



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

RECOMMANDATIONS

Novembre 2005

Service des Recommandations professionnelles

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

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

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

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

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

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

© Haute Autorité de santé – 2006

Sommaire

1	Introduction.....	4
2	Définition, intérêts et objectifs de la PNP	5
3	Organisation générale de la démarche de la PNP.....	8
4	Entretien précoce individuel ou en couple	13
5	Contenu de la PNP et techniques éducatives.....	20
6	Évaluation individuelle de la PNP	24
7	Perspectives d'évaluation et de formation	26
8	Recherches à mener	27
	Annexe 1. Liste de questions pour faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information.....	28
	Annexe 2. Exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple.....	29
	Annexe 3. Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, présentés par compétence	30
	Annexe 4. Exemples d'instruments d'évaluation individuelle, utilisables pour la PNP	37
	Annexe 5. Bibliographie sélective	39
	Méthode.....	40
	Participants.....	43
	Fiche descriptive	45

1 Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

Les recommandations présentées dans ce document ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007, en particulier l'entretien individuel ou en couple. Cet entretien doit avoir lieu dans le 1^{er} trimestre de la grossesse et fait l'objet d'une cotation spécifique à la nomenclature des actes professionnels.

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés.

Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice.

Cette démarche permet la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur les possibilités offertes par le système de santé, le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir et prendre soin de son enfant.

L'évaluation est intégrée à toutes les étapes de la démarche et permet d'ajuster de manière personnalisée le suivi en fonction des besoins.

Ces recommandations ont pour objectifs de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à :

- préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ;
- repérer précocement les difficultés du couple ;
- accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ;
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.

1.2 Populations concernées par les recommandations

La PNP s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes dont c'est ou non la première grossesse, en particulier à ceux des adolescentes, des femmes venant de pays étrangers et vivant en France, des femmes ayant un handicap moteur ou sensoriel, et des femmes en situation de précarité ou en difficulté. Les adaptations portent en particulier sur les conditions d'accueil et d'accessibilité, le choix des techniques éducatives et des dispositifs d'aide et d'accompagnement, le suivi.

1.3 Professionnels concernés par les recommandations

Ces recommandations concernent l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille de la période anténatale à la période postnatale : sages-femmes, médecins généralistes, médecins spécialistes (gynécologue, obstétricien, pédiatre, pédo-psychiatre), infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture des maternités et des services de néonatalogie, psychologues, assistantes sociales, le psychiatre comme partenaire potentiel de celui/celle qui mène l'entretien individuel ou en couple. Ces professionnels peuvent exercer en établissement de santé, en PMI, en secteur libéral, être regroupés ou non en réseau de santé.

La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme enceinte impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés.

L'entretien individuel ou en couple est réalisé par une sage-femme, un médecin, ainsi que la mise en œuvre des séances de PNP.

1.4 Gradations des recommandations

Les recommandations reposent sur un accord professionnel entre les membres des groupes de travail et de lecture.

2 Définition, intérêts et objectifs de la PNP

2.1 Définition

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

Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés¹.

Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la préparation à la naissance et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes ou des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. En effet, certains troubles de la relation parents-enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, une activation des professionnels autour des familles en difficultés et par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale. C'est pourquoi, le

¹ Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS. Avril 2005.

plus tôt possible après la confirmation de la grossesse, un entretien spécifique devrait permettre d'anticiper les difficultés qui pourraient advenir et d'apporter une réponse adaptée et coordonnée aux besoins de la femme ou du couple. Cet entretien précoce serait de plus une aide pour le médecin lui permettant d'ajuster sa vigilance grâce aux transmissions interprofessionnelles d'informations. Cet entretien serait également l'occasion de définir pour chaque femme et couple les contenus essentiels à aborder lors des séances proprement dites de PNP.

2.2 Intérêts de la PNP

L'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale (études randomisées de faible niveau de preuve).

— *Le soutien à la fonction parentale a été peu étudié en population générale durant la période postnatale précoce. Des études contrôlées randomisées suggèrent (effets non significatifs) un bénéfice en termes d'adaptation affective et physique aux besoins du nourrisson, de construction du lien parents-enfant et plus largement de développement personnel des parents (capacité à résoudre des problèmes, à trouver les solutions les plus adaptées à leur situation, à requérir une aide ponctuelle, un soutien, de l'information, à rechercher des lieux de rencontre avec d'autres parents, à participer à des ateliers, etc.).*

— *Chez les parents adolescents, les séances collectives et individuelles, pré et postnatales (entretien, discussion à partir de vidéo), améliorent les interactions mère-enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, le développement du langage, le comportement et les connaissances des parents, la confiance de la mère en elle-même, la construction de l'identité maternelle (niveau de preuve 4).*

— *Des interventions postnatales précoces et structurées (visites à domicile systématiques, et adaptées en fréquence et en réponse aux besoins, prise en charge des symptômes selon des recommandations professionnelles disponibles) améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes, avec une diminution de l'anxiété, de la dépression et une amélioration de l'estime de soi, constatée à 4 et 12 mois après la naissance (niveau de preuve 1).*

Le nombre de femmes qui développent *une dépression postnatale* n'est pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (niveau de preuve 1). En revanche, des interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées exclusivement en postnatal et prodiguées par des infirmières et des sages-femmes, ont un effet préventif démontré sur la dépression postnatale (niveau de preuve 1). Ces interventions sont encore plus efficaces chez les femmes vulnérables (niveau de preuve 1). Des interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1).

— *La durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel s'améliorent avec des interventions associées entre elles (groupe de discussion, séances prénatales, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage, contact individuel avec un professionnel formé à la conduite de l'allaitement) (niveau de preuve 4).*

2.3 Objectifs généraux de la PNP

Les objectifs généraux de la PNP sont listés dans l'*encadré 1*. Chacun de ces objectifs est étroitement lié aux autres.

Encadré 1. Objectifs généraux de la PNP

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

3 Organisation générale de la démarche de la PNP

La PNP comporte 4 étapes, chaque étape détermine la suivante tout en s'adaptant à chaque femme ou couple (figure 1).

