

*Instituer un temps d'écoute en post-partum,
le rôle des conseiller.ères conjugal.es et familial.es
en service de Maternité*

Sandra Piorek

Formation de conseil conjugal et familial Promotion 2020-2021

Planning familial 13

Avant-propos

Je travaille en maternité en tant que sage-femme depuis 20 ans. Je suis formée à l'entretien prénatal précoce et initiée à la communication et à l'écoute en 2006. Dès lors je songe à développer une approche permettant de faciliter l'empowerment¹ des usager·ères. Je tente d'œuvrer pour le changement des pratiques en participant à des groupes de travail se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)² et de la Haute Autorité de Santé (HAS)³, qui prônent un accompagnement respectueux des personnes, de leur dignité et de leur singularité. Mon avis toutefois est que le vocabulaire employé dans les textes⁴ ⁵ est assez directif et semble maintenir cette asymétrie soignant/soigné (dominant/dominé).

Je débute la formation de Conseillère Conjugale et Familiale (CCF) au Planning Familial des Bouches-du-Rhône grâce à ma soif d'acquérir de nouveaux outils et aux suggestions récidivantes de Christine Feuillerat, CCF, une personne référente pour moi qui parle de sa formation à en faire rêver. On peut dire que cette formation a été plus qu'un tourbillon, plus qu'une prise de hauteur, et plus qu'une descente de piédestal fulgurante pour mon ego qui se pensait plutôt bien avancé pour aborder l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) et ses principes d'écoute active, de regard positif inconditionnel, de congruence⁶ et de compréhension empathique.

J'ai toujours eu un problème de place, c'est l'histoire de ma vie...

C'est donc tout naturellement, étant toujours au cœur de la matrice, avec un regard neuf, sur les rapports sociaux notamment et leurs enjeux, et des outils de future CCF que je me suis questionnée sur la place de celui-ci en service d'obstétrique. Plus particulièrement à propos de la pertinence et de la réalisation d'un temps d'écoute, proposé dans les premiers jours après l'accouchement en service de maternité, permettant au besoin une orientation vers d'autres corps de métier, toujours dans le cadre d'une mission de santé publique.

¹ L'empowerment est un processus par lequel une personne ou une collectivité se libère d'un état de sujétion, acquiert la capacité d'user de la plénitude de ses droits, s'affranchit d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Dictionnaire Le Parisien. (2005, 18 décembre). [empowerment : définition de empowerment et synonymes de empowerment \(français\) \(leparisien.fr\)](https://www.leparisien.fr/empowerment-definition-de-empowerment-et-synonymes-de-empowerment-francais-leparisien.fr)

² L'OMS a pour objectif d'amener tous les peuples des États membres et partenaires au niveau de santé le plus élevé possible

³ La HAS est une autorité publique indépendante française qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité en exerçant ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Elle met à disposition des acteurs de santé des outils, guides et méthodes afin d'améliorer leur prise en charge ou la mise en œuvre de leurs projets.

⁴ HAS. (2005, novembre). *Recommandations professionnelles Préparation à la naissance et à la parentalité*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

⁵ *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. (2016). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

⁶ La congruence, c'est montrer un alignement cohérent entre ce que nous ressentons et les actions que nous menons, les idées que nous avons et les paroles que nous formulons.



Maternité II, Amédée Ozgenfant, Vers 1960

Remerciements

Je remercie tout simplement la vie pour le chemin parcouru, qui m'a emmené vers cette formation de CCF. Elle permet un enrichissement professionnel et personnel et correspond tout à fait à ma quête de complétude.

Je remercie l'équipe du Planning Familial 13 et particulièrement Viviane, Françoise et Camille S pour la qualité de la formation et la découverte d'une bienveillance possible dans l'exercice professionnel et la formation continue !

Je remercie bien sûr Isabelle et Claire pour leur soutien et avis dans la rédaction de cet écrit ainsi que mes partenaires Florence et Mélanie. Merci aussi à Sandrine, toutes m'ont été d'une grande aide !

Je remercie également Joëlle, Morgane, Christine pour leur éclairage avisé sur le mémoire et leur amitié, ainsi que toutes mes copines de promo pour leurs belles énergies, nos moments partagés et j'ai une pensée émue pour Romain.

Merci à mes enfants Eva et Raphaël qui ont supporté leur maman étudiante et ont fait preuve d'autonomie, de bienveillance et de compréhension. J'ai la chance d'être votre maman !

Merci à ma maman pour son soutien constant et renforcé ces derniers temps !

Merci à mes amies Yasmina, Julie et Sabrina qui m'ont soutenues et encouragées, comme toujours ...

Merci à mes supérieurs hiérarchiques de l'hôpital d'Aubagne pour la possibilité sans contre-partie et la facilitation de ces études !

Merci à mes collègues pour la confiance dans mes capacités de future CCF !

Merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées et grâce à qui j'ai pu enrichir mon écrit et ma pratique au quotidien....

Merci à Vicky Vanborre, ma psy préférée !

Merci aux lecteurs de cet écrit !

La page de garde comporte une reproduction de l'Arbre de vie de Gustav Klimt par Anne Chaussé-Bergson, une de mes mamans

Sommaire

Avant-propos.....	2
Remerciements.....	4
Résumé.....	50
Lexique.....	6
Introduction.....	7
1. Le temps d'écoute en postnatal.....	8
1.1 Le contexte.....	8
1.1.1 Le postpartum.....	9
1.1.2 Le service de maternité et l'accompagnement.....	9
1.1.3 Les besoins identifiés et projets.....	11
1.2 Le temps d'écoute, pour qui, où et comment ?.....	12
1.2.1 Le recueil du consentement pour l'entretien.....	12
1.2.2 Le cadre.....	13
1.2.3 Le moment opportun.....	13
1.2.4 Le lieu.....	14
1.2.5 En individuel ou en couple ?.....	14
1.2.6 La tenue.....	15
1.3 Quelles compétences ?.....	16
1.3.1 Le référentiel CCF.....	16
1.3.2 Sage-femme/CCF, les enjeux de la double casquette.....	17
1.4 Les freins, les facilitateurs et la mise en œuvre.....	21
1.4.1 Les freins possibles.....	21
1.4.2 Les éventuels facilitateurs.....	22
1.4.3 La mise en œuvre.....	23
2. Les thèmes qui nécessitent d'être accompagnés, l'apport des CCF.....	25
2.1 Les besoins du bébé, l'éducation.....	25
2.2 La parentalité.....	29
2.2.1 Les « compétences » et « fonctions » parentales.....	29
2.2.2 Comment se définissent donc les rôles parentaux aujourd'hui ?.....	31
2.2.3 Accompagner le deuil périnatal.....	34
2.3 La relation de couple, la sexualité et la contraception.....	37
2.4 Le vécu de l'accouchement, le projet de naissance, la violence médicale.....	38
2.5 La lutte contre les discriminations.....	40
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	46
Annexes.....	49

Lexique

CCF : Conseiller·ère conjugal·e et familial·e

ACP : Approche centrée sur la personne

NPM : New Public Management

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

T2A : Tarification à l'activité

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

CNRS : Centre national de recherche scientifique

IRASF : Institut de recherche et d'action pour la santé des femmes

FC : Fausse couche

MFIU : Mort fœtale in utero

IMG : Interruption médicale de grossesse

Introduction

L'accouchement est un acte naturel qui existe depuis la nuit des temps. Les hommes s'en sont emparés pour le rendre technique. Dans un souci de réduction des risques l'accompagnement des différents moments, de la conception au post partum a évolué.

Aujourd'hui plusieurs études rapportent la nécessité d'un temps d'écoute lors de la période post-partum en structure hospitalière pour la personne ayant accouché voire le couple.

Le temps manque cruellement dans les hôpitaux car il n'est pas valorisé dans la tarification à l'activité (T2A)⁷ et les effectifs de soignant·es sont calculés sur la base du « faire » et non de la relation d'aide.

De plus, lors de la formation initiale des professionnel·les de santé, notamment des sages-femmes, les outils de communication et d'écoute sont abordés mais survolés et ne suffisent pas à réaliser un temps d'écoute active comme celui apporté par les compétences des CCF.

Chaque hôpital qui dispose d'un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) dispose d'un·e CCF. Sa mission concerne la réalisation d'entretiens IVG en pré ou en post-intervention ainsi que l'accueil des jeunes mineur·es et l'information à la contraception.

Sa fonction est également d'aborder la vie relationnelle sexuelle et affective à d'autres moments de la vie de la personne, du couple, et donc d'accompagner la fonction parentale.

Je pars du postulat que la·e CCF a toute sa place en maternité et les compétences nécessaires pour qu'un entretien avec celui-ci soit proposé en systématique aux personnes y séjournant. Toutes les parentalités seraient concernées par ce temps d'écoute, famille nucléaire hétéronormée, homoparentale, monoparentale, coparentale. Lorsque je parlerai de femmes ce sera pour toute personne porteuse d'un utérus.

Je commencerai par ce temps d'écoute proposé par la·e CCF, sa mise en œuvre et ses enjeux. Ensuite je consacrerai un chapitre sur les thèmes qui nécessitent un accompagnement et l'apport des CCF.

⁷ La T2A détermine le financement de tous les établissements de soins, publics et privés. Celui-ci dépend du nombre de séjours enregistrés et des actes pratiqués par les médecins. A chaque acte médical correspond un prix bien spécifique.

1. Le temps d'écoute en postnatal

1.1 Le contexte

Instagram



collages_feministes_marseille

1.1.1 Le postpartum

Le post-partum⁸ est une période de bouleversement physique, biochimique, anatomique et hormonal, psychique, émotionnel et social. Depuis février 2020 Ashley Graham et son hashtag #MonPostpartum est venu mettre en lumière sur les réseaux la réalité de ce que vivent les personnes lors de la période post accouchement, mais il reste une représentation erronée auprès de la population générale décrivant l'arrivée du bébé comme n'étant « que du bonheur » ! Le réajustement nécessaire entre le bébé réel et celui que l'on avait pu imaginer est variable selon les individus ainsi que le vécu des modifications corporelles et des variations hormonales, qui correspondraient à 40 fois celles ressenties lors de la ménopause ! Il existe pour les personnes ayant accouché des complications physiques possibles. Notons que les préjugés liés au genre de la personne ayant accouché peuvent retarder voire empêcher le diagnostic de ces complications. Les femmes étant souvent étiquetées comme « fragiles », « hystériques » ou « déprimées », surtout en pleine variation hormonale, leurs inquiétudes ou ressentis peuvent ne pas être pris au sérieux par le corps médical ou l'entourage. D'autant plus pour les victimes du « syndrome méditerranéen »⁹, « *un stéréotype culturel, à dimension raciste, du monde médical, consistant, pour les professionnels soignants à considérer que les personnes nord-africaines, noires ou d'autres minorités exagèrent leurs symptômes et leurs douleurs* ».

« *On ne naît pas parents, on le devient* » disait Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste. La façon dont se déroule l'accouchement, la naissance de l'enfant, le rôle que l'on peut imaginer, projeter en tant que parent, celui qu'on attend de l'autre, si autre il y a, la représentation initiale, les schémas familiaux, les normes sociétales et culturelles viennent se superposer. Il y a de quoi se perdre un peu parfois. La fatigue, la méconnaissance des besoins d'un bébé, les conseils contradictoires et le manque de relais sont fortement présents dans notre société. Les stéréotypes de genre sont omniprésents. C'est dans ce contexte que se construisent les bases de la relation parent-enfant, de la parentalité, l'éducation et l'accompagnement de ces êtres en devenir, citoyen·nes de demain.

1.1.2 Le service de maternité et l'accompagnement

Les personnes peuvent bénéficier pendant la grossesse d'un suivi médical et d'une Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)¹⁰. Cette dernière, encore trop souvent nommée « cours de préparation à l'accouchement », terme infantilisant, évolue mais a selon mes observations sur le terrain, une forme normative visant fréquemment à conditionner les couples à obéir aux protocoles et aux injonc-

⁸ Le postpartum est défini par la période s'étendant de l'accouchement au retour de couches, c'est à dire la réapparition des règles. Il dure 6 à 8 semaines. Post-partum. (2021). Dans *Le Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>

⁹ Syndrome méditerranéen. (2021, 22 juillet). Dans *wikipedia*. https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_m%C3%A9diterran%C3%A9en

¹⁰ HAS. (2005, novembre). *Recommandations professionnelles Préparation à la naissance et à la parentalité*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

tions du corps médical lors de leur séjour, donc à entretenir la domination masculine. Le suivi et la PNP sont pris en charge par la sécurité sociale à 100% pour les mères, avec le droit de s'absenter du travail, mais pas pour le coparent, qui a droit à 3 absences seulement pour des examens dits obligatoires (annexe A). De quoi distinguer et différencier les rôles et l'investissement parental dès la grossesse, ainsi que d'insinuer que la charge mentale doit être portée par la personne porteuse de l'enfant.

Les personnes ont « le choix » du lieu d'accouchement mais les conditions d'assurances des praticien·nes pour un accouchement à domicile et la rareté des maisons de naissance¹¹ réduisent l'éventail des possibles. Les personnes accouchent pour la plupart à l'hôpital, régi désormais par le New Public Management (NPM)¹², basé sur la notion d'efficacité, qui entraîne une crise sanitaire majeure dans les hôpitaux publics, mise en exergue par la pandémie due au Coronavirus 19.

Alors que c'est une approche et un accompagnement centré·es sur l'utilisateur·ère qui est recommandé par les pouvoirs publics, la réduction des moyens participe à une maltraitance institutionnelle qui entraîne des répercussions sur les femmes et les familles. Dans ce contexte, on peut se poser la question en quoi l'analgésie péridurale¹³ est réellement un choix pour les femmes. L'environnement n'est pas favorisant pour puiser dans leurs propres ressources dans ce moment programmé biologiquement comme étant réalisable. Par ailleurs, anesthésier le corps de la femme lorsqu'il montre toute sa puissance se questionne dans une société qui n'a pas échappée à la domination masculine. Céline, étant très informée sur la physiologie et ayant accouché de son 2^e enfant dans une maternité publique, exprime sa colère en pleurant : « *comment peut-on laisser les femmes accoucher dans des conditions pareilles ?* ». Elle souligne toute la bonne volonté des praticien·nes « *pro-physio* » qui l'ont accompagné·es mais a touché du doigt le système de soin hospitalier et ses limites. Dans son cas elle met surtout en avant les locaux qui manquent de chaleur et la présence de tout le matériel médical de surveillance.

