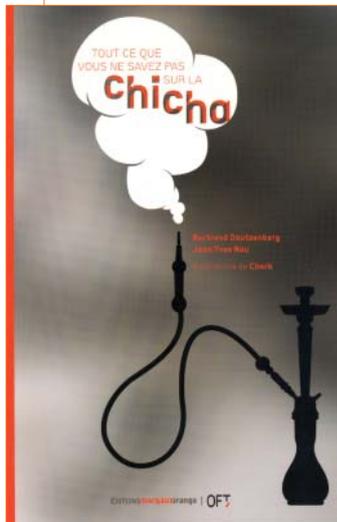
1. Pour rappel, les premiers cas de sida sont décrits aux États-Unis en 1981. En juillet de la même année, un article du New York Times donne une première information – avec toutes les incertitudes de l'époque – au grand public sur le cas de « Quarante et un homosexuels touchés par une forme rare de cancer ». En 1982, les médecins constatent l'apparition des premiers cas en Europe ; en quelques mois, l'apparition de nouveaux malades n'appartenant pas à la communauté homosexuelle et notamment la mort en décembre d'un enfant transfusé révèlent la nature infectieuse de la maladie, appelée désormais sida (ou aids en anglais). L'année suivante, est créée la première association de lutte contre le sida en France, « Vaincre le sida », et le virus (qui ne recevra le nom de VIH qu'en 1986) est isolé conjointement par une équipe de l'Institut Pasteur sous la direction du professeur Montagnier et par une équipe américaine. Les premiers tests de dépistage (Elisa) seront mis au point en 1985. Le film de Téchiné se déroule pendant les années 1984-1985, même si plusieurs spectateurs ont relevé des anachronismes, en particulier l'apparition trop précoce des tests : ces erreurs cependant sont peut-être volontaires et assumées par le cinéaste et ses scénaristes.

2. La publicité de Benetton montrant un malade du sida mourant entouré de sa famille date de 1992. Si l'on excepte les reportages sur l'Afrique, de telles images ont pratiquement disparu, semble-t-il, des médias. Ce n'est pas, bien sûr, notre propos ici de juger la valeur de telles images.

3. Sarah et Medbi forment un couple « libre » selon une conception assez répandue dans les années 1970 mais qui paraît aujourd'hui très marginale (du moins dans l'espace public).

## Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha

Bertrand Dautzenberg, Jean-Yves Nau, illustrations de Charb



Forme de consommation de tabac la plus fréquente chez les adolescents après la cigarette, la chicha, ou narguilé, demeure très méconnue. C'est ce qu'indique une enquête publiée dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (n° 21, 29 mai 2007) par Bertrand Dautzenberg, tabacologue coauteur avec Jean-Yves Nau, journaliste au *Monde*, de l'ouvrage présenté ici. Les fumeurs de chicha interrogés méconnaissent largement les dangers de la chicha, ne prennent pas de mesures d'hygiène et ne sont pas prêts à quitter la chicha. L'auteur conclut sur la nécessité d'une campagne d'information destinée aux jeunes sur les dangers de la chicha. *Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha* participe de cette nécessaire information.

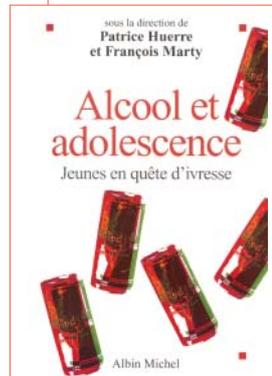
La première partie répond en termes simples aux principales questions sur la pipe à eau : son utilisation, la composition du tabac utilisé, sa toxicité, la situation juridique des bars à chicha, l'aide à apporter aux fumeurs, etc. La deuxième partie présente les données techniques et scientifiques récentes sur l'ampleur de la consommation chez les jeunes, la quantité de monoxyde de carbone expirée par les fumeurs ou encore la concentration en micro-particules dans les locaux enfumés par le narguilé.

Olivier Delmer

Paris : Margaux Orange, Paris : Office français de prévention du tabagisme (OFT), 2007, 144 pages, 15 €.

## Alcool et adolescence : jeunes en quête d'ivresse

Patrice Huerre et François Marty (dir.)



Patrice Huerre et François Marty avaient dirigé, en 2004, chez le même éditeur un ouvrage collectif consacré aux « liaisons dangereuses » entre cannabis et à l'adolescence. C'est aux liens qu'entretiennent les jeunes avec l'alcool qu'ils s'intéressent dans ce livre. Les textes réunis ont pour auteurs des psychiatres, psychologues, épidémiologistes, pédiatres ou psychanalystes qui font

référence dans leurs domaines respectifs. Après un état des lieux des comportements de consommation, l'ouvrage explore les ressorts psychologiques de l'abus d'alcool à l'adolescence. Les auteurs examinent ensuite la place de la prévention, en particulier en milieu étudiant, en mettant notamment en lumière les logiques marchandes des producteurs d'alcool et les enjeux en termes de mortalité routière. Différentes situations décrites brossent un panorama des contextes de consommation : le *binge drinking* ou « alcool-défoncé » et ses conséquences médicales, l'influence de la famille, les grandes écoles, les jeunes suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse ou encore les adolescents migrants. La dernière partie dresse l'état des lieux des recherches sur le phénomène et formule des propositions pour une prise en charge globale des dépendances.