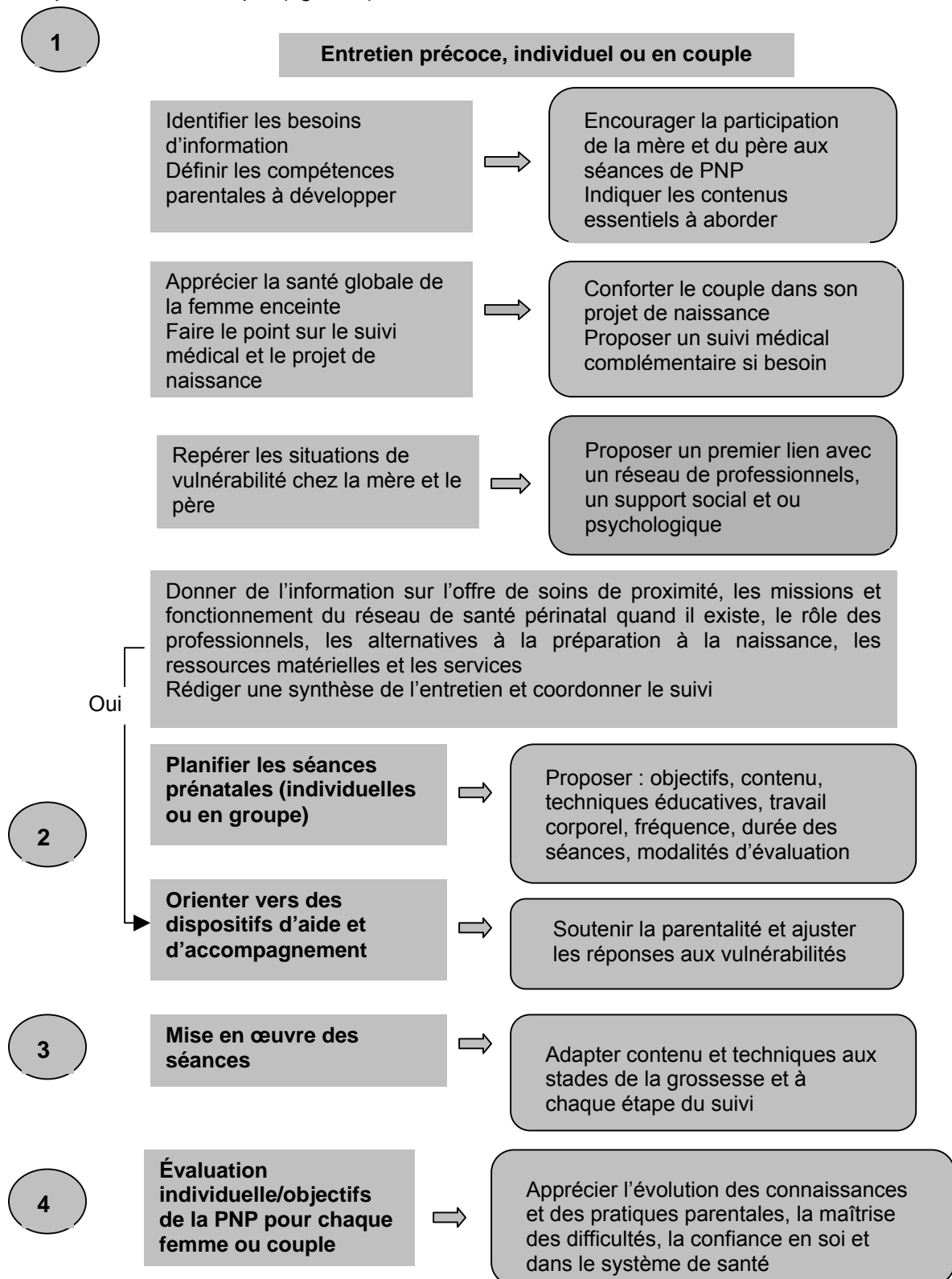


Figure 1. Étapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et à la parentalité

3.1 Entretien individuel ou en couple

L'entretien individuel ou en couple, prévu par la réglementation, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte.

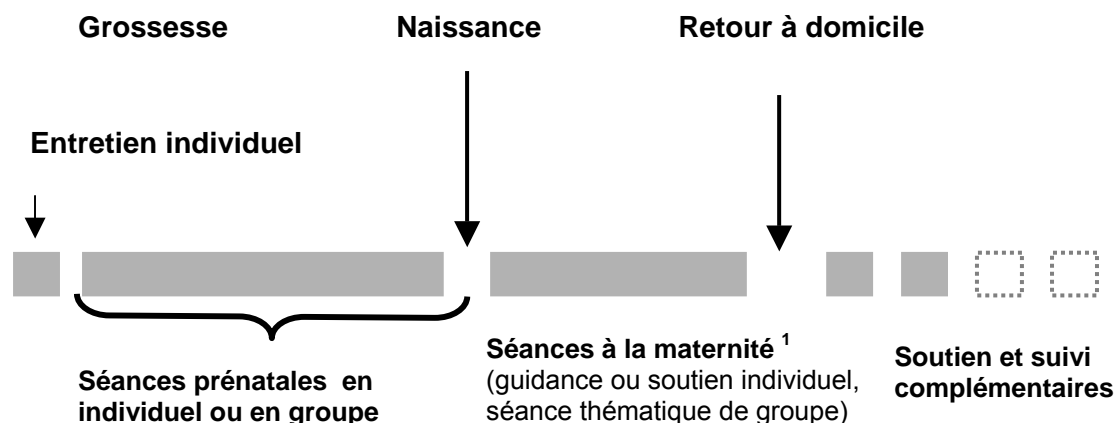
La femme choisit le moment où elle souhaite avoir cet entretien qui doit se dérouler durant le 1^{er} trimestre de la grossesse. Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien.

Cet entretien individuel permet de présenter et mettre en place la PNP. En cas de déclaration tardive, de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violence conjugale, etc.).

Une absence de réalisation de l'entretien individuel (par manque d'information de la femme ou refus) ne doit pas empêcher la participation aux séances de PNP. Dans ce cas, le professionnel qui reçoit la femme en demande de séances prénatales réalise l'entretien individuel et planifie les séances et leur contenu.

3.2 Planification des séances

La *figure 2* présente la planification de la PNP depuis le début de la grossesse jusqu'à la naissance et au-delà en cas de besoin.



Évaluation régulière et adaptation du suivi selon les besoins

Coordination des professionnels et transmission des informations dès l'entretien individuel

Figure 2. Planification de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

¹ en cas de sortie précoce, les séances sont réalisées à domicile

3.3 Organisation générale des séances

L'état actuel des connaissances ne permet ni de proposer un nombre, une fréquence, ou une durée optimale pour chacune des séances, ni de définir la taille idéale d'un groupe de participants (méthode de randomisation et de répartition dans les groupes insuffisamment décrite dans les études, effectifs faibles, critères de jugement variables d'une étude à l'autre, hétérogénéité des programmes d'interventions).

Les séances prénatales doivent être planifiées par le professionnel qui les assure avec chaque femme afin qu'elle puisse bénéficier de l'ensemble des séances avant la naissance. La planification tient compte des possibilités de participation des femmes et des futurs pères, et de la disponibilité du professionnel de santé.

— Nombre de séances

En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels). Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1^{er} trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple.

— Participants

Le nombre de participants peut être modulé selon le type d'activité éducative proposé. La taille du groupe doit favoriser la participation active des participants. Les séances doivent être ouvertes aux futurs pères.

— Durée et fréquence des séances

La durée de chaque séance doit être suffisante pour donner des informations, permettre le développement des compétences et mettre en pratique un travail corporel. La durée de chaque séance doit être adaptée au thème abordé et à la technique éducative utilisée.

La fréquence des séances dépend des techniques de travail corporel utilisées (exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme ; techniques de détente et de respiration pour faciliter la naissance ; positions de protection du dos pendant la grossesse et après la naissance). De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée.

— Programme de PNP

Il est recommandé de présenter les séances de PNP au cours de l'entretien individuel sous la forme d'un programme comportant les objectifs, le contenu, les techniques de travail corporel, les techniques éducatives, la fréquence, la durée et le déroulement des séances, les modalités d'évaluation afin :

- de présenter les possibilités locales de PNP au sein du réseau périnatal ou des ressources de proximité (maternité des établissements de santé, secteur libéral, PMI) ;
- de permettre à la femme ou au couple de choisir le programme qui satisfera le mieux leurs besoins (première grossesse, multiparité, grossesse précoce) et leurs aspirations ;
- de planifier individuellement les séances en fonction des besoins de prévention et d'éducation de chaque femme ou couple ;
- d'adapter dans la mesure du possible leur contenu à chaque femme enceinte ou couple.

Le soutien durant le séjour à la maternité

Les recommandations internationales proposent aux professionnels de santé des maternités de modifier les pratiques et les organisations de travail afin :

- d'accompagner la création du lien parents-enfant (attachement) et plus globalement la construction des liens familiaux ;
- de favoriser le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour au domicile ;
- de renforcer la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant.

Les séances postnatales

La littérature internationale et l'expérience des professionnels soulignent que les séances postnatales ne concernent pas que les sorties précoces. Elles sont profitables aussi aux mères n'ayant pas eu un séjour raccourci en maternité pour s'assurer du transfert au domicile des compétences développées durant les séances prénatales et à la maternité, améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement et améliorer le bien-être des femmes.

L'effet préventif des séances a été démontré sur la dépression postnatale lorsque les interventions postnatales sont précoces et prolongées, en particulier chez les mères à risque, le risque étant évalué de manière variable selon les études (niveau de preuve 1). Quelle que soit la population de femmes, les interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1).

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances postnatales ont pour objectifs :

- de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- de favoriser les liens d'attachement ;
- de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- de rechercher des signes de dépression du *post-partum* ;
- d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité.

La poursuite de la PNP suppose une entente et des modalités de coordination entre les divers intervenants.