La durée moyenne du séjour en maternité après l'accouchement est de 4 jours avec les frais remboursés à 100 % dans la limite de 12 jours¹⁴. Les décrets ne prévoient pas d'effectifs de sages-femmes précis en suites de couches. Il n'est pas rare d'y voir un·e seul·e sage-femme pour une vingtaine de lits, donc vingt accouché·es, vingt nouveau-nés et potentiellement autant de coparents. Au retour à domicile, le passage d'un·e sage-femme libérale est prévu 1 à 3 fois, ainsi qu'une visite postnatale à 6 semaines et des séances de rééducation du périnée.

¹¹ D. (2018, 20 juillet). *Les maisons de naissance* –. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>

¹² Le NPM comprend une réduction des moyens (humains et matériels) et demande plus de résultats, quantitatifs mais aussi qualitatifs, en se basant sur le retour des usagers comme indicateur.

¹³ C'est une méthode locorégionale consistant à injecter des anesthésiques locaux au voisinage d'un nerf ou de la moelle épinière au niveau des lombaires, pour enlever la sensation douloureuse de l'accouchement mais garder la capacité motrice.

¹⁴ Les frais d'hospitalisation du nouveau-né sont également pris en charge à 100 % dans les 30 jours qui suivent la naissance.

1.1.3 Les besoins identifiés et projets

La commission des 1000 jours¹⁵ recommande « *un parcours sécurisant et favorisant l'écoute des parents* » et souligne l'importance de leur accorder du temps.

L'enquête périnatale de 2016¹⁶ démontre la nécessité d'accompagner cette période particulière du post-partum.

Le conseil de l'ordre des sages femmes préconise, dans son magazine de l'été 2021¹⁷, un accompagnement périnatal personnalisé.

Isabelle Hanquart, philosophe, relate dans « *dénoncer les violences obstétricales_ risques et enjeux* »¹⁸ que « *les accouchées se plaignent essentiellement du peu de temps d'écoute ou d'éclaircissement accordé pour ce moment exceptionnel de leur vie* ».

Le mémoire¹⁹ de sage-femme rédigée en 2016 et basé sur une enquête²⁰ auprès de femmes ayant accouché dans la région marseillaise met en évidence l'importance de la réalisation de cet entretien en post-partum avec pour un tiers d'entre elles une demande de pouvoir en bénéficier lors du séjour en maternité.

L'association « *maman blues* »²¹, spécialisée dans l'accompagnement de la difficulté maternelle qui concernerait 15 % des femmes, conseille de verbaliser les émotions qui affluent, auprès de « *personnel sensibilisé à reconnaître au plus tôt ce type de difficulté* ».

La HAS travaille sur l'élaboration de recommandations depuis 2020²² pour une prévention des risques psychiques en période périnatale avec un axe « *postnatal immédiat* ».

Ingrid Bayot, sage-femme et auteure, notamment du livre « *Le quatrième trimestre de la grossesse* »²³, explique très bien dans les dossiers de l'obstétrique de mars 2019²⁴, comment les conditions hospitalières

¹⁵ Ministère des solidarités et de la santé. (2020, septembre). *Les 1000 premiers jours*. [rapport-1000-premiers-jours.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/rapport-1000-premiers-jours.pdf)

¹⁶ Enquête Nationale Périnatale. (2021, 7 mai). *Les rapports des ENP*. <https://enp.inserm.fr/docutheque/les-rapports-des-enp/>

¹⁷ Curat, A. M., Benoit Truong Canh, M., Derrendinger, I., Brame, S., & Moulinier, C. (2021). Les carences de l'organisation de la périnatalité en France. *contact Sages-Femmes*, 66, 5-8.

¹⁸ Hanquart, I. (2017). Dénoncer les violences obstétricales : Risques et enjeux (débat) : Risques et enjeux (2017). *Gestion Hospitalière*, 568, 413-416.

¹⁹ Tari, C., & Riquet, S. (2016). L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 8(2), 20105. <https://doi.org/10.1051/tpe/2016012>

²⁰ Les items abordés concernent essentiellement le rôle, la fonction et la compétence de mère et les soins apportés au bébé. C'est donc un entretien plus ciblé sur la mère que sur la femme qui y est envisagé. Les compétences de CCF permettraient un menu plus riche.

²¹ *Maman Blues - le site de la Difficulté maternelle - Accueil*. (2009). *maman blues*. <http://www.maman-blues.fr/>

²² *Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux - Note de cadrage*. (2021, janvier). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234406/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinataux-note-de-cadrage

sont suboptimales, malgré la bonne volonté des professionnel·les. Elle fait des propositions basées sur « *la communication, l'inclusion, la modélisation et l'expression des compétences* » pour conclure par « *: ouverture, écoute et... priorité à la personne humaine que nous rencontrons. Rejoindre... plutôt que convaincre.* » On reconnaît ici le counseling²⁵ et le domaine des CCF.

1.2 Le temps d'écoute, pour qui, où et comment ?

Il va de soi que le cadre institutionnel va énormément influencer la pratique. Comme disposer ou non d'un bureau, à des créneaux horaires délimités, variables, à proximité ou pas du service de maternité, sans oublier les normes de sécurité ou les conditions sanitaires imposées par la structure et/ou le contexte. Le moment opportun sera à définir en fonction du rythme des personnes hospitalisées en maternité et de la présence et de l'activité de la CCF, déjà sollicitée au CPEF pour d'autres missions. L'Approche centrée sur la Personne (ACP), proposée par les CCF, consiste dans le fait de rejoindre l'autre, d'évaluer et vérifier sa demande et de s'adapter afin que la parole puisse être libérée, déposée en cet instant pour permettre d'aider à un cheminement, à trouver sa propre clé, à puiser dans ses propres ressources, puisque tout le monde en est capable.

1.2.1 Le recueil du consentement pour l'entretien

Nous sommes dans une société où il y a une asymétrie entre le corps soignant, en blouse blanche à l'hôpital, et les usager·ères. La CCF étant centrée sur le projet de la personne et non sur son propre projet ou sur le projet du service pourra identifier le cadre et la limite de son intervention afin de ne pas être intrusive. J'ai pu expérimenter comment il est difficile de proposer et non d'imposer un entretien lorsque l'on va vers les personnes, en tenue hospitalière de surcroît. Il s'agit d'être vigilant à laisser un véritable temps de réflexion aux personnes afin de recevoir leur consentement éclairé.

L'équipe soignante, face à une situation qui lui paraît compliquée ou à risques peut aussi faire une demande. C'est ensuite à la CCF de veiller à recueillir un consentement de la part des personnes et d'être attentif·ve aux signes non verbaux et paraverbaux²⁶.

²³ Ingrid, B. (2018). *1001 BB 157 – Le quatrième trimestre de la grossesse*. ERES.

²⁴ Bayot, I. (2019). *Instinct maternel : réalité et controverses*. Les dossiers de l'obstétrique, 489.

²⁵ Le counseling (ou counselling) est un accompagnement relationnel centré sur la personne et non directif, une approche développée aux USA par Carl Rogers (1902-1987), favorisant la confrontation avec les problèmes rencontrés dans la vie courante (problèmes relationnels, de santé, économiques, émotionnels, physiques...) et la recherche de ressources internes et externes pour faire face à ces problèmes.

²⁶ Le paraverbal est une composante de la communication non verbale qui permet d'envisager ce qui est relatif à la voix, tout en excluant une analyse sémantique. Les études traitant du paraverbal s'intéressent au ton de la voix, à l'intonation de la voix, au rythme d'un énoncé. Le paraverbal permet aussi de s'intéresser aux pauses dans les discours, qui peuvent être pleines ("hummm") ou silencieuses (" ").

1.2.2 Le cadre

Comme dit précédemment, il n'y a pas de norme concernant les effectifs dans le service de suites de couches dictée par le ministère de la santé. La désertification des professionnel·les pose question et la pandémie de Covid19 aura certainement un impact non négligeable. La collaboration pluriprofessionnelle, l'orientation et la transversalité seront certainement plus qu'indispensables pour maintenir une offre de soin de qualité.

Cet écrit concerne la réalisation de temps d'écoute proposée par un·e CCF pour les personnes lors d'un séjour dans un service hospitalier. Le cadre est évidemment défini par l'institution dans un premier temps. C'est dans la fonction de CCF du CPEF que s'inscrirait et s'articulerait cette mission. Ceci est donc à définir avec la hiérarchie en ce qui concerne le temps de travail accordé, les locaux, selon les priorités du service.

Pour le cadre de l'entretien lui-même, une réflexion est nécessaire. La formation m'a aidé à prendre conscience que la pose du cadre est très importante pour moi. Il me procure un sentiment de sécurité et m'aide donc à assurer la congruence. D'autres CCF n'auront pas le même besoin et il me semble primordial d'être au clair avec ce qui est facilitant ou non pour soi pour la réalisation de l'entretien.

On informera sur la confidentialité (incluant le cadre légal si besoin), le non-jugement et on pourra éventuellement poser un temps limité. Clarifier les compétences, l'articulation possible et l'orientation vers les autres corps de métier, tout comme préciser que c'est le « ici et maintenant » qui pourra être déposé et ne sortir de cet espace qu'avec l'autorisation de la ou des personne·s.

1.2.3 Le moment opportun

Le post-partum est une période de transition, et la vulnérabilité qui s'y associe parfois doit être prise en compte. Le séjour dure environ 4 jours. Il existe des exceptions et des sorties précoces dont il faudra tenir compte.

Le jour J, celui de l'accouchement est à exclure d'emblée selon moi, hors exception. Le cocktail hormonal facilitant la rencontre avec le bébé ne doit pas être perturbé par des interventions extérieures.

Le 1^{er} jour postnatal est réservé à la récupération de l'épreuve physique qu'est l'accouchement et ne paraît pas opportun pour la réalisation du temps d'écoute, sauf encore une fois demande spécifique de la part des usager·ères ou de l'équipe. Dans les équipes veillant à respecter au maximum le rythme de l'enfant et de la famille, les soins comme le bain sont évités pour la mise en place du lien et de l'attachement ainsi que pour favoriser la récupération physique de tout le monde.

La chute hormonale et ses manifestations exacerbées vers le 2^e jour permettent d'ouvrir les vannes et recueillir le flot de doutes, d'émotions ambivalentes et fluctuantes. Qui mieux que la·e CCF peut accueillir ceci ? Encore faut-il qu'il soit disponible mais dans l'absolu le temps d'écoute me paraît judicieux dès le 2^e jour.

Les passages par les différent·es professionnel·les dans les chambres peuvent être très fréquents. Le service de maternité n'est pas un lieu reposant. Il sera important d'apporter une vigilance à ne pas nuire au repos des usager·ères.

1.2.4 Le lieu

Est-il pertinent d'aller vers les personnes dans leur chambre ou peut-il être bénéfique d'envisager ce temps d'écoute dans un bureau hors du service, dans un autre espace ?

La neutralité offerte par un bureau confortable et chaleureux, à distance du service de maternité et de leur chambre, sera peut-être facilitant pour aborder le vécu de l'accouchement, du séjour et le respect du projet de naissance ainsi que les violences médicales. Ça permettra aussi de s'adresser aux personnes en tant que telles et non en les regardant seulement comme des parents. D'un autre côté l'« aller vers » tient compte de la réalité puisqu'on est immergé directement dans l'espace où ils vivent leurs premiers pas de parents. On pourrait donc penser qu'en allant en chambre, la·e CCF rejoint la colline de l'autre grâce à son empathie mais aussi physiquement.

Je n'aurai pas de réponse claire et nette puisque tout est une question de personne. Il paraît important de pouvoir proposer différents lieux et de voir ce qui convient le mieux à chacun·e.

1.2.5 En individuel ou en couple ?

Chaque famille est singulière et c'est justement dans les compétences des CCF d'apporter une ACP à toute personne quel que soit son âge, son sexe, son orientation sexuelle, son genre etc... dans son système bien particulier.

Le temps d'écoute devrait être proposé en systématique pendant le séjour à la maternité et devra s'adapter aux besoins de la/des personne·s. L'important est de cibler la demande et de réfléchir à la définition du cadre.

La question se pose donc s'il est judicieux d'accorder un temps plutôt individuel ou alors en couple, si couple il y a. De façon générale, les deux possibilités ont des avantages et des inconvénients.

Dans ce laps de temps très court qu'est le séjour postnatal, pouvoir accorder un temps d'écoute uniquement à la femme, en tout cas en priorité, me paraît très pertinent au vu des problématiques où les victimes sont majoritairement des femmes, comme la difficulté et le suicide postnatal, les violences médicales ainsi que les violences conjugales. Quelques questions systématiques permettraient un dépistage, un accompagnement et une orientation adaptés. Par ailleurs pourront être abordés les stéréotypes de genre qui peuvent induire une pression empêchant la libre parole de ces femmes si elle ne se retrouvent pas dans ce que la société, le conjoint, voire les professionnel·les attendent d'elles.

A contrario bénéficier d'un temps et un espace où pourraient être exprimés et conscientisés ces stéréotypes et ressentis de ces femmes dans leur nouveau statut, en présence de le·a partenaire, paraît également intéressant. Un autre avantage est celui d'aborder la contraception en couple, afin de le faire de façon équitable. De même pourront être abordés la sexualité, la notion de désir, de plaisir et bien sûr le consentement. Proposer un entretien en couple permettrait d'inclure d'emblée le coparent qui est bien trop souvent, nous l'avons vu précédemment, mis de côté lors de l'accompagnement pendant la grossesse et parfois même lors du séjour. Je pense que comme pour tout c'est à la·e CCF de voir comment iel est le plus à l'aise.

