

Parents – professionnels de la naissance : une nouvelle relation ?

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

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

Désir d'enfant

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

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

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

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

L'accouchement, en France et ailleurs...

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

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

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

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

– en France, sur près de huit cent mille accouchements par an, pratiquement tous se déroulent dans une maternité et plus de la moitié d'entre eux dans les hôpitaux publics. Le secteur des maternités a été restructuré depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types¹ en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Tous

les établissements travaillent en réseau. La démarche engagée dans la mise en œuvre du réseau des maternités se décline maintenant dans les recommandations professionnelles du suivi de la grossesse. Dans les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), l'accent est mis sur la détection précoce et la régulière estimation des situations potentielles de complications de la grossesse².

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

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

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

« Cultures » profanes et professionnelles

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

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

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

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

Les contraintes professionnelles

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

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

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

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

Les demandes émergentes

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

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

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

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

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

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

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

ment « plus naturel » : accouchements dans l'eau, sans épisiotomie, retour et recherche des savoirs des matrones au travers de l'émergence d'un nouveau mode de soutien par les doulas³, implication des parents dans les soins effectués dans les services spécialisés de néonatalogie, participations parentales aux actes thérapeutiques, etc.

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

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

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

Et l'enfant ?

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

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

Recentrage des rôles au profit des parents

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

Dans ce dossier, nous vous proposons d'examiner :

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

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

Nathalie Houzelle

Chargée de mission, INPES.

Catherine Cecchi

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

Emmanuel Ricard

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

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

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

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

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

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

► Références bibliographiques

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