Le groupe de travail considère que la PNP effectuée durant toute la période prénatale devrait être poursuivie après la naissance dans les situations suivantes :

- *systématiquement à la maternité* après la naissance : sous forme de guidance ou de soutien individuel, et de séances collectives thématiques en fonction des besoins des femmes. Ces séances font partie de la démarche de soins ;
- *systématiquement en cas de sortie précoce*² : les séances sont prises en charge dans le forfait d'accouchement [du jour de sortie à J7 en cas de sortie précoce (nomenclature générale des actes professionnels, consultée en septembre 2005)]. Les dispositifs prévus pour le renforcement des compétences et le soutien de la fonction parentale sont : l'hospitalisation à domicile, les services de la PMI, les sages-femmes libérales, les médecins généralistes et les pédiatres, les réseaux de santé) ;

² Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Anaes. 2004.

- *en cas de besoins particuliers* décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant : l'intervention de professionnels de santé pour un suivi éducatif et préventif prolongé en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents devrait être possible et prise en charge par le système d'assurance maladie.

La consultation postnatale de la mère dans les 8 semaines postnatales ainsi que l'examen à 1 mois prévu dans les examens médicaux obligatoires pour l'enfant sont trop tardifs pour qu'un suivi adapté soit mis en œuvre de manière efficace, en particulier en cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés. Le groupe de travail recommande que le premier examen médical de l'enfant ait lieu à 15 jours et qu'une consultation pour la mère soit faite dans le mois qui suit la naissance. Des repères sur les compétences du nouveau-né, sur son développement sensoriel et psychomoteur, sur ses différents rythmes, notamment de sommeil, pourraient être judicieusement donnés à un moment de plus grande réceptivité des messages par la mère (les parents).

La consultation postnatale a des objectifs spécifiques et doit être maintenue dans les 6 à 8 semaines suivant la naissance (Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS. 2005) :

- discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale ;
- encourager la femme à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc. ;
- rechercher les signes évocateurs d'une dépression du *post-partum*, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente [utiliser l'instrument EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (<http://health.utah.gov/rhp/pdf/EPDS.pdf>)]. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être explorée avec la mère, ainsi que l'existence de supports pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.) ;
- aborder avec tact des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels ainsi que les difficultés éventuelles.

La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la vaccination contre la rubéole, la rééducation du *post-partum* (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.

Le groupe de travail recommande que les moyens nécessaires à l'organisation, la coordination d'un suivi adapté aux besoins des enfants et des couples et à leur application effective sous des formes variées (séances à domicile en postnatal, accompagnement téléphonique avec mise en place d'un numéro d'appel) soient mis en œuvre.

3.4 Coordination des professionnels durant toute la période périnatale

La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs compétences à chaque étape de la PNP pour les mettre au service des familles. Les professionnels de santé doivent, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, promouvoir un accompagnement à la naissance le mieux adapté aux besoins des femmes et des futurs parents.

Il est recommandé aux professionnels de santé :

- suivi de la femme ou du couple puis de l'enfant, de la période prénatale à la période postnatale. Cette coordination doit être mise en place pour chaque femme, dès l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre de la grossesse. Un accompagnement débuté en période prénatale doit être réévalué pour se poursuivre si besoin de manière adaptée en période postnatale.

Parmi les professionnels impliqués dans le suivi, celui qui a réalisé l'entretien individuel ou en couple est le plus à même d'exercer cette fonction. La fonction de coordination peut être partagée par plusieurs professionnels au cours du suivi, en particulier lorsque la situation est complexe. La fonction de coordination pourrait se voir reconnue ;

- *d'organiser un partage, entre les différents professionnels, des informations médicales, psychologiques et sociales réunies dans un dossier périnatal sous la forme d'une synthèse de l'entretien individuel et des évaluations successives de la situation à chaque étape de la PNP. Ces informations doivent être accessibles à la femme.*

Chaque acteur peut partager l'information, si la femme y consent, donc en comprend l'intérêt et devient actif dans cette transmission. Les réelles situations de danger comme la violence sur mineur, l'isolement extrême, impliquent pour le professionnel une obligation de signaler les faits.

Les différents acteurs concernés quels que soient le mode d'exercice et la discipline doivent faire preuve de discernement au moment du partage des informations, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité. La liste de questions proposée en *annexe 1* peut les y aider.

Les transmissions par téléphone devant la femme, leur participation au choix des informations à transmettre, consolident la confiance des couples dans le système de santé.

La possibilité de consigner ses observations personnelles sur un support (carnet de maternité, livret d'un réseau périnatal, etc.) doit être offerte à la femme enceinte. Ces observations personnelles peuvent concerner la planification des séances de PNP, un résumé du contenu des séances, des questions que la femme souhaite poser lors de la prochaine séance, des éléments de cheminement personnel.

4 Entretien précoce individuel ou en couple

L'entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse. Il permet de structurer la PNP et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte.

En pratique, il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte au moyen de méthodes visant à :

- accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé ;
- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales ;
- repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide ;
- adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

4.1 Objectifs de l'entretien précoce

Les objectifs de l'entretien individuel ou en couple sont présentés par le professionnel de santé qui déclare la grossesse. Le but recherché de l'entretien est :

- de présenter le dispositif de suivi de la grossesse ;
- de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels ;
- d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;
- de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
- d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.

Le professionnel qui réalise l'entretien s'assure que la femme et le couple ont compris les objectifs de l'entretien. L'entretien permet :

1. *Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte* (aspects somatique, psychologique et social) pour :

- permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple et leur contexte de vie ;
- explorer le vécu de la grossesse en consolidant les compétences personnelles de la femme ;
- conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;
- permettre à la femme enceinte de mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant, de même pour le futur père.

2. *Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte* qui vise à :

- présenter l'offre de soins, le travail entre les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables avec mise en garde quant aux sources qui délivrent une information non vérifiée ;
- faire le point sur le suivi médical sans aborder systématiquement les informations spécifiques au contenu et aux conditions de déroulement des consultations de suivi médical de la grossesse, sauf en cas d'absence de suivi ou de questions posées par la femme ou le couple ;
- présenter les alternatives de PNP au sein de l'offre locale.

3. *Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque*³ :

- donner des informations sur les risques liés au mode de vie, des conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires ;
- souligner les risques de l'automédication, de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

³ Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS. Avril 2005.

4. *Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir* pour :

- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales en vue de préparer la naissance, l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions, et soutenir la fonction parentale ;
- préciser à la femme ou au couple que leur expérience va être consolidée, qu'un apprentissage va leur être proposé comme les soins à l'enfant, l'alimentation, le couchage, la prévention, la promotion d'une bonne santé, la sécurité au domicile. L'épanouissement d'une « parentalité réussie » va être soutenu par des informations et des échanges d'expérience (besoins et exigences d'un jeune enfant, construction du lien d'attachement, faire face à des pleurs, en particulier de cause incomprise, etc.) ;
- encourager le couple à participer aux séances en soulignant l'intérêt d'une PNP précoce et régulière qui sera poursuivie à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce ou en cas de difficultés anticipées durant la grossesse ou décelées après la naissance.

5. *Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité* (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant afin :

- de ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité et un bas niveau éducatif, mais de les élargir à d'autres facteurs (*encadré 4*) ;
- d'identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ;
- de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales.

Les facteurs de vulnérabilité ne pourront pas tous être repérés lors de l'entretien individuel. Il est recommandé que le professionnel de santé, qui assure les consultations de suivi de la grossesse, soit attentif au repérage de ces facteurs. Les transmissions interprofessionnelles sont une aide pour le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse pour ajuster sa vigilance.

6. *Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels* activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale pour :

- proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ;
- discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical de l'intérêt d'un suivi médical complémentaire et en cas de problème somatique d'une consultation spécialisée. Les confidences reçues ne doivent pas d'emblée entraîner une consultation spécialisée, en particulier psychologique ou psychiatrique. Lorsque la femme n'est pas prête à effectuer la démarche, les psychologues et psychiatres peuvent apporter un soutien au professionnel qui suit la grossesse pour l'aider à mieux prendre en compte les besoins psychiques et intensifier le suivi médical ;
- envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d'insécurité (violence, isolement extrême, etc.) ;
- adapter le suivi en fonction des besoins tout au long de la grossesse, à la naissance et en postnatal.

4.2 Conduire l'entretien individuel ou en couple

Pour conduire l'entretien, il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriées (*encadré 2*) qui :

- mettent la femme et le couple en confiance ;
- leur permettent d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement ;
- les aident à livrer leurs ressentis, leurs angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.