En ce qui me concerne je suis consciente que j'ai souvent tendance à faire alliance avec la femme quand il s'agit d'un couple hétérosexuel cisgenre. Même si j'ai appris à cultiver le doute qui me permet d'être à l'écoute des signaux d'alerte je préférerais initier des entretiens individuels surtout pour aborder les violences conjugales ainsi que les violences obstétricales, quitte à débiter seule avec la femme et proposer ensuite un temps d'échange avec le couple. D'autres collègues, dans une même situation, n'auront pas cet avis et ces difficultés.

Les entretiens de couple surtout si on est seul·e CCF, ce qui risque d'être le cas dans un hôpital, me paraît un exercice qui requiert beaucoup d'expérience et des outils complémentaires que je ne détiens pas et que je souhaite acquérir par des formations ultérieures. Il est évident que si un couple insiste pour pouvoir bénéficier d'un temps d'écoute à deux d'emblée je répondrai à leur demande en faisant preuve de congruence.

1.2.6 La tenue

Au-delà de ce que renvoi la tenue vestimentaire en général je me questionne sur le port de la tenue blanche lors de l'exercice de CCF. Cette blouse, sans aucun doute fait écran, est une barrière, et surtout engendre un rapport asymétrique entre l'écouter·e et l'écouté·e.

Mon avis sur la question est qu'il faudrait éviter de la porter lors des entretiens en tant que CCF, mais pour une question de congruence, c'est à chaque CCF de savoir dans quelle tenue iel sera le·a plus à même d'offrir une écoute de qualité.

1.3 Quelles compétences ?

1.3.1 Le référentiel CCF

L'ANCCEF (Association Nationale des Conseillers Conjugaux Et Familiaux) parle du rôle des CCF : *« Les CCF exercent des activités d'information, de prévention et d'éducation concernant la vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale, individuellement ou par l'animation de groupes de réflexion. Les CCF aident les personnes à exprimer leurs difficultés et les accompagnent dans leur recherche de solution. Ils.elles aident là où les personnes à faire face aux questions posées, afin qu'elles deviennent plus responsables et plus autonomes. Par un regard extérieur et neutre, une écoute attentive active, une compétence actualisée, les CCF permettent aux personnes de mieux comprendre leur situation et de poursuivre un cheminement constructif. »*²⁷

Sont identifiés dans le référentiel de compétences de la CCF plusieurs éléments permettant d'assurer l'entretien et d'autres missions en maternité afin d'apporter une offre de qualité aux usager·ères, à la structure et à la santé publique. La·e CCF propose une ACP dans le respect des différences culturelles, philosophiques, idéologiques, religieuses, politiques, sociales de chacun·e.²⁸

Pour la réalisation de l'entretien sont importants l'accueil, l'écoute active et l'accompagnement, aider parfois les personnes à (re)trouver et restaurer l'estime de soi, leur autonomie de penser et d'agir. Savoir évaluer les effets de ce temps d'écoute et les partager avec les personnes concernées font partie des compétences CCF. Le positionnement de celui-ci permet de garantir une certaine neutralité. Aborder le vécu de l'accouchement ou du séjour peut être délicat avec les membres de l'équipe soignante, qui peut manquer de temps, il peut aussi y avoir un conflit de loyauté pour l'usager·ère. Pour la mise en place du temps d'écoute on notera que la conduite de projet fait aussi partie des compétences acquises.

Pour le travail en équipe pourront servir les compétences référencées comme la conduite des réunions, l'animation et mobilisation de chaque personne du groupe dans une démarche interactive ainsi que la capacité en binôme d'intervenants. De même la création de réseaux, le positionnement dans une équipe pluridisciplinaire, le travail en transversalité et la participation à l'analyse commune des stratégies professionnelles seront essentiels ainsi que d'accepter les remises en question.

Toutes ces compétences référencées sont utiles et compatibles avec une fonction en service de maternité.

²⁷ Anccef - Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux. (2021). anccef. <https://www.anccef.fr/>

²⁸ En référence à la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 et à la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989.

1.3.2 Sage-femme/CCF, les enjeux de la double casquette

Dans mon activité de sage-femme, j'avais régulièrement des projets pour la personne et mon approche pouvait être assez directive ou jugeante, surtout avec un principe de validation positif fréquent. Les outils nouvellement acquis me permettent d'évoluer aussi bien dans ma posture initiale que de travailler ma posture de CCF. C'est une expérience enrichissante, aussi bien sur un plan professionnel que personnel. Ayant l'opportunité prochainement d'exercer les 2 métiers dans l'hôpital où je travaille je navigue déjà entre les deux postures et la question qui se pose est : me faut-il clairement différencier les deux fonctions ? Si oui comment ? Si non comment superposer les casquettes ? Et dans l'intérêt de qui ?

J'ai pris conscience de l'importance pour moi du cadre et de la définition exacte des missions et des tâches dans l'exercice de ma profession. Clarifier et définir mes deux métiers est primordial pour garder la nouvelle posture que nécessite l'exercice de la fonction de CCF. Lorsque je suis dans l'ACP, la relation d'aide que je propose se fait en conscience des six attitudes de Porter²⁹ pour être non directive, capable de témoigner une compréhension de l'expérience émotionnelle, sans chercher à conseiller, recommander, émettre des avis, suggérer les apaisements, enquêter sur des motivations ou des contradictions ou tout autres considérations.

La fonction et la posture de sage-femme m'obligent parfois à une asymétrie de fait. Le diplôme médical conditionne à un rapport au savoir et à la science particuliers. Je m'en suis aperçue pendant la formation et la rédaction de cet écrit, pendant lequel je tente de faire le deuil de cette relation initiale au savoir, le confirme. Les usagers qui s'adressent à la sage-femme bénéficient d'un savoir, un savoir-faire et d'informations basées sur des preuves scientifiques car c'est ainsi qu'est la médecine occidentale. Il est important pour moi d'assurer cette mission dans le cadre prévu, que ce soit au niveau philosophique ou légal. De plus l'environnement dans lequel j'exerce, sur un poste aménagé qui exclut la salle d'accouchement, comprend des procédures et protocoles à suivre. Il est d'ailleurs intéressant pour moi de noter à quel point la formation de CCF permet de prendre de la hauteur, d'avoir un regard beaucoup plus critique sur certaines procédures institutionnelles et en même temps de les accepter plus facilement.

La blouse blanche pourrait être un outil intéressant pour distinguer les deux missions que j'exercerai au sein de l'hôpital. Le regard des gens et leurs attentes parfois amènent aussi à cette asymétrie. D'ailleurs utiliser le counseling pour aider les usagers à conscientiser leur rapport au corps médical est intéressant pour accompagner l'empowerment et lutter contre les violences médicales.

²⁹ Rochat, G. (2020, 22 mai). *Les 6 attitudes d'écoute d'Elías Porter* – Blog copadia. copadia. <https://www.copadia.com/blog/2020/05/22/les-6-attitudes-decouite-delias-porter/>

Les mouvements internes indispensables pour le changement de posture et la double casquette sont très enrichissants d'un côté mais aussi énergivores. Je m'aperçois de l'évolution permanente et l'auto analyse que j'acquiers grâce à la formation me permet de distinguer de plus en plus facilement les deux fonctions. Les distinguer aurait surtout comme avantage pour moi de rester en alerte pour éviter que la vieille posture de sage-femme ne prenne le dessus sur celle, fraîchement acquise, de CCF. Lors de mon stage au planning familial 13 j'ai pu noter que le fait de « dévoiler » mon métier de sage-femme pouvait perturber ma posture de CCF en devenir. A force de pratiquer et de réajuster je n'aurai peut-être plus besoin de songer à les distinguer.

En quoi peut-il être important pour les professionnel.les de savoir avec quelle posture j'interviens auprès de la personne ? Je pense que les différents partenaires impliqués dans le parcours de soins peuvent avoir besoin de connaître la mission et les compétences proposées en cas d'orientation vers la CCF, qui est un métier méconnu. Savoir dans quel champ d'action on se situe pourrait participer à la sensation de sécurité. Ceci rejoint aussi la notion de congruence et éviterait d'avoir des attentes déplacées concernant mon intervention. Il en est de même pour des situations où l'on me demanderait d'intervenir comme sage-femme alors que le but est d'utiliser les compétences de CCF pour permettre à une personne d'exprimer son parcours ou ses ressentis (lors d'un refus de voir le·a psychologue par exemple). J'ai déjà vécu cette situation qui me mettait clairement en tension car j'avais l'impression que l'on souhaitait extorquer des confidences ou imposer un soutien ; c'est la congruence qui m'a permis de clarifier les choses auprès de l'usagère. Même si ça s'est finalement bien passé j'en garde le souvenir de ce frottement interne et le sentiment d'être dans une posture d'imposture.

Par ailleurs, dans un cadre d'analyse des pratiques, l'éclairage donné par la CCF est différemment enrichissant de celui donné par la sage-femme.

J'ai évoqué précédemment les attentes que l'usager·ère peut avoir vis-à-vis de la blouse blanche avec parfois une soumission au corps médical d'emblée. Lorsqu'on fait appel à un·e CCF c'est différent. Le temps d'écoute de CCF implique la notion de neutralité, de non-jugement et des compétences, notamment de l'analyse des rapports sociaux, et permet un cheminement vers l'utilisation des propres ressources, intrinsèques et extrinsèques, de l'individu dans le respect de ses valeurs et croyances.

Bénéficier de l'accompagnement d'une personne ayant une double compétence peut être une richesse. Je prends l'exemple de Madame M. qui m'est adressée pour un temps d'écoute de CCF afin de l'accompagner dans son choix concernant une grossesse qui au départ n'était pas désirée. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique à la suite d'un épuisement dans un contexte difficile car elle élève seule ses deux premiers enfants dont l'aîné est atteint d'un autisme nécessitant une prise en charge importante. Le père des deux enfants est totalement absent depuis la séparation, pour la punir selon ses dires. C'est donc la psychiatre qu'elle consulte depuis quelques années qui me l'adresse pour qu'elle puisse aborder le choix

de garder ou non cette troisième grossesse qui arrive sous contraceptif oral alors qu'elle est dans une relation de couple depuis un an. Le géniteur, à la suite de l'annonce de la grossesse, lui fait part de son désir de l'interrompre. Elle est ambivalente car elle espère avoir enfin une famille correspondant à ses représentations et sa tradition familiale. Elle opte finalement pour une IVG médicamenteuse sous la pression de son conjoint. Lorsque je la reçois elle évoque un problème de santé qui, selon elle, la rendrait non éligible à l'IVG médicamenteuse. Envisager l'IVG chirurgicale lui est intolérable. Ses convictions religieuses et les valeurs familiales sont heurtées par cette méthode qui intervient à un âge gestationnel où pour Mme M « *c'est déjà un bébé, c'est la vie* » « *qu'on va aspirer* ». Lorsqu'elle annonce ceci à son conjoint, il la quitte et applique la méthode du « *ghosting* »³⁰ ce qui au moment où je la vois, à 8 SA³¹, semble être le plus difficile à vivre. Je lui propose un deuxième avis médical pour aborder la possibilité d'utiliser la méthode médicamenteuse en milieu hospitalier, ce qu'elle refuse. Après discussion elle me fait part de son choix de garder cette grossesse malgré le contexte difficile. L'orientation du départ réalisée par la psychiatre est liée à sa difficulté à demander de l'aide. Je l'invite à retracer son parcours de vie, ce qui permet de valoriser les progrès réalisés quant à ce sujet. Elle se dit en confiance avec moi car non jugée et écoutée. Elle m'informe des rendez-vous médicaux qu'elle a déjà pris pour organiser le suivi de sa grossesse, dont elle se soucie et pour laquelle elle culpabilise de n'être pas aussi enthousiaste que pour les premiers et de n'avoir pas réussi à arrêter de fumer. Je l'informe de ma formation actuelle en CCF, de ma double fonction et la possibilité de lui proposer un temps d'écoute mensuel qu'elle pourra utiliser comme un temps de CCF apprentie ou un temps de sage-femme. Je lui explique que je serai vigilante sur la posture que j'essaierai d'adapter à sa demande.

Préciser mes deux fonctions et rester à l'écoute de ce que la personne souhaite est indispensable pour honorer la notion de congruence et d'authenticité. Ce n'est pas un exercice aisé. Surtout quand on fait ses armes en tant qu'apprentie CCF. Je me souviens de Yasmina, rencontrée dans mon exercice de sage-femme pour un entretien prénatal, qui m'a livré ses peurs concernant une éventuelle complication chez son bébé, son frère étant en situation de handicap à la suite de ses conditions de naissance. Lorsque je la retrouve en chambre, en postnatal pour une consultation d'allaitement, je lui fais part de mon ressenti la concernant. Je la trouve crispée, anxieuse et peu connectée à son bébé. Je la questionne sur ses émotions et elle me livre qu'elle a des angoisses de mort concernant son bébé et qu'elle pense sans cesse à son frère. Elle pleure. Après un long moment je lui propose de revenir la voir. Lors de mon deuxième passage elle me dit que ce n'est pas le moment et j'apprends ensuite par l'équipe qu'elle ne souhaite plus me voir. Avec du recul je m'aperçois que je n'ai pas été attentive aux signaux émanant d'elle et de son conjoint, qui était clairement agacé. J'avais la tête dans le guidon, j'étais dans le projet

³⁰ «Ghoster» quelqu'un est le fait de couper toute communication du jour au lendemain sans fournir d'explication

³¹ SA = semaines d'aménorrhée (absence de règles)

pour la personne et j'ai obtenu des paroles à un moment qui n'était pas le bon pour elle. C'est ce que Yasmina m'a confirmé quelques semaines plus tard lorsqu'elle a pris la peine de venir clarifier les choses et de mettre des mots sur ce que j'avais supposé. Cet échange m'a permis de reconnaître mon manque de vigilance et de souligner qu'elle s'était permise de poser ses limites face à une autorité médicale, ce qui était une première pour elle. On apprend de ses erreurs.