O. D.

Paris : Albin Michel, 2007, 409 pages, 21,50 €.

## Représentations de la santé et de la maladie.

Actes du colloque du 12 décembre 2005, Bruxelles

Alain Cherbonnier (coord.)

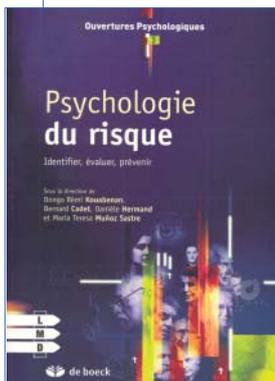
Dans les pratiques professionnelles, les représentations que se font soignants et soignés de la santé et de la maladie sont peu prises en compte. Cette situation s'explique par de multiples raisons : carences de la formation initiale et continue, contraintes financières et institutionnelles, changements sociodémographiques, tant chez les patients que chez les soignants, etc. Ce document issu d'un colloque montre que les conflits de représentation entre soignants et soignés sont le plus souvent évoqués sous l'angle du « choc culturel » : les conceptions de la santé et de la maladie, et les comportements liés à celles-ci, varieraient au point de mener à une incompréhension. Or, la première opposition culturelle se situe sans doute plutôt dans les positions respectives du patient et du soignant, le rapport de force pouvant être un autre aspect du conflit, du fait de représentations différentes. Les interventions du colloque traitent de l'évolution de la notion de représentations de la maladie dans le champ de l'anthropologie médicale, en pointant les limites et les ouvertures d'une telle approche dans la rencontre entre praticiens de la santé et usagers des soins ; des figures du « bon patient » et du « mauvais malade » ; des patients atteints de maladies chroniques et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans leur processus d'ajustement psychosocial à la maladie ; des problèmes de l'adhésion à leur traitement des personnes atteintes du diabète de type 2.

Ève Gazzola

Bruxelles : Question Santé, Bruxelles Santé 2006, n° spécial, 54 pages.

En ligne : <http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxlsante2006.pdf>

[dernière visite le 29/08/07]



## Psychologie du risque : identifier, évaluer, prévenir

Dongo Rémi Kouabenan, Bernard Cadet, Danièle Hermand, Maria Teresa Munoz Sastre (dir.)

Ce manuel apporte l'éclairage de la psychologie sur la façon dont un individu confronté à un risque l'appréhende, le définit, l'évalue, et décide ou non de se protéger. Rédigé dans une perspective comportementale, il met l'accent sur le rôle de l'acteur humain dans la survenue et le traitement des risques ; mais il ne néglige pas le fait que cet acteur agisse dans un environnement social, technique et culturel qui influence son comportement et oriente ses choix d'action. Les auteurs se placent à la fois du point de vue des méthodologies de recherche et des applications possibles. Par souci de pertinence, les coordinateurs de l'ouvrage ont limité les travaux sur lesquels ils se sont basés aux études comportementales qui partent des représentations et des croyances des acteurs concernés par les risques. Une importante place est accordée aux travaux sur l'évaluation subjective ou la perception des risques, un courant de recherche et d'action en plein essor mais généralement peu connu dans le monde francophone.

O. D.

Bruxelles : De Boeck, 2006, 346 pages, 24,50 €.



## Qu'en dira-t-on ?

Ministère de l'Agriculture et de la Pêche

Ce DVD est composé de films de court métrage sur l'homosexualité, sélectionnés par des élèves et étudiants des établissements d'enseignement agricole dans le cadre d'un projet de lutte contre les discriminations. Il comporte trois films : *Far west* (17 mn), *Les Résultats du bac* (16 mn), réalisé par Pascal-Alex Vincent en 2001 et *Ô trouble* (9 mn), réalisé par Sylvia Calle en 1998, complétés par deux bonus : *Entretiens* (6 mn) et *Moi, mon coming out* (11 mn).

Ces courts métrages offrent une intéressante entrée en matière pour aborder de façon positive et sensible le thème de l'orientation sexuelle et pour permettre aux adolescents d'échanger sur la peur d'être jugé, la difficulté d'aimer ou de grandir.

Fabienne Lemonnier

Dijon : Éducagri (26, boulevard Dr-Petitjean - BP 87999 – 21079 Dijon Cedex  
Tél. : 03 80 77 26 32 - Fax : 03 80 77 26 34 - Mél : [editions@educagri.fr](mailto:editions@educagri.fr)), 2004, 19 €.

# Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet



## Vous trouverez sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :

- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et depuis 2003, tous les sommaires et **une nouveauté : cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

Rendez-vous sur  
[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

## Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

# longues veillées... ...journées gâchées

Le coucher tardif  
déséquilibre la vie  
de l'enfant