Encadré 2. Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

4.3 Indiquer les contenus à aborder lors des séances et repérer les situations de vulnérabilité

Afin d'indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales, il est recommandé d'utiliser un guide d'entretien. Les principaux thèmes de ce guide sont présentés dans l'*encadré 3*. Le guide d'entretien est développé dans l'*annexe 2*.

Ce guide d'entretien permet également de repérer les situations de vulnérabilité au cours du dialogue qui s'instaure avec la femme ou le couple.

Encadré 3. Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple

« Qui est la femme enceinte, le couple »
« Ce que la femme vit et a vécu »
« Ce qu'elle ressent »
« Ce qu'elle fait »
« Ce qu'elle sait »
« Ce qu'elle croit »
« Se sent-elle menacée et par quoi »
« Ce dont elle a envie »
« Ce qu'elle veut connaître et apprendre »
« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

Aucun instrument d'identification des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse n'a été correctement validé, y compris pour la prévention anténatale de la dépression du *post-partum*⁴. L'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) est un instrument d'auto-évaluation validé et traduit en français qui permet d'aider au repérage d'une dépression après la naissance.

Le groupe de travail craint que l'utilisation d'un questionnaire, comportant une liste des principaux facteurs de vulnérabilité, administré ou auto-administré, puisse aboutir à stigmatiser les personnes et à augmenter leur sentiment de dévalorisation.

Il est recommandé de se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilité pour les reconnaître au cours du dialogue avec la femme ou le couple (*encadré 4*). La liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité a été établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail, sans parvenir ni à hiérarchiser les facteurs de vulnérabilité, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

Encadré 4. Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.

⁴ Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Anaes. Mai 2004.

- *La violence domestique*, en particulier conjugale.
- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

4.4 Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés

En réponse à des facteurs de vulnérabilité ou des demandes d'aide formulées par la femme ou le couple, tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique, des dispositifs d'aide et d'accompagnement doivent être proposés (*encadré 5*).

La littérature suggère (sans résultat significatif en population générale) qu'un soutien de qualité le plus précoce possible pendant la grossesse et après la naissance constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente.

Le groupe de travail recommande que la mise en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement, quel que soit le moment de la période périnatale, s'accompagne :

- d'un contact avec les acteurs les plus à même de répondre, si possible lors d'un entretien téléphonique en présence de la femme ou du couple ;
- d'une coordination des actions autour de la femme et du couple, qui implique un travail en réseau entre les divers professionnels concernés, sanitaires (quels que soient leur mode d'exercice et leur discipline), sociaux et médico-sociaux ;
- d'un accord de la femme ou du couple et du respect de leurs souhaits vis-à-vis des démarches ou des contacts pris auprès de ces professionnels ;
- de règles de transmission interprofessionnelle d'informations, qui permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux (cf. *annexe 1*) ;
- d'un lien avec le médecin traitant ;
- d'un suivi de la période anténatale à la période postnatale ;
- d'une définition en commun des bonnes pratiques professionnelles qui favorisent et soutiennent la fonction parentale ;
- d'un inventaire des dispositifs et des ressources locales (acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, structures, etc.) qui doivent être mis à disposition des professionnels de santé. Cet inventaire pourrait être élaboré à l'initiative des réseaux établis dans le champ de la périnatalité.

Encadré 5. Exemples de dispositifs d'aide et d'accompagnement, adaptés aux difficultés des femmes enceintes et ayant accouché

- En cas de consommation de drogues, d'alcool et de tabac : encourager l'arrêt de leur consommation et orienter la femme vers une consultation d'aide au sevrage et un service médico-social spécialisé pour être aidée.

Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès du numéro vert de Drogues Alcool Tabac Info Service (0 800 23 13 13) ou auprès de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (www.drogues.gouv.fr).

- Devant une situation de précarité ou un risque social : accompagnement des femmes (du couple) dans les démarches de soins, d'hébergement : « adultes relais », « femmes relais », réseau d'aide associatif, interprète, points de rencontre pour les femmes enceintes, lieux d'accueil parents-enfants, travailleur social, permanence gratuite pour avis juridique.

- En cas de violence domestique : travail en réseau de professionnels activé autour de la femme et du couple : sage-femme et puéricultrice de PMI, technicienne d'intervention familiale, médecin traitant, psychologue, etc. Des renseignements et des contacts utiles peuvent être recherchés sur le site du ministère des Affaires sociales (www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/).

- Pour les femmes ayant un handicap sensoriel ou moteur ou une maladie invalidante, ou venant d'un pays étranger : faciliter leur vie dans les domaines où elles sont mises en difficulté du fait de leur handicap ou maladie, ou situation (accessibilité aux locaux, clarté, simplicité et compréhension des informations, interprète, etc.).

- Pour les parents soucieux d'être accompagnés dans leur fonction parentale : réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents (www.familles.org).

4.5 Rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme au professionnel qui met en œuvre les séances prénatales (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même). et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte.

Les éléments de la synthèse sont les suivants :

- climat et tonalité de la rencontre (comportement) ;
- ce que la femme exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés ;
- les besoins d'information et les compétences à développer par la femme ou le couple ;
- les difficultés et les facteurs de vulnérabilité ;
- les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales ;
- les orientations médicales et les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés ;
- les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social ;
- le suivi envisagé avec l'évaluation régulière de la situation à chaque étape de la PNP : amélioration des connaissances et des compétences parentales, utilité et efficacité des dispositifs mis en place ;
- les coordonnées de la ou des personnes qui occupent ou partagent la fonction de coordination.

L'existence d'un dossier partagé, détenu par la femme, devrait faciliter l'accès aux informations médicales, qui de ce fait seront disponibles au moment de l'entretien.

5 Contenu de la PNP et techniques éducatives

5.1 Les compétences à développer et à soutenir

Dans le cadre de la PNP, l'éducation est intégrée au suivi de la grossesse et au projet de naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés⁵.

L'éducation comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, d'aide psychologique et sociale et d'évaluation.

⁵ Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS. Avril 2005.

Les compétences à développer par une femme enceinte ou un couple au terme d'un programme de PNP peuvent concerner :

- la compréhension et l'utilisation des informations ;
- l'apprentissage des techniques de travail corporel ;
- Le développement de compétences parentales ;
- le développement de ressources personnelles.

Le *tableau 1* présente les compétences qui peuvent être développées lors de la PNP ainsi que les objectifs spécifiques qui sont plus précis. Les principaux éléments de contenu de la PNP sont présentés dans l'*annexe 3* en regard des objectifs spécifiques. L'ensemble des contenus proposés dans l'*annexe 3* ne sera pas abordé systématiquement lors des séances. Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés :

- aux besoins éducatifs identifiés lors de l'entretien individuel ou en couple ;
- aux besoins différents des femmes selon qu'il s'agit d'une première grossesse, d'une grossesse multiple ou d'une grossesse précoce (adolescente) ;
- à chaque stade de la grossesse ;
- aux moments où sont proposées les séances.

Tableau 1. Compétences à développer par la femme ou le couple au terme d'un programme PNP (séances prénatales, à la maternité, à domicile, à distance de la naissance) adaptées de d'Ivernois et Gagnayre (2001) par le groupe de travail.

Compétences	Objectifs spécifiques
1. Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé	Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage
2. Comprendre, s'expliquer la grossesse, l'accouchement et les pratiques parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne), des suites de l'accouchement • S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse • Comprendre l'évolution du passage du statut de fille, de femme, à celui de mère • Comprendre les risques liés au mode de vie • Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant • S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant
3. Repérer, analyser	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance • Analyser une situation à risque
4. Faire face, décider	<ul style="list-style-type: none"> • Décider d'être accompagnée durant l'accouchement par une personne de son entourage • Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer • Décider du mode d'alimentation du bébé • Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie

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

5.2 Les techniques éducatives utilisables pour la PNP

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

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

Des outils et documents d'informations peuvent être recherchés sur le site de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes www.inpes.sante.fr).

Tableau 2. Exemples de techniques éducatives à utiliser lors des séances en fonction de l'objectif poursuivi.