La souplesse que requiert l'exercice de CCF me met en difficulté et c'est un véritable jonglage entre mes deux postures que j'espère se voir équilibrer au fur et à mesure de ma pratique. Je ne pourrai pas toujours cloisonner, ce qui aura des inconvénients et des avantages et ça demandera une vigilance et une auto-analyse pour en prendre conscience et réajuster mon positionnement. La notion de congruence est importante et je sais être capable de questionner ma posture. J'ai surtout confiance dans ma capacité à entendre des critiques constructives et j'ai conscience qu'une supervision et une analyse des pratiques régulières sont incontournables pour nourrir la bonne posture et proposer une relation d'aide optimale.



La jongleuse, Magali Hedouin

1.4 Les freins, les facilitateurs et la mise en œuvre

La mise en place et la réalisation de ce temps d'écoute proposé en systématique tient à plusieurs paramètres. Les premiers sont liés à l'institution. Avoir le soutien de la hiérarchie, avec du temps de travail et des locaux adaptés, ainsi que du matériel et des outils d'éducation populaire est primordial. Par ailleurs il y aura des freins et facilitateurs possibles qu'il est important d'identifier.

1.4.1 Les freins possibles

Les conditions du séjour vont jouer sur la possible réalisation du temps d'écoute.

La durée du séjour est très courte. Les va-et-vient sont fréquents dans les chambres et le repos y est difficile. Accueillir une personne supplémentaire peut tout simplement paraître trop pour des personnes fatiguées qui doivent souvent s'adapter au rythme hospitalier. Nous avons vu qu'il n'y avait que 2 jours sur 4, physiologiquement opportuns en général. Il faut donc que le planning de la·e CCF lui permette d'être disponible. Parfois iel n'aura qu'un temps limité, une partie du reste de son activité pouvant être sur rendez-vous, ce qui peut nuire à la réalisation d'un temps d'écoute de qualité.

Le port de la tenue de travail, la blouse blanche, peut être une barrière. Actuellement elle est peu contournable et même en dehors de la pandémie elle peut être imposée par l'institution hospitalière.

Le lieu où se déroulera l'entretien peut également être un frein. Mon expérience et divers témoignages me permettent d'affirmer que pouvoir disposer d'un bureau, équipé de surcroît, relève parfois de l'ordre du miracle et/ou aura donné lieu à une véritable conquête du graal dans certaines institutions. Si toutefois bureau il y a, y accéder peut-être problématique si l'enfant doit traverser les couloirs de l'hôpital à quelques jours de vie. Laisser le bébé à garder par l'équipe peut être déranger pour le(s) parent(s) ou l'activité et l'organisation des soignant·es. La personne qui a accouché peut également rencontrer des difficultés à se déplacer.

Par ailleurs, aller en chambre augmente la probabilité de réaliser un entretien de couple, si telle est la composition familiale. Cette situation sera un frein pour aborder certains sujets et facilitante pour d'autres évidemment.

Le postulat de base de ce mémoire étant qu'il est nécessaire de proposer en systématique un temps d'écoute, j'ai bien conscience pour l'avoir expérimenté des réticences possibles de la part des usagers, identifiant la·e CCF comme un·e psychologue ou thérapeute de couple. L'arrivée d'un enfant est pour certains un moment heureux et la concrétisation de l'amour idyllique, l'appellation et la représentation véhiculée par le conseil conjugal peut rebuter. Quelques difficultés peuvent également venir de la part des professionnel·les qui peuvent avoir des représentations erronées quant à la profession de CCF

et/ou pourront juger qu'elles ont suffisamment de temps et de compétences voyant alors le·a CCF comme faisant doublon ou concurrence.

1.4.2 Les éventuels facilitateurs

Il est important que l'instauration de cet entretien soit un projet de service, avec un soutien de la hiérarchie.

Evidemment, pouvoir disposer des locaux, à proximité du service maternité, afin d'avoir un véritable choix concernant le lieu de réalisation de l'entretien faciliterait les choses. Disposer d'un bureau permettrait d'accueillir les personnes comme des femmes, hommes ou personnes non binaires et non comme des parents, pères et mères uniquement. D'un autre côté l'« aller vers » semble avoir fait ses preuves dans plein d'autres domaines et il me semble être un facilitateur pour la réalisation du temps d'écoute, limitant les obstacles liés au trajet et à la circulation dans les espaces publics communs.

De même avoir une flexibilité horaire qui permettrait de s'adapter à la demande des usager·ères et/ou de l'équipe aussi.

Par ailleurs, la pose du cadre est, selon moi, très importante, et comme je l'ai écrit précédemment augmente mon sentiment de sécurité et participe à la congruence, tout comme la confidentialité, le non-jugement et la neutralité. Limiter le temps des entretiens est aidant pour moi ; il en sera autrement pour un·e autre CCF ...

Aborder le désir ou non d'une grossesse prochaine et donc les méthodes de contraception de toute nature est la plupart du temps très bien accueilli et paraît être une porte d'entrée idéale et facilement accepté par les couples qui, alors qu'ils sont censés vivre un moment heureux, pourraient refuser spontanément un entretien avec une CCF, profession méconnue souvent associé au conflit conjugal. C'est ce que rapporte M., CCF, concernant ses passages en chambre en service de maternité.

Certain·es CCF que j'ai rencontrées lors de mes stages proposent un intitulé de leur métier différent, comme écoutant·e, accompagnant·e en santé sexuelle. Ceci peut être facilitant en effet. Pour certaines personnes ayant des réticences à voir un psy, le·a CCF peut être un atout majeur pour libérer la parole et déposer les émotions.

Pouvoir proposer le menu : en individuel ou en couple, en chambre ou dans un bureau, installer un climat de confiance, être réellement à l'écoute des réponses est ce qui me semble être le plus juste dans la posture de CCF pour faciliter ce temps d'écoute.

Une information diffusée en amont est indispensable histoire de ne pas rajouter quelque chose qui pourrait paraître comme « obligatoire » à tout le pack d'examens et de visites déjà de mise lors du sé-

jour. Permettre un temps de réflexion aux personnes afin de recevoir leur consentement éclairé pour l'entretien est important. Évidemment l'information orale par les équipes semble utile mais elle comporte le risque d'une transmission subjective de ce que chacun pensera de cet entretien et du rôle de la·e CCF. Certain·es y verront un temps précieux et des compétences complémentaires, comme l'écoute active, que les soignant·es n'ont pas développée·s dans leur cursus initial. Pour ces dernier·ères, la nécessité d'avoir des personnes relais spécifiques pour des situations qui requièrent plus de temps et/ou de compétences est clairement ressorti lors d'une formation sur la relation d'aide, dispensée par des CCF dans le cadre du projet « Hôpital Ami des Bébé·s »³² auprès de mes collègues de travail.

Le travail en réseau est essentiel et pour permettre une bonne orientation il va de soi que connaître les partenaires est quelque chose de facilitant. Si les partenaires sont convaincus que la mission effectuée par la CCF auprès des usager·ères est pertinente ils diffuseront plus facilement l'information. Tout comme pour les usager·ères la CCF pourra proposer un menu, recueillir les besoins et avis des professionnel·les de santé du service ainsi que des coordinateur·rices et autres supérieur·es hiérarchiques lors de la présentation du projet et pour une réalisation qui sera pensée collégalement.

1.4.3 La mise en œuvre

Il est important de recueillir les besoins du service et/ou le besoin des usager·ères, en se basant sur les retours spontanés³³ ou une enquête préalable. Si ces besoins sont importants et nécessitent du temps de travail qui sort du cadre de l'intervention de la·e CCF au sein du CPEF, c'est à la structure hospitalière de prévoir un poste avec un pourcentage de temps de travail correspondant. Le temps d'écoute en postnatal permettrait d'assurer différentes missions dans le cadre de la prévention de santé publique et il correspond complètement aux recommandations qui sont de proposer des accompagnements à la parentalité personnalisés. Il est donc possible de trouver des financements sur des appels à projets ou lors de demandes de financement spontanées. Le·a CCF a toutes les compétences pour construire les outils d'observation et d'analyse et élaborer et mettre en œuvre ce projet. De même elle saura évaluer les résultats et les effets produits afin d'engager les évolutions nécessaires.

Les outils d'éducation populaire acquis lors de la formation seront utiles pour informer les équipes. On pourrait imaginer profiter de cet instant d'information pour faire une initiation aux bases de la communication et de l'écoute active telle qu'elle est pratiquée par la·e CCF. On pourrait envisager de diffuser une information sur des écrans en salle d'attente ou sur les écrans de télévision des chambres concer-

³² IHAB, Initiative Hôpital Ami des Bébé·s est un label de qualité basé sur 3 principes : l'approche centrée sur les besoins et rythmes du bébé et de sa famille, la proximité parent-enfant 24/24h et le travail en réseau.

³³ Le « manque de temps ou d'écoute » peut être évoqué par les usager·ère·s sur les questionnaires de satisfaction donnés en systématique à la fin du séjour

nant le déroulement du séjour et donc de la possibilité d'un temps d'écoute avec un·e CCF, ainsi qu'une information écrite sur papier ou via le site de la maternité et/ou les réseaux sociaux si l'institution utilise cette voie.

Il pourrait être judicieux d'inscrire l'item « entretien avec le·a CCF » sur le questionnaire de satisfaction des usager·ères pour utiliser cet indicateur en vue d'une évaluation et d'un ajustement.

Les partenaires du réseau pourront également être informé·es, par courriel ou lors de réunions, congrès, séminaires ou via les réseaux de coordination régionale des maternités.

La mise en place de cet entretien permettra d'aborder différents items.

2. Les thèmes qui nécessitent d'être accompagnés, l'apport des CCF

Proposer un entretien CCF en systématique lors du séjour post partum pourrait permettre d'aborder : la parentalisation, les parentalités et le parentage³⁴, le sentiment de compétence et les difficultés parentales, les stéréotypes de genre, le vécu de l'accouchement, ce qui était rêvé et le réel, le deuil, les violences médicales, le couple, la sexualité et la contraception, les violences conjugales et intra familiales, les addictions, les discriminations ...

2.1 Les besoins du bébé, l'éducation

L'immaturation du bébé humain est évidente et physiologique. Pendant des années les médecins, qui se sont immiscés dans le champ de la périnatalité, prônaient un parentage³⁵ distal. A. Campbell cite dans son article de la BBC news³⁶ quelques « gourous » à l'origine de ces vieux conseils obsolètes, basés sur des représentations faussées du fonctionnement et des besoins du nouveau-né et imposant des diktats, comme une mise à distance de l'enfant. Truby King, médecin des années 1900, père de la formule « toutes les 3 heures », nommant ça l'éducation dès le berceau, est toujours présent dans certains discours actuels. Depuis 1950 on étudie le bébé humain et on considère aujourd'hui qu'il est compétent pour aller chercher ses parents et nourrir les fonctions parentales. Cette notion permet de relativiser et de partager la responsabilité qui pendant longtemps pesait uniquement sur les épaules des adultes. « Le bébé est une personne » dit-on et on ne le considère plus comme un simple tube digestif. Une approche plus anthropologique et plus près de la biologie entraîne des conseils de proximité, dont la limite avec l'injonction est très fine. En effet des théories actuelles³⁷ se basent sur des comportements réflexes innés du bébé qui faciliteraient la mise en œuvre des fonctions maternelles. Même si cette confiance dans des capacités propres et leur valorisation (un certain regard positif inconditionnel) me paraît intéressante, il s'agit selon moi d'être vigilant quant à une vision naturaliste qui pourrait servir à étayer des idées sexistes. La majorité des parents qui ont l'opportunité de me parler de leurs ressentis et de leurs envies parlent de ce besoin de porter le bébé dès qu'il s'éveille et finalement de l'écouter dans son rythme. Même s'il y a une évolution j'observe souvent des demandes de validation par un·e sachant·e et leur peur de donner de mauvaises habitudes. L'attractivité de l'enfant se confirme également par le nombre de personnes qui s'agglutinent autour d'un berceau lorsqu'ils en ont la possibilité. Les hor-

³⁴ Action de procurer des soins à un nourrisson

³⁶ Campbell, B. A. (2013, 4 mai). *Six childcare gurus who have changed parenting*. BBC News. <https://www.bbc.com/news/magazine-22397457>

³⁷ Par exemple Suzanne Colson, Professeur, Sage-femme, Chercheuse, Docteur en Lactation Humaine, a étudié l'allaitement instinctif (biological nurturing) et l'importance de l'environnement favorisant l'émergence des compétences propres.

mones du plaisir libérées lors du contact favorisent le processus d'attachement³⁸. La qualité de celui-ci conditionnerait la sécurité affective. La CCF pourra aborder ces différentes injonctions et cette pression voire culpabilité qui en résultent en accompagnant par exemple aussi bien ce besoin de proximité qu'une demande de laisser le bébé à garder pour s'offrir du repos. François Ansermet, pédopsychiatre, lors d'un séminaire de psychanalyse et neurosciences autour des 1000 jours³⁹, évoque la forte croyance sur la possibilité de modifier le destin dès les premiers mois de vie en modifiant la trajectoire développementale des tout petits et améliorer la prise en charge grâce à des interventions adaptées. Les troubles du neurodéveloppement chez le bébé impactent les ajustements avec les partenaires et vont donc altérer les compétences parentales (tout comme les difficultés parentales jouent sur le développement de l'enfant). Il a été prouvé qu'écouter les inquiétudes des parents à ce sujet faciliterait le diagnostic précoce. Accorder du temps, aborder le parent avec un regard positif inconditionnel, l'accompagner dans l'identification et l'expression de ses ressentis, émotions et compétences de façon non-jugeante, pourra permettre cela ainsi que de semer les graines d'une approche bienveillante en faisant pourquoi pas le parallèle avec les capacités existantes du bébé. Permettre l'identification d'une difficulté parentale permet aussi de faire de la prévention pour le développement de l'enfant. Depuis 1989 la CIDE⁴⁰ vient affirmer le principe juridique d'« intérêt supérieur de l'enfant » et les châtiments corporels tels la fessée sont interdits en France depuis 2019 (annexe B).