Objectifs/techniques	Thèmes
Exploration des besoins, attentes et représentations	
Entretien Photolangage®	Prise de conscience des expériences et des compétences préexistantes chez les couples
Amélioration des connaissances et de la capacité à résoudre des problèmes	
Exposé interactif Table ronde	Déroulement de la grossesse et modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse Organisation à la maison, manières de faire face aux pleurs du bébé, d'éviter la fatigue, méthodes de contraception, rééducation postnatale Développement psychomoteur et sensoriel de l'enfant, alimentation du nourrisson, diversification, prévention de l'obésité, les comportements habituels de l'enfant, l'enfant malade, la sécurité de l'enfant
Étude de cas	Aménagement et qualité de l'environnement pour promouvoir la santé de l'enfant
Audiovisuel	Salle de naissance, naissance de l'enfant
Acquisition d'un savoir-faire	
Démonstration et contrôle individuel de la bonne réalisation du travail corporel	Exercices respiratoires, travail du bassin et du périnée, relaxation
Amélioration des pratiques parentales	
Jeu de rôles, table ronde, témoignage documentaire sous forme de récits de femmes et de couples volontaires ou d'audiovisuel	Accueil de l'enfant dans la fratrie, manière de faire face à une situation d'incompréhension (pleurs du nourrisson), recherche d'une aide en cas de difficultés
Guidance individuelle	Après la naissance : soins d'hygiène pour le bébé, soins du cordon, allaitement maternel, préparation d'un biberon, soins du périnée, reconnaissance des signes d'alerte précoce pour la mère et pour l'enfant et décision de recours à un professionnel de santé

5.3 Les formes de soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité comprend :

- la communication d'informations et de repères sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- le développement de compétences parentales comme nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant (par exemple concernant les conditions de sommeil), veiller à son bon développement psychomoteur, etc. ;
- le développement de compétences personnelles utiles dans la vie quotidienne comme faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress ;

- la mise en place de dispositifs précoces durant la grossesse, en particulier en cas de repérage d'une situation de vulnérabilité, ainsi que leur utilisation dès la naissance pour favoriser l'attachement parents-enfant, l'allaitement, la confiance en soi de la mère, la sécurité de la mère et de l'enfant ;
- la poursuite du soutien après la naissance en l'adaptant aux besoins de manière coordonnée.

Les actions de soutien à la parentalité sont incluses dans le contenu de la PNP présenté en *annexe 3*. Une liste de dispositifs à mettre en place, en particulier à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce, est proposée dans l'*encadré 6*.

Il est recommandé aux professionnels des maternités de réfléchir à une évolution de leurs pratiques et de leur organisation afin de participer au soutien des pratiques parentales.

Encadré 6. Exemples d'actions de soutien à la parentalité

- Respecter l'intimité parents-enfant dans les premières heures qui suivent la naissance
- Encourager un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C)⁶
- Aider tout particulièrement les couples faisant face à une situation de prématurité et/ou d'hospitalisation néonatale de longue durée. La séparation dès la naissance entre l'enfant et ses parents complique la création du lien enfant-parents
- Favoriser la cohabitation 24 heures sur 24 avec le bébé à la maternité (facilitation de l'allaitement, meilleure connaissance des réactions du bébé, etc.)
- Encourager la mère à apporter une réponse chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé (caresser, bercer, parler tendrement, réconforter, jouer et interagir avec lui)
- Donner l'occasion à la femme de s'occuper de son bébé le plus souvent possible
- Développer la capacité de sollicitude : percevoir et se sentir concerné par les besoins de l'enfant
- Éviter le retrait précoce du soutien des professionnels en proposant des recours accessibles en cas :
 - de besoin de soutien ou de difficultés pour l'allaitement, les soins à l'enfant, la réponse aux besoins et aux exigences du nourrisson
 - d'insécurité à domicile pour la mère ou l'enfant
 - de difficultés d'adaptation aux exigences de l'enfant, de fatigue, de risque de maltraitance (enfant secoué en particulier)
- Mettre en contact la femme avec des associations, dispositif de « femmes relais », soins à domicile, soutien à l'allaitement, service d'écoute téléphonique et de réponses expertes, services de la PMI, technicienne d'intervention sociale et familiale, aide-ménagère, etc.

6 Évaluation individuelle de la PNP

L'évaluation individuelle fait partie de la PNP. Elle renseigne sur :

- l'atteinte des objectifs de la PNP, fixés avec la femme enceinte (le couple) lors de l'entretien individuel ou en couple, ceux fixés pour le séjour à la maternité ou pour une sortie précoce à domicile ;
- l'utilité de compléter la PNP par un contenu ciblé ;
- la mise en place et les effets des dispositifs mis en place en cas de situations de vulnérabilité ;

⁶ Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Anaes. 2002.

- la qualité de la coordination des différents acteurs activés autour de la femme (du couple), des champs sanitaire, social et médico-social ;
- la nécessité d'adapter le suivi en fonction des besoins, en particulier en cas de difficultés anticipées avant la naissance ou décelées après la naissance ;
- la clôture de la démarche de prévention et d'éducation.

L'évaluation individuelle doit être considérée comme un acte de communication entre le (ou les) professionnel(s) de santé qui accompagne(nt) la femme ou le couple quel que soit le moment où elle a lieu. Elle a comme caractéristiques d'être continue et intégrée à chaque étape de la PNP (figure 3).

- Au cours des séances prénatales, durant le séjour à la maternité ou à domicile en cas de sortie précoce, l'évaluation permet un réajustement immédiat par un questionnement adapté et une observation en situation.
- Au minimum, aux moments clés entre les étapes de la PNP (à la fin des séances prénatales, avant la sortie de la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou à la demande de la femme ou du couple), l'évaluation permet de compléter les informations, les connaissances et le soutien à la parentalité par un contenu, des actions et/ou des dispositifs de soutien et d'adapter le suivi en fonction des besoins.

L'évaluation individuelle est facilitée par l'utilisation d'instruments d'évaluation proposés à titre d'exemple en annexe 4.

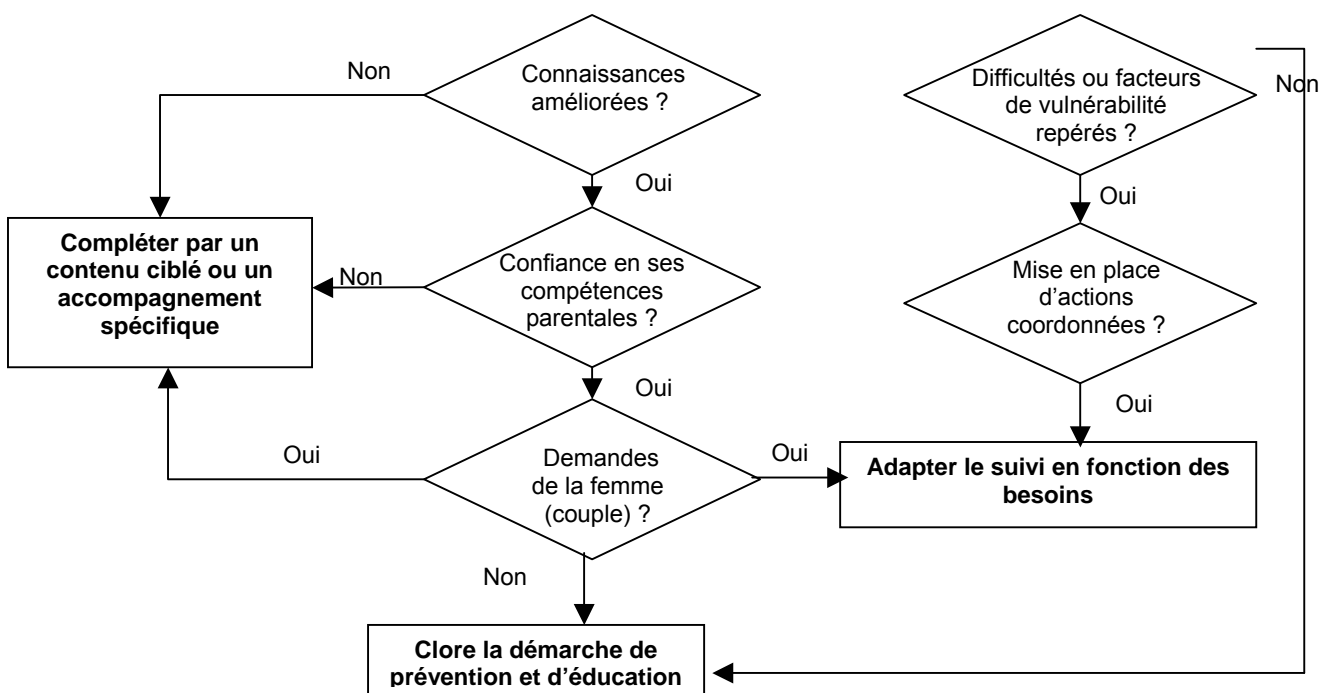


Figure 3. Comment s'assurer que la PNP a répondu aux besoins de la femme et du couple à chaque étape : séances prénatales, à la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou de demande des parents ?