J'ai la conviction intime que la norme sociétale et la pression du corps médical qui pendant longtemps a colporté la théorie fumeuse de Truby King et donc du dressage des enfants a largement contribué et continue de contribuer à un rapport de force entre le parent et l'enfant, prône la Violence Educative Ordinaire (VEO), et creuse un lit favorisant la violence intrafamiliale et la maltraitance infantile. Pour la période du post-partum c'est essentiellement le SBS, Syndrome du Bébé Secoué⁴¹ qui interpelle. La campagne de prévention est toujours d'actualité et montre l'ampleur du problème. Selon un article de revue Univadis⁴², on recenserait 512 cas probables et 703 cas possibles par an, identifiés entre 2015 et 2017. Dans l'émission de radio France « le père a-t-il trouvé sa place »⁴³ il est précisé que les parents auteurs seraient majoritairement des hommes.

³⁸ Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

³⁹ Perspectives et questions à partir du projet des 1000 jours. (2021, 3 avril). [Vidéo]. Google Drive. <https://drive.google.com/file/d/1c6inVvPW9ZUkSpDXG1i1xuaJEjwji5w1/view>

⁴⁰ Commission Internationale des Droits de l'Enfant

⁴¹ Le syndrome du **bébé secoué** désigne un traumatisme crânien non accidentel, entraînant des lésions du cerveau. Il survient lorsque l'on **secoue** violemment un **bébé** ou un jeune enfant. Le plus souvent, ce drame arrive lorsque la personne qui s'occupe de l'enfant est exaspérée par ses pleurs.

⁴² Guignot, C. (2019). Combien y a-t-il de bébés secoués en France ? *Univadis*. Published.

⁴³ Chauvineau, T. (2021, 28 juillet) "Le père a-t-il trouvé sa place ?" <https://www.franceinter.fr/emissions/le-debat-de-midi/le-debat-de-midi-du-mercredi-28-juillet-2021> via @radiofrance



Philippe Geluck

Malgré une évolution liée à la conscientisation des VEO, j'ai pu constater en entretien que les parcours de vie des individus nouvellement parents contiennent pour beaucoup des traces de ces violences. Cette conception anti-VEO demande une intégration psychologique et un réel travail de déconstruction/reconstruction de schémas et stratégies de communication. Le·a CCF est outillé·e pour aborder la question des violences.

Les pleurs du bébé pourront être abordés, et grâce à l'ACP un accompagnement vers une réponse aux besoins du bébé, adaptée à celui-ci sans négliger ceux du parent, dans une optique de réduction des risques. Informer sur les besoins, identifier les personnes relais, pour déléguer si besoin, orienter et établir un éventuel réseau, permettra de rompre la solitude, fléau des parents occidentaux, de trouver du soutien et de normaliser le besoin de celui-ci.

De façon générale, apporter une attention bienveillante aux parents en devenir peut donner l'exemple et ouvrir la voix de l'écoute des besoins de cet être immature qu'est le bébé. Il est aussi de notre devoir de citoyen·nes et de professionnel·les de dénoncer les violences faites aux personnes dites vulnérables et la confidentialité de l'entretien peut être levée si cela s'avère nécessaire comme l'indique la loi (annexe C).

L'enfant est un révélateur des inégalités de genre. Dès la grossesse il existe des projections, concernant la décoration de la chambre, le choix des vêtements ou les futures activités partagées et/ou réalisées par celui-ci. Quand le bébé naît, alors que le sexe biologique ne dit rien de l'être qu'on va devenir, on nourrit des constructions genrées qui seront renforcées par la collectivité. Ces projections, stéréotypes, que je peux observer fréquemment, leurs conséquences et des propositions pour lutter contre celles-ci dès la grossesse sont abordées par Elisa Rigoulet et Pilha Hintikka, autrices, dans « fille-garçon même éducation »⁴⁴. Elles précisent dans le podcast « papatriarcat, éducation égalitaire et parentalité »⁴⁵ qu'à partir de 18 mois il existerait des notions de distinction nettes entre filles et garçons. Les parentalités aujourd'hui sont multiformes et des courants de pensées émergent, comme une volonté d'un accompagnement basé sur le respect des besoins et du développement physiologique ainsi que des compétences de l'enfant en facilitant et encourageant l'identification et l'expression des émotions de celui-ci. Encourager un garçon à exprimer sa tristesse en pleurant par exemple ou permettre à une fille d'exprimer sa colère.... Tout ceci le·a place en tant que sujet et tend à déconstruire les stéréotypes de genre. Ces remaniements des interactions comportent un espoir de nouvelles relations sociales et d'un changement de mentalités, bref de la participation à la création d'un monde meilleur ? Questionner ce que ça fait d'accueillir une fille ou un garçon, peut permettre de réfléchir à ce qu'il y a derrière. Ce n'est pas dit que lors des premiers jours en maternité il y ait une énorme prise de conscience mais des graines peuvent être semées et il est possible de garder une vigilance et de questionner ses préférences quand il y en a et les conséquences de l'éducation genrée.

⁴⁴ Hintikka, P., & Rigoulet, E. (2020). *Fille-Garçon même éducation : Guide pour une parentalité féministe de 0 à 3 ans (Famille-Education) (French Edition)*. MARABOUT.

⁴⁵ Rostain, C (4 mars 2021) podcast papatriarcat #26 - Education égalitaire et parentalité - Discussion avec Elisa Rigoulet et Pihla Hintikka [#26 - Education égalitaire et parentalité - Discussion avec Elisa Rigoulet et Pihla Hintikka – Papatriarcat – Podcast – Podtail](#)

2.2 La parentalité

2.2.1 Les « compétences » et « fonctions » parentales

Le lien qui se crée entre une personne et son enfant se construit à différents moments selon les individus. L'image d'Épinal autour de ce lien, parfois décrit comme un véritable coup de foudre, et l'absence d'informations sur les différences interindividuelles dans le tissage de celui-ci peuvent mettre en difficulté le parent. Certaines femmes m'ont parlé de la pression du fameux instinct maternel qui sous-entend qu'elles sont faites pour créer immédiatement ce lien et pour répondre de façon adaptée aux besoins de leurs nouveau-nés. Le post-partum est une période de vulnérabilité. Il peut y avoir des difficultés à endosser le nouveau rôle, allier les fonctions parentales, conjugales, sociales et professionnelles. Catherine Sellenet, professeure des Universités en Sciences de l'Éducation, souligne dans « La revue internationale de l'éducation familiale » n°26⁴⁶, que la notion de compétence est souvent définie par un ensemble d'actions et de savoirs et qu'elle n'existe qu'à travers la reconnaissance par un tiers. Proposer un soutien de la parentalité et de ses compétences est un exercice subtil qui frôle souvent la limite de l'évaluation si on n'y prend garde. Notre modèle urbain de la solitude n'est pas toujours favorable à l'émergence et à l'identification de ces compétences parentales. Alors que très bien accompagnée pendant la grossesse la femme se retrouve souvent isolée et peu accompagnée en période postnatale. Le parent réinterroge souvent les liens existants avec ses propres parents pour tisser le lien avec ce nouveau bébé. Les places se déterminent voire se réajustent. Plus ou moins facilement ! Il peut exister une ambivalence dans cette expérience de la parentalité. « *On peut adorer et également regretter par moments* », comme le précise Elisa Rigoulet dans le podcast de papatriarcat⁴⁷. La question de la fratrie, et de comment ce nouveau bébé va être accepté auprès de ses frères et sœurs pourra être abordé avec le CCF. Des questions pour cette nouvelle parentalité peuvent émerger comme « vais-je l'aimer ? Vais je l'aimer autant que l'aîné ? ». De façon générale, questionner le système et l'environnement dans lequel le bébé arrive pourra permettre d'aborder la vie relationnelle du/des parent.s.

Les premiers jours du post-partum sont souvent remplis de doutes. J'ai pu constater une évolution vers un sentiment d'expertise de la part de certains parents au fil des jours. Ceci est facilité par un environnement favorable. Un proverbe africain dit « Il faut tout un village pour élever un enfant ». Le prendre soin en groupe de la femme ayant accouché et la transmission par les plus âgées auprès des plus jeunes s'est effacée, par endroit, au profit d'une société plus individualiste. Il semblerait que les difficultés pa-

⁴⁶ Sellenet, C. (2009). Approche critique de la notion de « compétences parentales ». *La revue internationale de l'éducation familiale*, 26, 95-116. <https://doi.org/10.3917/rief.026.0095>

⁴⁷ Rostain, C (4 mars 2021) podcast papatriarcat #26 - Education égalitaire et parentalité - Discussion avec Elisa Rigoulet et Pihla Hintikka #26 - Education égalitaire et parentalité - Discussion avec Elisa Rigoulet et Pihla Hintikka – Papatriarcat – Podcast – Podtail

rentales y soient plus grandes, peut-être parce que la responsabilité n'est pas partagée comme l'évoque dans le podcast « Le pouvoir des mères »⁴⁸ Geneviève Pruvost, sociologue.

S'ajoutent à cela les stéréotypes de genre qui sont le fondement des inégalités et responsables de la charge portée en plus grande quantité par les femmes. Même si les hommes sont présents lors de certains examens, comme l'échographie, et lors de l'accouchement, lors de la période post natale leur présence semblerait inversement proportionnelle à l'âge du nourrisson. Il est clair que la société considère que le jeune enfant et le care⁴⁹ font partie du domaine féminin. L'épuisement parental est fréquent. Le soutien et le bien être des parents, des femmes essentiellement, lors de cette période cruciale est un enjeu de santé publique mais quel relai et quel soutien est donc disponible dans notre société ?

L'arrivée d'un enfant est souvent vue comme un réel projet depuis l'apparition de la contraception et la légalisation de l'IVG. Il paraît légitime de vivre sa parentalité en accord avec ses besoins et ses choix.

La difficulté maternelle (parentale) touche 10 à 20% des personnes. Il y a autant de variétés de difficultés qu'il y a de personnes. Les conséquences peuvent être dramatiques. Le suicide en période périnatale représente la première cause de mortalité maternelle en France actuellement. L'offre de soin proposée pour un accompagnement de qualité est disparate, quasi-inexistant selon les régions, et reste donc à développer. Maryne Pramal, sage-femme, explique dans « accouche-épisode 5 » que malgré leur fréquence les troubles psychologiques en post-partum restent tabous et qu'il est « important de libérer la parole des femmes »⁵⁰.

La e CCF peut apporter un regard non jugeant sur le lien qui se construit, questionner le sentiment du devenir parent. Les sentiments parfois contradictoires et ambivalents, encore tabous dans notre société, peuvent librement être exprimés et accueillis. La pression qui résulte de ces tabous et attentes sociétales en sera diminuée, du moins verbalisée. Ce temps d'écoute active paraît primordial pour informer, dépister et prévenir le risque de difficultés psychiques majeures avec si besoin une orientation adaptée. Selon l'association « maman blues », « *Il importe de repérer dès le séjour en maternité, les signes et le langage traduisant la désorientation, la perte de l'élan vital, le dégoût et la mésestime de soi* »⁵¹. L'HAS souligne que « *des interventions psychosociales ou psychologiques (...) intensives (...) ont un effet préventif démontré sur la dépression postnatale (niveau*

⁴⁸ Le pouvoir des mères | Un podcast à soi (23) - ARTE Radio Podcast. (2020, 6 février). [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VpmAb1SAfIY>

⁴⁹ Le terme care regroupe des valeurs éthiques au sujet de la relation avec l'autre telles que l'empathie, la prévenance, la sollicitude ou les qualités de cœur. Il entend cette capacité à faire attention à l'autre, à en prendre soin ou simplement à en tenir compte, dans son contexte social, en déterminant son impact sur la société. (J. (2014, 3 février). *Care - Définition*. Journal des Femmes Santé)

⁵⁰ *Accouche - Episode 5 « Dépression post-partum : oser en parler »*. (2020, 6 janvier). [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=MndfsKHJtoM> 4'20"

⁵¹ *Maman Blues - le site de la Difficulté maternelle - Accueil*. (2009). maman blues. <http://www.maman-blues.fr/>

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)⁵².

2.2.2 Comment se définissent donc les rôles parentaux aujourd'hui ?

Julie et Djibril, parents de jumeaux, sont à 3 jours après l'accouchement par césarienne quand je leur propose un temps d'écoute. Julie parle du regard des soignant·es sur son rôle de mère. Elle l'est pour la première fois, dit avoir des activités et centres d'intérêts « *plutôt masculins* ». Elle évoque une enfance et adolescence pendant laquelle elle a « *occupé la place du père* », le couple parental ayant vécu plusieurs séparations et le lien père-enfant était rythmé par celles-ci. Elle dit ne pas être à l'aise avec les « *fonctions féminines* », son conjoint s'occupant des repas et des tâches ménagères habituellement. L'idée d'allaiter ses jumeaux la séduit pour le côté nutritionnel et immunitaire mais l'idée d'avoir « *les enfants pendus au sein* » la rebute. Le couple a opté pour le « *tire-allaitement* »⁵³. Pour l'instant c'est surtout Djibril qui donne les biberons de lait maternel tiré aux bébés et qui change les couches. Il n'est pas gêné par le regard des soignant·es mais remarque que toutes les questions concernant l'alimentation et les couches sont posées d'emblée à la mère. Julie dit ne pas encore se sentir mère, même si il y a un lien avec les bébés, et pense donner l'impression à l'équipe « *d'être détachée* ». Elle exprime la sensation de ne pas être dans la norme et ressent beaucoup de culpabilité. Selon elle « *les rôles sont inversés* ». Djibril parle de sa référence parentale : deux parents présents et impliqués avec un partage des tâches et de la charge mentale à égalité. Selon lui « *Il n'y a pas d'inversion des rôles c'est juste normal !* ». Visiblement ce couple amoureux fonctionne depuis des années d'une certaine façon et les stéréotypes de genre rajoutent du doute à ce moment de vulnérabilité, les débuts du couple parental. Julie, elle n'est pas la seule, utilise le terme « *fonction parentale* ». Le terme « *fonction* » évoque pour Gérard Neyrand, sociologue, dans « *Autorité parentale et différence des sexes, quels enjeux ?* »⁵⁴ « *l'utilité d'un élément dans un ensemble et renvoie au modèle biologique, qui définit l'utilité d'un organe dans la physiologie, dans le fonctionnement corporel* ». L'utilisation de ce terme n'est pas neutre, selon lui, et peut faire écran. Dans une société où l'on parle encore de « *maternage* » et d'« *autorité paternelle* », on assiste cependant à une ouverture sociale qui reconnaît une dimension de la parentalité non liée au sexe. Gérard Neyrand cite dans cet article Michèle Ferrand, sociologue, directrice de recherche émérite du CNRS⁵⁵, spécialisée sur la question des rapports sociaux de sexe. Celle-ci affirme que, « *lorsqu'on s'occupe d'un bébé qui dépend complètement de vous pour sa survie, on s'y at-*

⁵² HAS. (2005, novembre). *Préparation à la naissance et à la parentalité recommandations professionnelles*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

⁵³ Elle extrait son lait grâce à une machine et il est donné au biberon.

⁵⁴ Neyrand, G. (2004). *Autorité parentale et différence des sexes, quels enjeux ?* *Dialogue*, n°<(sup> 165), 45-56. <https://doi.org/10.3917/dia.165.0045>

⁵⁵ CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

tache d'une façon quasiment infernale. C'est une attitude humaine qui n'a rien à voir avec l'instinct maternel, le sexe ou quoi que ce soit de cet ordre. Et je pense que les hommes ont les mêmes capacités que les femmes sur ce point ». Même si émerge donc une volonté de déconstruire les représentations actuelles, un épanouissement féminin à l'intérieur du foyer, dans le domaine privé, et celui de l'homme se déroulant sur la place publique, dans des activités extérieures au foyer, on perçoit combien les stéréotypes de genre peuvent impacter et conditionner la parentalité. La tendance actuelle est aux rôles parentaux avec une distribution des tâches complètement égalitaire mais les termes de charge mentale et charge émotionnelle, mieux connus, sont encore majoritairement imputés à la femme.

L'expression des émotions est différemment encouragée et considérée selon le genre. Ceci entraîne une sous-évaluation des chiffres et aggrave la souffrance des individus. Un homme qui a du mal à investir sa fonction parentale peut tout simplement être vu comme un « père à l'ancienne ». Des comportements typiques post stress sont pourtant souvent décrits, comme la fuite et l'agressivité, et mériteraient d'être des signaux d'alerte pour une proposition d'accompagnement.

On nomme aujourd'hui « Dad blessing » la survalorisation de la réaction du père, quelle qu'elle soit, et de l'investissement de son rôle parental. A contrario une mère subit des critiques quel que soit son choix et son comportement, on parle de « Mother shaming ». Sans le nommer ainsi, Edwige Antier, pédiatre, évoque ces critiques incessantes dans son livre « L'éloge des mères »⁵⁶ qui prône toutefois l'instinct maternel. Le déséquilibre est énorme et la pression grande pour les femmes. La déconstruction des stéréotypes de genre et des changements dans la répartition des rôles sont nécessaires et incombent à la société entière. On notera que l'on justifie l'inégalité salariale par la durée du « congé » (terme peu approprié si l'on écoute les personnes concernées par celui-ci) maternité. Le rallongement du « congé » à 28 jours pour les pères en juillet 2021 est peut-être un petit pas vers l'égalité ...

Les injonctions liées aux recommandations de bonne santé sont nombreuses. L'allaitement maternel en fait clairement partie. Lors des échanges avec les futurs parents j'ai pu relever que c'est souvent vu, par la femme, comme un acte qui « *exclut le père* » d'une relation « *fusionnelle* », « *animale* ». La place et le rôle du coparent, si elles choisissent d'allaiter, sont questionnées. Il semble important de valoriser les soins non genrés, comme donner le bain, les vitamines, changer les couches et porter le bébé, pour permettre d'équilibrer la charge mentale et émotionnelle au sein du couple parental. « Le lait du père »⁵⁷ écrit par Roberto Lionetti parle de l'acte nourricier qui est perçu comme un vecteur de la parentalité, comme une forme de socialisation. Il y précise qu'autant il est valorisé d'envier les fonctions et attributs masculins autant il n'en est rien du désir des hommes et l'envie concernant des attributs du sexe féminin.

⁵⁶ Antier, E. (2021). *Éloges des mères : Faire confiance à l'instinct maternel pour favoriser l'épanouissement de nos enfants*. Éd. France Loisirs.

⁵⁷ Lionetti, R. (1988). *Le lait du père (Hors collection Imago) (French Edition)*. IMAGO.

Depuis l'émergence des biotechnologies et le développement des techniques de procréation on assiste à la métamorphose sociétale de la famille. Nouvelles aliénations pour les un·es, libre choix pour les autres, les parentalités sont en évolution permanentes et variées. Olivia Gazalé, dans « Le mythe de la virilité »⁵⁸ précise que « *en quelques décennies à peine on est passé de la famille verticale, place sous autorité incontestée d'un père tout puissant, à la famille horizontale, intégrant une multiplicité de schémas de recombinaison et de distribution des places de chacune et chacun avec ou sans papa* ». L'évolution sociale met en évidence que l'autorité familiale aujourd'hui est bien parentale et non plus paternelle⁵⁹. Elle est devenue à la fois bisexuée et asexuée. Ce qui a permis la reconnaissance d'une autorité maternelle en même temps que l'autorité paternelle était désacralisée, et la possibilité de conceptualiser l'homoparentalité, et plus globalement les différents dispositifs de pluri parentalité, comme le développe Gérard Neyrand dans son article sur l'autorité parentale⁶⁰.

Accepter et accompagner toutes les parentalités est un enjeu de CCF. Les représentations et projets quant à leurs rôles parentaux peuvent être liées au sexe, au genre, à la culture, aux traditions familiales et normes sociétales ou être le fruit d'une construction intellectuelle. Ce temps d'écoute peut être un vecteur de clarification et peut-être d'échanges entre les deux parties sur les attentes, les besoins et les ressentis de chacun·e en ce qui concerne son propre rôle et le rôle du coparent. À l'heure où on parle de plus en plus de la charge mentale ainsi que de l'épuisement parental qui se décline également plus souvent dans sa forme maternelle il paraît important de permettre un temps où pourront être semées des graines quant à l'altérité des sexes dans la fonction parentale. Aborder la question de la reprise d'activité pour les parents et le mode de garde permet aussi d'accompagner l'articulation et de pointer la question du genre dans la fonction parentale.

⁵⁸ Gazalé, O. (2017). *Le Mythe de la virilité (French Edition)*. ROBERT LAFFONT.

⁵⁹ La loi du 04/03/2002 modifie la transmission des noms de famille, entre en vigueur le 01 janvier 2005 et modifie les règles puisqu'elle intègre la possibilité de transmission du nom de la mère. Les enfants pourront porter le nom de leur père ou de leur mère ou une combinaison des noms des deux parents et les transmettre à leurs propres enfants.

⁶⁰ Neyrand, G. (2004). Autorité parentale et différence des sexes, quels enjeux ? *Dialogue*, n°<(sup> 165), 45-56. <https://doi.org/10.3917/dia.165.0045>

2.2.3 Accompagner le deuil périnatal

Sa vie a duré le temps d'un soupir,
Mais il a été.
Parlez moi de lui,
Ne faites pas comme s'il n'avait pas existé.



Korrig'Anne

La mort périnatale peut, selon la définition de l'OMS, survenir au cours de la grossesse (de façon spontanée ou provoquée), à la naissance, ou durant les sept premiers jours de vie. Elle concerne 7000 familles par an en France.

Dans le cadre de la Fausse Couche (FC)⁶¹, un rapport⁶² publié en avril 2021 dans le Lancet souligne que le phénomène est minimisé et que l'accompagnement médical et psychologique n'est pas optimal. En maternité on rencontre essentiellement des personnes à la suite de l'interruption d'une grossesse après le deuxième trimestre, soit après une FC tardive soit après une Mort fœtale in utero (MFIU)⁶³, soit après une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Le sentiment de culpabilité est souvent très fort que ce soit une décision prise par les parents d'interrompre la grossesse ou une perte accidentelle. Les cher-

⁶¹ On parle de Fausse Couche (FC) précoce quand elle survient lors du premier trimestre et de FC tardive quand elle survient au deuxième trimestre. 1 femme sur 10 est concernée au cours de sa vie et on dénombre 43 millions de FC par an dans le monde

⁶² Miscarriage : worldwide reform of care is needed. (2021). *The Lancet*. Published. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00954-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00954-5)

⁶³ La mort fœtale in utero, décès d'un fœtus après sa période de viabilité, concerne 2 millions de grossesses.

cheurs qui ont publié dans le Lancet évoquent les fausses croyances, encore très répandues, sur les causes potentielles des FC, notamment les chocs émotionnels, l'activité physique, les transports et le fait de porter des charges lourdes. Le fœtus in utero, avec l'arrivée de l'échographie, permettant aux parents de le visualiser et de le rendre plus concret, est devenu un patient à part entière⁶⁴. La foeto-pathologiste Martine Bucour précise dans "Le deuil périnatal - « Mourir avant de naître »"⁶⁵ que la pratique d'une autopsie⁶⁶ concerne un individu. Donc le fœtus, après son décès, est bien considéré comme une personne.

L'enfant peut être inscrit à l'état civil quel que soit l'âge de grossesse depuis 2008. La limite définie par l'OMS concernant la viabilité de l'enfant⁶⁷ conditionne l'enregistrement des décès. Ce choix conventionnel est très important. En effet, le statut du fœtus pose une question éthique et sociétale importante. L'enjeu, selon Mme Bucour,⁶⁸ est de reconnaître le statut de l'enfant et des parents quel que soit l'âge de la grossesse sans mettre en péril la liberté des femmes à disposer de leur corps et risquer de les replonger dans un rôle de simple réceptacle, sans possibilité de statuer sur ce qui se passe à l'intérieur d'elles.

L'enjeu des CCF en maternité est donc de débiter l'accompagnement du deuil périnatal, qui a la particularité de survenir à un moment qui était destiné à l'arrivée de la vie⁶⁹. Les processus de deuils sont évidemment très individuels. Tant que les parents sont à la maternité ils sont avec leur enfant alors qu'une fois sortis du service tout est réellement terminé. Il est donc important de soigner ces quelques heures ou ces quelques jours, la durée du séjour étant souvent raccourcie. Il semblerait que la prise en charge médicale est assez satisfaisante mais que l'accompagnement humain est souvent maladroit. Des témoignages⁷⁰ relatent que malgré toute l'empathie et la bonne volonté de l'équipe, un malaise règne. Ces pertes d'enfants pourtant fréquentes en France et dans le monde, touchent et déstabilisent parfois les équipes, formées pour accompagner la vie, le lien. Ma conscientisation de la difficulté des équipes vis-à-vis de ce sujet remonte à une quinzaine d'années. Il s'agissait d'un couple dont l'enfant est décédé in utero à 41 SA et 5 jours, la veille d'un déclenchement médical du travail prévu, sans signes annoncia-

⁶⁴ Dumoulin, M. & Bayle, B. (2017). 13. Accompagner le deuil périnatal: La mort des tout-petits. Dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (pp. 114-123). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0114>

⁶⁵ Besserie, M. Quantin, L. (1/11/2011) *Echanges (1/3)* : "Le deuil périnatal - « Mourir avant de naître »*" France culture [Echanges \(1/3\) : "Le deuil périnatal - « Mourir avant de naître »*](https://www.franceculture.fr/emissions/echanges-1-3-le-deuil-périnatal-%E2%80%93-%E2%80%9Cmourir-avant-de-naître-%E2%80%9C) (franceculture.fr)

⁶⁶ L'autopsie est proposée après le délai de viabilité et permet parfois de trouver la raison du décès de l'enfant ou de l'anomalie qui aura entraîné une IMG. Ce qui a pour but bien sûr d'accompagner les gens et les aider à déculpabiliser mais également de prévoir des grossesses ultérieures dans de bonnes conditions.

⁶⁷ La viabilité est définie par : 22 SA et/ou 500 grammes

⁶⁸ Ibid

⁶⁹ Weber, K., Canuto, A., Toma, S., Bonnet, J., Epiney, M., Girard, . (2014). 'Etre là quand on ne peut rien faire: accompagnement du deuil périnatal', *Rev Med Suisse* 2014; volume 0. no. 417, 390 - 392 doi : .

⁷⁰ Lambert, V. (14/05/2019) « On se dit tout - Le deuil périnatal » France bleu [On se dit tout - Le deuil périnatal](https://www.francebleu.fr/actualites/14-05-2019-on-se-dit-tout-le-deuil-périnatal) (francebleu.fr)

teurs. La MFIU est le risque principal du terme dépassé⁷¹. Ce couple a souligné l'absence d'étayage de qualité. Il est vrai que l'équipe était affectée par ce drame et ne savait pas trop comment réagir. Les professionnel·les étaient dans l'évitement, trop confronté·es à leurs propres affects. C'est ce qui est ressorti lors d'un groupe de parole, organisé ultérieurement. Le couple, dont l'un·e est psychologue, a créé une association de soutien autour du deuil périnatal, avec des actions d'information des professionnel·les. L'équipe a pu bénéficier de leur intervention quelques années après leur passage dans le service. C'était un moment symbolique très riche à tous les niveaux et pour tout le monde.