7 Perspectives d'évaluation et de formation

Le groupe de travail propose plusieurs mesures qui visent à accompagner la mise en œuvre de la PNP. Ces mesures concernent l'évaluation du programme de PNP, la formation des professionnels utilisateurs potentiels de ces recommandations professionnelles et les pistes de recherche.

7.1 L'évaluation du programme de PNP

L'évaluation du programme de PNP vise à déterminer dans quelle mesure le programme de prévention, d'éducation et d'orientation doit être amélioré. Il s'agit d'une évaluation formative réalisée par des professionnels le plus souvent extérieurs à la mise en œuvre du programme. Dans la mesure où il n'y a pas de hauts niveaux de preuve, autant que faire se peut ces évaluations devraient être faites dans le cadre de véritables études prospectives (simple comparaison de cohorte si les essais randomisés ne paraissent pas facilement réalisables). Les éléments suivants seraient à prendre en compte :

- les objectifs spécifiques et les compétences développées (connaissances, savoir-faire, compétences, aptitudes personnelles), en particulier leur utilité, leur réalisme et leur facilité d'acquisition ;
- les caractéristiques des personnes ayant bénéficié du programme éducatif ;
- les motifs de refus des séances de PNP et les motifs d'abandon ;
- les ressources humaines et matérielles mobilisées ;
- la qualité des techniques éducatives (adaptées à l'acquisition des compétences, aux caractéristiques du public, favorisant la participation active de la personne et l'interactivité) ;
- les supports d'information (pertinence du contenu et de l'utilisation, facilitant l'apprentissage) ;
- l'évaluation du programme par les participants eux-mêmes : techniques, relation avec les professionnels (opinion ou mesure du degré de satisfaction) ;
- les effets du programme de prévention et d'éducation à court et long terme sur une population donnée de femmes ou de couples ;
- la continuité de l'éducation, de la période prénatale à la période postnatale ;
- les compétences des professionnels qui assurent les séances de PNP durant la période prénatale, à la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou de besoins décelés dès la période prénatale ou repérés à la naissance, ou qui se révèlent à distance de la naissance.

7.2 La formation des professionnels

Le groupe de travail s'appuie sur la circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (DHOS/ DGS/ 02/ 6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005) pour affirmer l'importance de la formation des professionnels pour accompagner la mise en œuvre de ces recommandations.

Les professionnels qui offrent aux couples un programme de PNP devraient avoir la capacité :

- de mener un entretien conduisant à déterminer avec la femme ses besoins, ses difficultés et de repérer les situations de vulnérabilité ;
- de construire avec sa participation un projet préventif et éducatif avec une individualisation des informations à transmettre, des compétences à développer et une adaptation des dispositifs et du suivi à mettre en œuvre en cas de difficultés ;
- de négocier avec la femme le développement de compétences atteignables en associant son entourage ;
- de proposer et de conduire à accepter l'aide proposée ;

- d'assurer la cohérence et la continuité des interventions des divers professionnels de santé en organisant les séances et les dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- d'adapter le contenu et la technique de la séance, quel que soit le moment où elle a lieu, selon les besoins de la femme et des couples concernés ;
- d'identifier les stratégies éducatives les mieux adaptées aux compétences à développer et maîtriser les techniques d'éducation et de conduite de groupe, les techniques de soutien ;
- d'ouvrir le dialogue dans des groupes de discussion, de communiquer des informations claires, de répondre honnêtement aux questions, à écouter et à être attentif aux inquiétudes des couples ;
- d'évaluer la situation de chaque femme et couple : compétences développées, réussites, difficultés, et de compléter par un contenu ciblé et un suivi adapté aux besoins.

8 Recherches à mener

La littérature n'apporte pas de réponse quant à l'efficacité de la PNP sur le bon déroulement de la naissance, le soutien à la parentalité, le vécu maternel et la santé de l'enfant. On dispose d'études de petits effectifs, décrivant imparfaitement les stratégies éducatives, et d'avis d'experts. Le groupe de travail recommande que des travaux de recherche soient menés pour :

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

Annexe 1. Liste de questions pour faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information

Les questions suivantes peuvent aider les professionnels impliqués dans un réseau périnatal à faire preuve de discernement au moment d'un passage d'information (adapté d'un document de réflexion sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance édité par le ministère de la Communauté française de Belgique (Vander Linden Roegiers 2004).

- Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- Avec quelle retombée positive espérée ?
- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ?
- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

Annexe 2. Exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple

Ce guide d'entretien a été élaboré par le groupe de travail à partir du formulaire canadien Évaluation de la santé prénatale (ESP) (Santé Canada 2000) et du diagnostic éducatif de la démarche d'éducation thérapeutique (d'Ivernois 2004).

« Qui est la femme enceinte »	Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale, Niveau d'arrêt des études Niveau de ressources, couverture sociale Habitat (commodités, vétusté)
« Ce que la femme vit et a vécu » « Ce qu'elle ressent »	Suivi de la grossesse Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés Vécu de la grossesse précédente Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.) Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)
« Ce qu'elle fait »	Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité
« Ce qu'elle sait » et « Ce qu'elle croit »	Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant
« Se sent-elle menacée et par quoi »	Relations dans le couple Violence domestique, en particulier conjugale Stress, anxiété, troubles du sommeil Signes évocateurs d'un épisode dépressif Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) Précarité Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale) Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap
« Ce dont elle a envie »	Projet de naissance Préparation à la naissance et à la parentalité
« ce qu'elle veut connaître et apprendre »	Connaissances, savoir-faire, attitudes (cf. chapitre sur les compétences)
« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »	Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse Attentes face aux décisions à prendre et aux changements envisués Perception du besoin d'aide et d'accompagnement

Annexe 3. Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, présentés par compétence

Les objectifs spécifiques et le contenu sont hiérarchisés et adaptés :

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

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

2. <i>Comprendre, s'expliquer (suite)</i>	
Comprendre les risques liés au mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues, tabac, alcool • Automédication
Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant	<p>Le développement de l'enfant et ses acquisitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement psychomoteur : <ul style="list-style-type: none"> - suit la même séquence chez tous les enfants mais à des rythmes différents - appréciation des différentes acquisitions lors des examens successifs dont bénéficiera l'enfant, notamment lors des consultations « charnières » du carnet de santé (4 mois, 9 mois, 24 mois). • Au niveau sensoriel : <ul style="list-style-type: none"> - l'orientation visuelle vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit une cible sur 90° - les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort : il sursaute ou grimace, modifie son état de vigilance - en cas de doute, un examen ophtalmologique ou un dépistage auditif peuvent être réalisés dès les premiers jours de vie. <p>Le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel seront favorisés par les interactions avec l'entourage, notamment par le jeu.</p>
S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Association de la vie de couple à la fonction de parent • Attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille • Présence ou non de supports familiaux au moment de la naissance et à distance de la naissance • Modes d'accueil de l'enfant après le congé maternité, vie professionnelle

3. <i>Repérer, analyser</i>	
Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance	<ul style="list-style-type: none"> • Changements normaux durant la grossesse et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence • Signes précurseurs du début du travail, conseils pour gérer les contractions et venir au bon moment à la maternité
Analyser une situation à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'alerte précoce pour la mère après la naissance : fièvre, saignements, difficultés d'allaitement • Signes d'alerte précoce pour le bébé : troubles fonctionnels du nourrisson (tristesse, changement de comportement, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance)