Les associations de soutien sont parfois « *le seul endroit où les enfants et les parents sont reconnus et respectés* »⁷². Des groupes de parole permettent d'aborder ce sujet, qui reste tabou et il est possible d'être accompagné·e dans la préparation du séjour, lors de l'annonce et la prévision d'une IMG.

Le protocole médical régional actuel prévoit une photographie de l'enfant et il est proposé en systématique un contact visuel ou par le toucher. Dans une émission de France bleu⁷³ les parents témoignent de l'importance de cet instant, de tenir l'enfant dans leurs bras, ce qui leur fait vivre un bout d'histoire avec celui-ci. Ceci faciliterait le processus de deuil. Des parents concernés mettent également en avant l'importance des démarches administratives qui sont des choses concrètes, factuelles auxquelles ils peuvent se raccrocher dans cette épreuve douloureuse, de même que la préparation des obsèques.

La perte de l'enfant est une perte d'identité pour les parents, qui ne sont pour la plupart du temps plus considérés et accompagnés comme tels, par la société. Selon Marie-José Soubieux⁷⁴, psychanalyste, autrice de « *Le berceau vide* », la parentalisation débute dès la grossesse, s'accroît au moment de l'accouchement et se poursuit même après le décès d'un bébé. On peut retrouver les termes suivants sur les forums d'internet, pour définir ce statut parental, comme parange, mamange, papange.

Cindy Bouquemont, dans son livre « *Le bonheur en partant a dit qu'il reviendrait* »⁷⁵, évoque le peu d'espace d'écoute dédiés à ces parents endeuillés ainsi que l'importance de pouvoir échanger entre pairs.

L'entretien avec le·a CCF permettrait d'écouter et d'accueillir les émotions et ressentis. Il peut être également important de revenir sur le vécu de l'annonce ou sur le choix de l'IMG. En effet, revenir sur les décisions peut permettre de se connecter à la réalité et d'éviter le fantasme, tout en délicatesse évidemment, selon le rythme et la temporalité des personnes concernées. Il ne s'agit pas d'avoir un projet pour eux concernant leur deuil, chacun le vit à sa façon. Accompagner cette période doit tenir compte de la

⁷¹ Il n'y a pas de consensus médical sur le terme d'une grossesse, ce qui complexifie la prise en charge, disparate selon les régions et pays.

⁷² Mieux Traverser Le Deuil. (2020, 19 juin). *Les associations qui accompagnent le deuil périnatal* —. <https://mieux-traverser-le-deuil.fr/se-faire-aider/les-associations-qui-accompagnent-le-deuil-perinatal/>

⁷³ Lambert, V (14/05/2019) « *On se dit tout - Le deuil périnatal* » France bleu [On se dit tout - Le deuil périnatal \(francebleu.fr\)](https://www.francebleu.fr/On-se-dit-tout-Le-deuil-p%C3%A9rinatal)

⁷⁴ Besserie, M. Quantin, L (1/11/2011) *Echanges (1/3) : "Le deuil périnatal - « Mourir avant de naître »** France culture [Echanges \(1/3\) : "Le deuil périnatal - « Mourir avant de naître »*](https://www.franceculture.fr/echanges-1-3-le-deuil-p%C3%A9rinatal-%E2%99%A2-Mourir-avant-de-na%C3%AC) (franceculture.fr)

⁷⁵ Bouquemont, C. (2020). *Le bonheur en partant a dit qu'il reviendrait (French Edition)*. Books on Demand.

gestion de la culpabilité, qui parfois reste la seule chose pour se sentir acteur·trice dans ce genre de situation. De plus, ce temps permettrait de questionner des gestes ou rituels, ce qui « *permet de faire exister et rendre visible la perte d'un être, qui n'a souvent guère laissé de souvenirs palpables* ». ⁷⁶ Par exemple voir l'enfant, recueillir ses empreintes ou une mèche de cheveux, prendre des photos, parler de l'inscription à l'état civil quand le choix est laissé aux parents tout comme aborder la question de l'autopsie.

L'accompagnement de la fratrie éventuelle ainsi que du reste de la famille peut aussi être abordé afin de trouver les clés et les propres ressources dans cette épreuve sous le regard positif inconditionnel de la·e CCF.

Les personnes pourront aussi en profiter pour parler de l'accompagnement des équipes.

2.3 La relation de couple, la sexualité et la contraception

Parfois vu comme la suite logique ou le fruit de l'amour conjugal, parfois une surprise plus ou moins bien acceptée, l'arrivée d'un enfant dans le couple apporte son lot de chamboulements, positifs et/ou négatifs. La question du comment faire coexister, réajuster, le couple conjugal avec le couple parental se pose à chaque fois qu'un nouvel enfant entre dans la vie de celui-ci.

La grossesse et les premiers mois de l'enfant sont des facteurs de risque (voire d'aggravation si déjà existante) de violences conjugales comme le décrit Marie-France Hirigoyen, psychiatre, dans « *femmes sous emprise* » ⁷⁷. Les violences conjugales peuvent se définir comme « *dans une relation privée ou privilégiée, une atteinte volontaire à l'intégrité de l'autre, une emprise, un conditionnement dont il est difficile de se dégager lorsqu'on en est la victime. (...) elle n'est pas le résultat d'un simple conflit, ni le symptôme d'une union en difficulté. C'est un abus de pouvoir dans une relation de couple où l'un des partenaires utilise un rapport de force pour contrôler l'autre. (...) Il s'agit d'un processus qui déstabilise la victime et rencontre souvent l'incompréhension de l'entourage et des professionnels* » ⁷⁸. Elles sont punies par la loi et un accompagnement est possible aussi bien pour les victimes que pour les auteurs de violences.

La·e CCF peut aborder la relation de couple en parlant de la contraception et de la reprise de la sexualité en postnatal. Ceci permettra aussi d'aborder le rapport au corps (qui a besoin de récupérer, avec parfois des lésions au niveau de la vulve et du périnée), de (re)voir quelques notions d'anatomie, de parler désir et plaisir, de la lubrification, de faire un point sur la norme pénétrative et de la découverte parfois d'une sexualité autre pendant les jours voire les semaines postnatales. C'est le moment idéal pour ques-

⁷⁶ Weber, K., Canuto, A., Toma, S., Bonnet, J., Epiney, M., Girard, (2014). 'Etre là quand on ne peut rien faire: accompagnement du deuil périnatal', *Rev Med Suisse* 2014; volume 0. no. 417, 390 - 392 doi: .

⁷⁷ Hirigoyen, M.-F. (2021). *Femmes sous emprise : Les ressorts de la violence dans le couple*. Le Grand livre du mois.

⁷⁸ Qu'est-ce que la violence conjugale ? Définition. (2020). DroitDirect.fr. <https://droitdirect.fr/fiche/quest-ce-que-la-violence-conjugale/>

tionner la relation de couple et le consentement, faire du dépistage de violences passées ou présentes (conjugales, sexuelles ...) et si besoin un rappel à la loi. Ceci permet d'ouvrir une porte, d'informer et d'être identifié comme lieu ressource pour un accompagnement adapté et pluriprofessionnel.

Aborder la contraception à la manière de la CCF est une plus-value et permet de poser les choses en matière de partage de la charge mentale du couple. De nombreuses études⁷⁹ montrent que le corps médical contribue à une approche genrée de la contraception en informant majoritairement sur les méthodes dites féminines. La CCF pourra donc évoquer toutes sortes de contraceptions, y compris celles dites masculines, permettant ainsi de véhiculer des notions d'équité.

2.4 Le vécu de l'accouchement, le projet de naissance, la violence médicale

Lors du parcours d'accompagnement, en PNP, la présentation d'un projet de naissance peut être encouragée. Il s'agit en effet de permettre aux parents de communiquer sur leur parcours de vie, les antécédents de violence subie, leur représentation et attentes concernant la grossesse, l'accouchement, le post partum, le contexte dans lequel arrive le bébé, avec le désir initial ou non de grossesse et d'enfants, l'établissement du lien avec celui-ci, de parler de leurs besoins, de leurs craintes et de leurs attentes concernant leur séjour en maternité. Ce projet de naissance a pour but de faciliter un accompagnement centré sur la personne/la famille et d'optimiser la sécurité médicale et affective lors de ce moment intime. Il est à noter que selon Annie-Claude Ottan, dans son mémoire de CCF⁸⁰, le respect des projets de naissance des couples est « *proportionnel à la place faite à la liberté décisionnelle des sages-femmes* ».

La période du post-partum avec ses modifications physiologiques et sa chute hormonale entraîne une vulnérabilité. Les violences gynécologiques et obstétricales sont depuis quelques années dénoncées par de nombreux organismes. L'Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes (IRASF)⁸¹ définit les violences gynéco-obstétricales comme « *l'absence de : consentement libre et éclairé, de choix et de diversité dans l'offre de soin, de consentement des actes à des fins d'apprentissage, d'anesthésie efficace, d'utilité médicale avérée, d'exercice des gestes obstétricaux dans un cadre légal, d'humanité et de dignité, du respect des droits de la patiente et de pratiques conformes aux données scientifiques* ». Le parcours de l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement m'a été très souvent relaté comme quelque chose qui dépossède les personnes de leur statut de sujet. Je souligne que le terme « prise en charge » figure dans les textes de l'HAS, prônant par ailleurs l'empowerment. Le vocabulaire médical employé est souvent infantilisant malgré une ap-

⁷⁹ Mieusset, R., & Soufir, J. (2013). *La contraception masculine (L'homme dans tous ses états) (French Edition)* (2013^e éd.). Springer.

⁸⁰ Ottan, A.-C. (2018). « *Impact des politiques de santé sur les pratiques obstétricales et leur potentiel de violences sur les femmes* ». (Mémoire). Mouvement Français pour le Planning Familial Formation au Conseil Conjugal et Familial Montpellier : 2017 - 2018.

⁸¹ Femmes, I.-I. D. R. E. D. P. L. S. D. (2020, 17 janvier). *Je lui dis que j'ai extrêmement mal, elle me dit de la fermer*. IRASF - Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. <https://www.irasf.org/>

proche qui se veut humaine. L'industrialisation des naissances a impacté la formation initiale des soignants ainsi que le langage, il n'est donc pas rare d'entendre l'identité de la patiente remplacée par son mode d'accouchement ou l'acte opératoire effectué. Quand « la césarienne de la 112 sonne » on peut observer comment l'objectivation, étant la base de la violence, est banalisée et met en lumière la déshumanisation dans le domaine médical. Le récit de pratiques médicales faites sans le consentement éclairé, ou dans un contexte ne favorisant pas la dignité et le respect de la personne ou son intimité est monnaie courante, même dans une structure avec une politique qui se veut bienveillante et humaine. Mme S, est au deuxième jour post accouchement lorsqu'elle me fait part d'une pose de péridurale difficile, avec une exaspération et des mots déplacés prononcés par l'anesthésiste censé soulager sa douleur physique. Elle fait preuve d'une grande empathie vis-à-vis de l'équipe et tente d'excuser le comportement de l'anesthésiste par l'heure tardive et le fait qu'elle n'arrivait pas à prendre la position correcte à cause des contractions utérines trop douloureuses qu'elle « n'arrivait pas à gérer ». Cette part de responsabilité qu'elle prend sur ses épaules l'amène à culpabiliser d'une part et lorsqu'elle réalise que son conjoint et elle-même n'ont pas fait part de leur mécontentement vis-à-vis du médecin plutôt hostile, cela rajoute une couche de culpabilité. Remettre les choses dans leur contexte en précisant que lors d'un moment de vulnérabilité comme les accouchements et face à une autorité médicale on a parfois peu de poids et qu'il est de la responsabilité du médecin d'apporter ses compétences quelle que soit l'heure dans le respect de la personne semble permettre d'apaiser des tensions liées à un conflit de loyauté envers l'équipe qui pour le reste a visiblement fait preuve d'un accompagnement digne de ce nom. La possibilité d'un retour sur le vécu auprès du médecin, du chef de service ou de la direction est accueillie comme une information intéressante mais, sur le moment, l'identification des compétences et des responsabilités de chaque partenaire ayant permis le bon déroulement de l'accouchement semble déjà permettre à Madame S de reprendre sa place de sujet.

Le HCE précise dans son rapport⁸² que la plupart des violences médicales sont conscientisées après le retour à la maison. En ce qui concerne l'accouchement les seules enquêtes avec des données fiables concernent la pratique de l'épisiotomie⁸³. Ce taux est en baisse mais selon le CIANE⁸⁴ il reste 85 % des femmes qui n'auraient pas donné leur consentement lors de la réalisation de celle-ci. Le collectif « stop aux violences obstétricales et gynécologiques »⁸⁵ met également en avant les témoignages concernant des violences réalisées à la maternité.

⁸² Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018, juin). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* (N° 2018-06-26-SAN-034). https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf

⁸³ L'épisiotomie est un acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant, recommandé pour 10% des cas selon l'OMS ; Il était de 20% en France en 2016.

⁸⁴ CIANE. (2013, novembre). *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes* (N° 6).

⁸⁵ *Stop VOG – stop aux violences obstétricales et gynécologiques – Québec*. (2019). <http://stopvog.org/>. <http://stopvog.org/>

Le projet de naissance est évocateur des représentations et projections des parents et des soignant·es et met souvent en lumière les stéréotypes liés au genre dans les rôles et places de chacun·e. Il peut servir de support pour un échange et un accompagnement individualisé et pourquoi pas une réflexion ouvrant sur une conscientisation voire des prémices de déconstruction de ces stéréotypes.

Aborder le vécu de l'accouchement et le respect du projet de naissance initial pourra mettre en lumière la thématique des violences médicales, libérer la parole, permettre aux individus de se placer en tant que sujet et poser le cadre légal. Une orientation est possible pour un accompagnement. Évidemment un retour à l'équipe peut être envisagé avec l'accord des usager·ères et on peut envisager un temps de rencontre entre ceux-ci et les praticien·nes concerné·es. Une analyse des pratiques est fondamentale pour faire évoluer les choses au sein de l'institution. Des groupes de paroles ou des entretiens individuels avec les professionnel·les pourraient être envisagés pour conscientiser les violences, nommer et identifier les causes et travailler sur la bientraitance, et initier pourquoi pas un réel projet de service.