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

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

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

6. <i>Pratiquer, faire</i>	
Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins	Exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme Techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter le travail et la naissance Positions de protection du dos pendant la grossesse Positions de protection du dos pour la période postnatale (soulever et porter l'enfant, ramasser les jouets) De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée), sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, acupuncture, yoga.
Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse	Rééducation postnatale : rééducation du <i>post-partum</i> (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.
Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé	Conseils d'hygiène générale Bain, change, habillement, soins des yeux, du nez et des oreilles Conseils pour le choix des produits d'hygiène du nouveau-né

7. Adapter, réajuster	
Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né	Mesures simples pour prévenir les infections virales chez le nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> - lavage des mains avant de s'occuper de l'enfant - port de masque lors des repas chez les parents qui toussent - éviter les contacts étroits au niveau du visage avec les frères et sœurs - éviter les zones encombrées et enfumées en hiver (transports en commun, supermarchés).
Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques	Équilibre alimentaire durant la grossesse, après l'accouchement et en cas d'allaitement
S'ajuster aux besoins d'un bébé	Comprendre les exigences d'un nourrisson et savoir y répondre Confiance en sa capacité de donner les soins essentiels au bébé (mère et père)

8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	
Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible	Connaissance de l'offre de soins de proximité
Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé	<p>Le carnet de maternité remis à chaque femme enceinte contient les informations sur le suivi de la grossesse et des messages d'éducation à la santé et de prévention.</p> <p><i>Objectifs de la consultation postnatale pour la mère dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale. • Parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc. • Rechercher des signes évocateurs d'une dépression du <i>post-partum</i> • Faire un examen gynécologique • Aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple • Envisager la rééducation du <i>post-partum</i> • Le suivi de l'enfant <p><i>Les examens médicaux obligatoires pour l'enfant (9 la première année : un par mois pendant les 6 premiers mois) pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psycho moteur et affectif de l'enfant - le dépistage précoce des anomalies ou déficiences - la pratique des vaccinations. <ul style="list-style-type: none"> • Les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents. • Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé. <p><i>Le carnet de santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - a valeur de carnet de vaccination - est la propriété des parents (document médical confidentiel). <p>Seuls sont autorisés à le consulter, sous réserve de l'accord des parents, les professionnels de santé, dans le cadre d'actions de prévention ou de soins (art L.2132-1 du code de la santé publique). Il doit accompagner l'enfant lors de ses déplacements en dehors de son lieu de résidence habituel. Il constitue un outil d'éducation pour la santé par les informations et conseils à destination des parents qu'il contient.</p>

8. <i>Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits (suite)</i>	
Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement	Orientation vers des contacts possibles avec des professionnels médico-sociaux, des associations d'usagers Informations utiles sur les ressources de proximité disponibles pour mener à bien le projet de naissance et créer les liens sécurisants, en particulier pour les femmes ou couples en situation de vulnérabilité et pour les femmes ayant un handicap ou une maladie invalidante (accompagnement, solutions pour faciliter la vie dans les domaines de mise en difficulté du fait de leur handicap)
Rechercher de l'information utile	Renvoi vers des brochures crédibles qui complètent l'information orale
Faire valoir des droits (travail, maternité)	Informations sur les droits et avantages liés à la maternité

Annexe 4. Exemples d'instruments d'évaluation individuelle, utilisables pour la PNP

Objectifs évalués	Instruments d'évaluation	Indicateurs pouvant témoigner d'un changement
Amélioration des connaissances et des pratiques parentales		
<p>Mise en œuvre d'une technique de travail corporel</p> <p>Capacité à nourrir, réaliser les gestes d'hygiène de base, habiller l'enfant</p> <p>Capacité à prévenir les risques et à assurer la sécurité de l'enfant (choix d'un siège auto homologué et vérification de l'installation du bébé à la sortie de la maternité, vérification des pratiques de couchage, aménagement de l'environnement à domicile)</p>	<p>Grille d'observation de la démonstration par la mère</p> <p>Grille d'observation de la démonstration par la mère et/ou par le père (liste de critères établis à partir de recommandations de bonne pratique)</p>	<p>Chronologie des gestes ou des étapes, technique, sécurité, confort</p> <p>Reproductibilité des gestes ou des étapes, de la technique</p> <p>Adaptation à un contexte différent de celui de l'apprentissage, en particulier le transfert au domicile</p> <p>Connaissance des démarches nécessaires auprès d'un professionnel de santé pour le suivi du nouveau-né (dans la semaine qui suit la naissance) et de la mère (visite postnatale dans les 8 semaines suivant la naissance)</p> <p>Connaissance des numéros d'appel en cas d'urgence, en cas de doute ou de besoins</p>
<p>Compréhension des informations</p> <p>Capacité à résoudre des problèmes, à trouver les solutions les plus adaptées à leur situation et à prendre des décisions</p> <p>Conduite face à une situation d'urgence</p>	<p>Entretien à visée de vérification des connaissances et de leur application, et d'analyse d'incidents</p>	<p>Pertinence des informations compte tenu de l'expérience du couple et par rapport au contexte de vie du couple</p> <p>Logique et qualité du raisonnement et de la décision</p>
<p>Déroulement et vécu de l'accouchement</p> <p>Aptitudes maternelles et paternelles à répondre aux besoins du bébé</p> <p>Développement et santé de l'enfant</p>	<p>Entretien et observation Examen clinique de l'enfant</p>	<p>Tristesse profonde à la suite de la naissance et à l'égard de son rôle</p> <p>Degré de confiance en sa capacité à donner des soins au bébé</p> <p>Expression d'un sentiment de sécurité à domicile</p> <p>Signes de relation d'attachement à son bébé (réponse chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé : caresser, bercer, parler tendrement, reconforter, jouer et interagir avec lui)</p> <p>Troubles fonctionnels du nourrisson : tristesse, troubles somatiques divers, cassure de la courbe de poids, retard de développement psycho-affectif, voire signes de maltraitance</p> <p>Capacité de dormir ou de se reposer entre les tétées ou les biberons</p>

Ressenti des parents		
Opinion sur l'évolution de la maîtrise des compétences	Autoquestionnaire Entretien	Capacité à appliquer ce qui a été expliqué, montré (« j'ai compris mais je ne saurais pas faire seul(e) », « je peux faire avec de l'aide », « je suis sûr(e) de savoir faire seul(e) »)
Opinion sur l'évolution des comportements		
Opinion des participants (père et mère) sur les séances suivies		Nombre d'objectifs atteints à l'issue des séances prénatales, des séances à la maternité et des séances à domicile Réponse aux besoins
Opinion sur les dispositifs mis en œuvre et la qualité de la coordination interprofessionnelle en cas de manque de confiance en soi, de difficultés ou vulnérabilité (isolement des parents, violence conjugale, risque de négligence de l'enfant, addiction et dépendance)		Possibilité de mettre en place un relais Mise en place d'actions de soutien et/ou d'une prise en charge spécialisée, coordonnée Confiance dans le système de santé Réponse au besoin

Annexe 5. Bibliographie sélective

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Paris: Anaes; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: Anaes; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale. Conférence de consensus, 5 et 6 novembre 2003. Paris: Anaes; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus, 7 et 8 octobre 2004. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.

Haute Autorité de santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.

Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

Plan périnatalité 2005-2007. Paris DGS; 2004.

Méthode

« Recommandations pour la pratique clinique »

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique* (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

- Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

- Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents disponibles, notamment les recommandations existantes. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

- Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

Pour ce thème, une méthode de consensus formalisé a été utilisée pour identifier les accords professionnels au sein du groupe de travail et centrer les discussions sur les propositions de recommandations pour lesquelles subsistaient un désaccord ou une indécision. Le groupe de travail a réalisé une première cotation des propositions de recommandations de manière individuelle par courrier. Une deuxième et une troisième cotation ont été réalisées à l'issue de chacune des réunions du groupe. Les recommandations ont été modifiées ou complétées entre ces trois tours de cotation.

- Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

- Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Recommandations pour l'amélioration des pratiques*).

- Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Recommandations pour l'amélioration des pratiques*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

- Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission *Recommandations pour l'amélioration des pratiques*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

- Diffusion

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

- Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail selon les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité et des questions posées, elle est complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

- Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide méthodologique Anaes de 1999 :

« Recommandations pour la pratique clinique.

Base méthodologique pour leur réalisation en France »

Guide téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr

Participants

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

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

Comité d'organisation

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

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

Groupe de travail

M^{me} Sophie FLANDIN-CRETINON, chargée de projet, sage-femme, Saint-Germain-en-Laye
M^{me} Agnès GILLET, chargée de projet, sage-femme, Poissy
M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

M^{me} Béatrice BABY, sage-femme, Beauvais
M^{me} Françoise BERNABEROY-PRIDO, sage-femme, Castanet-Tolosan
M^{me} Danielle CAPGRAS-BABERON, sage-femme, Saint-Loup
M^{me} Gisèle CRIBALLET, sage-femme, Montpellier
D^r Jean-Pierre DUBOS, pédiatre, Lille
M^{me} Patricia DURDEK, sage-femme, Putot-en-Auge
M^{me} Josette HERVÉ, sage-femme, POISSY
D^r Martine LEVINE, pédiatre, ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé, Paris
M^{me} Ghislaine MORIZUR-BARON, sage-femme, Bains-sur-Oust

P^r Fabrice PIERRE, gynécologue-obstétricien, Poitiers
M^{me} Laurence PLATEL, sage-femme, Saint-Sébastien-sur-Loire
M^{me} Perrine RAMÉ-MATHIEU, ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins, Paris
M^{me} Laetitia SIEGLER, sage-femme, Mittelschaeffolsheim
M^{me} Claude VOUILLOT, sage-femme, Montreuil

Groupe de lecture

M^{me} Béatrice ALLARD, sage-femme, Beauvais
M^{me} Marie-Thérèse ARCANGELY-BELGY, sage-femme, Nancy
D^r Bruno BACHELARD, gynécologue-obstétricien, Perpignan
M^{me} Élisabeth BAILLEUX, sage-femme, Lille
D^r Isabelle BERTHOUCHE-VALLA, généraliste, Saint-Galmier
M^{me} Nicole BOSSON, sage-femme, Saint-Appolinaire
M^{me} Marie-France BOUTHET, sage-femme, Chasseneuil-du-Poitou
M^{me} Marie-Ange CABOT, sage-femme, Lyon
M^{me} Évelyne CASTELL, sage-femme, Grenoble
M^{me} Agnès CINTAS, sage-femme, Pierre-Bénite
M^{me} Nicole COGNAT, sage-femme Caen
M^{me} Marianne CORBILLON, sage-femme, Amiens
P^r Jean-François d'IVERNOIS, pédagogue sciences éducation, Bobigny
M^{me} Olga, DALLEAN, sage-femme, Ruffec
M^{me} Marie-Paule DAUVERGNE, sage-femme, Poitiers
D^r Annette DELABAR, généraliste, Évry
M^{me} Isabelle DERRENDINGER, sage-femme, Saint-Philibert-de-Grand-Lieu
M^{me} Catherine DIEULOUART, sage-femme, Le Mont-Saint-Aignan
M^{me} Marie-Jeanne DOLE, sage-femme, Lons-le-Saunier
M^{me} Nadine FETILLE, sage-femme, Caen
M^{me} Sophie FOUCHER, sage-femme, Cherbourg
M^{me} Christine FRECHE, sage-femme, Benac
P^r Rémi GAGNAYRE, pédagogue sciences de l'éducation, Bobigny
M^{me} Ingrid GARNIER-MICHEL, psychologue, La Tour-en-Jarez
M^{me} Évelyne GIFFARD, sage-femme, Caen
P^r Jean-Robert GIRAUD, gynécologue-obstétricien, Angers
P^r Jean GONDRY, gynécologue-obstétricien, Amiens
M^{me} Marie-Laure, GRANDIN, sage-femme, Roissy
M^{me} Florence HELARY-GUILLARD, sage-femme, Larré
P^r Michel HERLICOVIEZ, gynécologue-obstétricien, Caen
P^r Jacques HOROVITZ, gynécologue-obstétricien, Bordeaux
M^{me} Isabelle HOUSSIN, sage-femme, Poissy
M^{me} Nathalie JALABER, sage-femme, L'Isle-Jourdain
M^{me} Catherine KILLIAN-BUZY, sage-femme, Mont-Saint-Aignan

M^{me} Claudie LA HIEYTE, sage-femme, Plouzane
M^{me} Isabelle LACROIX, sage-femme, Montpellier
D^r Didier LAMBERT, pédopsychiatre, La Rochelle
M^{me} Christine LAUGEL, sage-femme, Schiltigheim
M^{me} Mary LE DANTEC, sage-femme, Plérin
M^{me} Christine LE MASSON, sage-femme, Roubaix
M^{me} Josiane LEDRANS, sage-femme, Caen
M^{me} Anne LEFEBVRE, sage-femme, Pontoise
D^r Véronique LEMAÎTRE, pédopsychiatre, Lambersart
M^{me} Dominique LICAUD, sage-femme, Linars
D^r Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges
M^{me} Fabienne MASSON, sage-femme, Gommegnies
M^{me} Nathalie NOWINSKI, sage-femme, Beauvais
M^{me} Michèle OLLIVIER, sage-femme, Tourcoing
M^{me} Stéphanie PARIS, sage-femme, Besançon
P^r Franck PERROTIN, gynécologue-obstétricien, Tours
M^{me} Catherine PETITHOMME, sage-femme, Nanteuil-la-Forêt
D^r Évelyne PETROFF, gynécologue-obstétricien, Paris
M^{me} Anne PRUVOT, sage-femme, Lille
P^r Christian QUEREUX, gynécologue-obstétricien, Reims
M^{me} Christine RIBET-VERHASSELT, sage-femme, Lille
M^{me} Corinne ROQUES, sage-femme, Vergèze
M^{me} Chantal SCHOUWEY, représentante d'usagers, accompagnante à la naissance, Villeneuve
M^{me} Anne SOURDIN, sage-femme, Avranches
M^{me} Marie-Gabrielle SURET, sage-femme, Bourgoin-Jallieu
M^{me} Flavie THOMAS, sage-femme, Schiltigheim
M^{me} Martine TOUATI, sage-femme, Toulouse
D^r Anne TURSZ, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche Inserm, Villejuif
M^{me} Anne-Marie VAGNER, sage-femme, Nancy
M^{me} Malika ZAIDI, sage-femme, Ronchin

Fiche descriptive

TITRE (FICHE – TITRE FICHE)	Préparation à la naissance et à la parentalité
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Date de mise en ligne	Février 2006
Date d'édition	Mars 2006
Objectif(s)	Préparer les couples à la naissance et à l'accueil de l'enfant au moyen de séances éducatives adaptées Repérer les situations de vulnérabilité en prévention des troubles de la relation parents-enfant
Professionnels(s) concerné(s)	Tout professionnel de santé impliqué en périnatalité et susceptible d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille, de la période anténatale à la période postnatale : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, pédiatres, pédo psychiatres, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture des maternités et des services de néonatalogie, psychologues, assistantes sociales.
Demandeur	Direction générale de la santé Associations de sages-femmes
Promoteur	Haute autorité de santé (HAS) – service des recommandations professionnelles
Pilotage du projet	Coordination : M ^{me} Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet du service des recommandations professionnelles (chef de service : D ^r Patrice Dosquet) Secrétariat : Laetitia Gourbail, Stéphanie Baudoux Recherche documentaire : Emmanuelle Blondet, avec l'aide d'Aurélien Dancoisne (chef de service : Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail Groupe de lecture
Recherche documentaire	Recherche dans les bases de données internationales Recherche de littérature française sur le thème Recherche sur les sites Internet des organisations nationales ou internationales francophones sur les aspects de vulnérabilité et de la parentalité
Auteurs de l'argumentaire	M ^{me} Sophie Flandin-Crétinon, sage-femme, Saint-Germain-en-Laye M ^{me} Agnès Gillet, sage-femme, Poissy

Validation	M ^{me} Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet du service des recommandations professionnelles Collège de la HAS en novembre 2005
Autres formats	Fiche de synthèse Argumentaire Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr Recommandations pour la pratique clinique : « Préparation à la naissance et à la parentalité » (Haute Autorité de santé, 2005).