2.5 La lutte contre les discriminations

Les discriminations dont certain·es personnes pourront être victimes seront bien sur écoutées, entendues et crues par la·e CCF, qui pourra apporter en plus des informations, une orientation pour obtenir un soutien supplémentaire si besoin et envie.

M., CCF citée précédemment, décrit très bien les filtres qui sont utilisés par les soignants pour faire appel à ses services. Ce sont des patientes pour qui l'équipe définit des risques psycho sociaux essentiellement. Des femmes qui nécessiteraient qu'on leur accorde plus de temps. Par exemple des femmes qui ne parlent pas bien la langue française, des femmes « marginales » avec des addictions ou des parcours de vie difficiles. L'équipe estime qu'il faudra plus de temps pour intégrer les différents moyens de contraception possibles. M. estime qu'il est justement important de proposer un espace pour peut-être parler de ce regard discriminant.

J'ai pu déjà observer des préjugés parmi les soignants ainsi qu'un regard raciste, classiste ou naturaliste. J'ai pu entendre des commentaires sur le nombre d'enfants des femmes africaines par exemple, souvent considérées comme sachant s'occuper des enfants et les allaiter, tout comme on les assigne facilement au travail domestique. Un autre exemple est celui de Madame S, de confession musulmane, qui se présente voilée lors de son arrivée à la maternité, chez qui l'équipe présuppose « *un projet d'allaitement maternel pendant deux ans comme l'indique le Coran* ». On peut facilement s'éloigner de l'ACP si on n'a pas conscientisé ses préjugés et représentations. Il n'est pas rare d'ailleurs d'observer pour la population maghrébine (donc présupposée musulmane) une présomption de soumission à la pression du con-

joint ou de la famille de celui-ci ainsi qu'une remise en question de la motivation réelle de la femme lors d'un choix d'allaitement en cas de douleur ou de difficulté à la mise en route de celui-ci, même lorsqu'il y a des causes médicalement identifiées.

D'autres discriminations peuvent être liées à la structure familiale. Mona et Lisa se définissent comme « *deux mamans* ». Elles se présentent à moi dans leur recherche d'une équipe pour l'accompagnement médical respectueux de cette grossesse issue d'une FIV⁸⁶ réalisée dans une clinique en Espagne. Leur obstétricienne actuelle « *est trop directive* ». Il leur semble important de vivre pleinement cette aventure en étant actrices et sujets. C'est Lisa qui porte les jumeaux, c'est sa première grossesse. Mona a déjà une expérience de la maternité et de la monoparentalité. C'est lors de la rédaction du projet de naissance que la place et les normes genrées de la parentalité ont été mises en relief. En effet, alors que la maternité accompagne très régulièrement des couples lesbiens, un point semblait nécessiter une préparation spécifique de l'équipe afin d'éviter un malaise. La possibilité d'une induction de la lactation⁸⁷ (le fait de déclencher la lactation chez une femme n'ayant pas été enceinte avec un protocole hormonal) chez Mona, la « mère sociale »⁸⁸ et donc d'un allaitement partagé des jumeaux ayant été écarté, celle-ci souhaitait accueillir ses enfants en peau à peau après la naissance. De même le couple souhaitait pouvoir être torse nu pendant le travail pour mieux libérer des endorphines lors d'étreintes en corps à corps afin de faciliter le processus d'accouchement et diminuer la douleur. Alors que l'équipe a l'habitude de voir une poitrine féminine dénudée, cette demande a surpris quelques professionnel·les et il nous a fallu préparer le terrain. J'ai pu constater des regards étonnés, des yeux levés au ciel, ainsi que des remarques concernant « *l'absence de pudeur* » et de « *portes ouvertes à toutes les fenêtres* ».

Si la monoparentalité est entièrement rentrée dans les mœurs, il n'est pas facile de se dégager des représentations normées⁸⁹, des interprétations et jugements. Elle est souvent vue comme subie et la préoccupation des équipes concernant la situation économique et l'état psychologique est plus marquée. La monoparentalité choisie, une femme ayant « fait un bébé toute seule » comme dirait J.J. Goldman, fait parfois jaser dans les couloirs du service. Les projets pour la personne sont monnaie courante.

Franckie, homme trans, m'a confié lors d'une discussion qu'il avait un désir de grossesse et qu'il appréhendait le suivi de grossesse, l'accouchement et le postnatal à cause du regard des soignant·es. Après

⁸⁶ FIV = Fécondation in-vitro. C'est une technique d'assistance médicale à la procréation

⁸⁷ Dauvignac, L. (2017). La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins. *HAL*. Published. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690037/document>

⁸⁸ Le terme de mère sociale est utilisé pour parler de la mère qui n'a pas accouché et celui de mère de naissance qui convient mieux que celui de mère biologique pour parler de la parturiente (Déchaux, Darius, 2016). Le parent social est une « personne qui se conduit comme un parent mais qui n'en a pas le statut légal », alors que le parent légal est une « personne désignée dans le livret de famille, qui a reconnu ou adopté un enfant » (Gross, 2005 : 19))

⁸⁹ Le pouvoir des mères | Un podcast à soi (23) - ARTE Radio Podcast. (2020, 6 février). [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VpmAb1SAfIY>

avoir abordé la question avec des collègues de travail, où j'ai recueilli des commentaires aussi bien dubitatifs que teintés d'optimisme, j'apprends que la prochaine collection emoji d'iPhone « fera la part belle à deux nouveaux types de personnages : un « homme enceint » et une « personne enceint », au genre non identifié (...) déclinable en six couleurs de peau différentes »⁹⁰. J'ai pu constater que la notion de transidentité de genre qui n'était pas acquise pour moi avant la formation ne l'est pas non plus pour la majorité du corps soignant que je côtoie.



La plupart du temps c'est une méconnaissance des parentalités multiformes qui entraîne le malaise chez les soignant·es. L'adaptation de la société se fait lentement et des associations de soutien et d'information y contribuent. C'est dans les compétences des CCF d'accompagner aussi bien les personnes dans leurs parentalités que les équipes dans les questionnements concernant l'accompagnement de celles-ci grâce à des outils d'éducation populaire.

⁹⁰ valeursactuelles.com. (2021, 15 juillet). *Bientôt un emoji d'homme « enceint » dans la collection de smileys des iPhones*. Valeurs actuelles. <https://www.valeursactuelles.com/societe/bientot-un-emoji-dhomme-enceint-dans-la-collection-de-smileys-des-iphones/>

Un autre cas de figure est celui de la personne consommant des substances psychoactives. Lorsque l'équipe en a connaissance, au-delà du regard jugeant, c'est souvent une injonction au sevrage que j'ai pu constater, avec de beaux projets pour la personne. Cette attitude est rarement questionnée car rentrée dans les habitudes du corps soignant, sous couvert du savoir médical et du rapport asymétrique intégré comme étant normal. Un exemple est celui de Sabrina, consommatrice de Cannabis, ayant un projet d'allaitement maternel. Elle raconte qu'une consultation avec un membre du CSAPA⁹¹ lui a été imposé dans le service où elle a accouché, avant même de questionner son projet. Selon la substance utilisée, le jugement, le regard et l'accompagnement des soignant·es varient. Le temps d'écoute CCF et l'ACP pourra permettre un espace non-jugeant pour aider la personne à jauger au mieux sa balance bénéfice/coût et réfléchir à son projet, dans une démarche de réduction des risques.

De façon générale il est important d'aborder les personnes que l'on rencontre en post partum en tant que personnes, écoutées en toute confidentialité, dans le respect de leurs convictions, et non uniquement comme des mères, pères, parents.

La commission des 1000 jours indique que « *la parentalité en situation de handicap présente (donc) une vulnérabilité très spécifique, qui nécessite un accompagnement, une prise en charge et des moyens qui tiennent compte de cette singularité* ». L'ACP apportée par les compétences des CCF peut aussi bien étayer l'accompagnement et le soutien de la parentalité que permettre la liaison avec les équipes de soin.

Au final, quels que soient les thèmes abordés, l'ACP permet de laisser l'espace pour que chacun·e se retrouve au plus près de ce qui lui correspond, dans le respect d'elle/lui-même et du·de la nouvel·le individu·e qu'est l'enfant, citoyen·ne du monde de demain.

Permettre aux personnes d'exprimer librement leurs envies, de clarifier leurs représentations quant au rôle de chacun nécessite du temps et de la disponibilité.

⁹¹ Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Conclusion

La rédaction de cet écrit et les recherches effectuées m'ont confortée dans l'idée que la mise en place d'un temps d'écoute dédié à la période postnatale était pertinente.

Par ailleurs j'ai pu enrichir mes connaissances, changer d'angle de vue dans un domaine qui m'était familier, et conscientiser mes points de vigilance concernant ma future posture de CCF.

La notion d'approche transversale est relevée dans plusieurs rapports qui soulignent l'importance de la précocité de l'accompagnement. Le temps d'écoute proposé en systématique par un·e CCF en maternité répond à ce besoin et devrait s'inscrire dans un projet de service.

Chaque Maternité possède un CPEF avec donc un poste de CCF. L'ACP permet d'aborder et d'accompagner différentes thématiques et de participer à une mission de santé publique variée.

Une articulation et un travail pluridisciplinaire est la conséquence logique de la réalisation du temps d'écoute en service de suites de couches et permet une orientation et idéalement une participation aux staffs et des animations de groupe de professionnel·les de la santé pour une analyse des pratiques au sein de la structure.

En plus de ce temps d'écoute lors du séjour le·la CCF peut développer d'autres actions en maternité.

Des réunions collectives animées par le·a CCF autour des questions de contraception, de genre, de compétences parentales, de rôles parentaux et de violences médicales pourraient être envisagés pour les usager·ères, seul·e ou en binôme avec un·e psychologue ou un·e sage-femme. On pourrait pour certaines animations mixer les groupes et inviter des professionnels de la santé pour entendre le retour sur le vécu des parents.

Des groupes de parole pour les professionnel·les pourraient également être animés par le·a CCF.

El·le pourra également animer d'autres formations en binôme pour sa maîtrise des outils d'éducation populaire.

Lorsqu'on parle de travail pluridisciplinaire on pourrait aussi réfléchir à une organisation transdisciplinaire qui comprend le lien à la société et à la culture. Ainsi prévoir des expositions, réalisations artistiques autour des thèmes concernant la périnatalité et invitant à d'autres dimensions et ouvertures.

Le projet de la commission des 1000 jours est de créer des « Maisons des 1000 jours »⁹² qui *« pourraient incarner un espace identifié, une réponse globale et intégrée aux besoins des parents et des bébés et jeunes enfants, s'organisant autour des principes suivants : développement favorable et bien-être de tous les enfants, réduction des inégalités*

⁹² Ministère des solidarités et de la santé. (2020, septembre). *Les 1000 premiers jours*. [rapport-1000-premiers-jours.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/rapport-1000-premiers-jours.pdf)

et valorisation de la mixité sociale, valorisation des ressources parentales, accompagnement de la loi contre les violences éducatives ordinaires. Les Maisons des 1000 jours seraient ouvertes à tous, inconditionnellement. »

La·e CCF pourrait être une personne référente idéale dans ce genre de structure. Ce sujet mériterait d'être développé...

Bibliographie

- Ancecf - Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux. . (2021). Récupéré sur ancecf: <https://www.ancecf.fr/>
- Antier, E. (2001). *Éloges des mères : Faire confiance à l'instinct maternel pour favoriser l'épanouissement de nos enfants*. France Loisirs.
- Bayot, I. (2018). *Le quatrième trimestre de la grossesse*. Eres.
- Bayot, I. (2019). Instinct maternel : réalité et controverses. *Les dossiers de l'obstétrique*,.
- Besserie, M. Q. (2011, 11 1). Echanges (1/3) : "Le deuil périnatal - « Mourir avant de naître ».
- Bientôt un émoji d'homme « enceint » dans la collection de smileys des iPhones*. (2021, 7 15). Récupéré sur Valeurs actuelles: <https://www.valeursactuelles.com/societe/bientot-un-emoji-dhomme-enceint-dans-la-collection-de-smileys-des-iphones/>
- Bouquemont, C. (2020). *Le bonheur en partant a dit qu'il reviendrait* . Books on Demand.
- Campbell, B. A. (2013, 5 4). *Six childcare gurus who have changed parenting*. Récupéré sur BBC News: <https://www.bbc.com/news/magazine-22397457>
- Chauvineau, T. (2021, 7 28). "Le père a-t-il trouvé sa place ?". Récupéré sur <https://www.franceinter.fr/emissions/le-debat-de-midi/le-debat-de-midi-du-mercredi-28-juillet-2021> via @radiofrance
- CIANE. (2013, 11). *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes*. Récupéré sur CIANE: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAte-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
- Curat, A. M. (2021). Les carences de l'organisation de la périnatalité en France. *contact Sages-Femmes*, 66, pp. 5-8.
- Dauvignac, L. (2017). *La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux fémi-nins*. . Récupéré sur HAL. Published.: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690037/document>
- DroitDirect.fr. (2020). Qu'est-ce que la violence conjugale ? Récupéré sur <https://droitdirect.fr/fiche/quest-ce-que-la-violence-conjugale/>
- Dumoulin, M. &. (2017). Accompagner le deuil périnatal: La mort des tout-petits. (B. B. éd, Éd.) *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*, pp. 114-123. doi:<https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0114>
- Enquête Nationale Périnatale. (2017). *Les rapports des ENP*. Récupéré sur <https://enp.inserm.fr/docutheque/les-rapports-des-enp/>
- Gazalé, O. (2017). *Le Mythe de la virilité*. ROBERT LAFFONT.
- Guignot, C. (2019). Combien y a-t-il de bébés secoués en France ? (Univadis., Éd.)
- Hanquart, I. (2017). Dénoncer les violences obstétricales : Risques et enjeux (débat) . *Gestion Hospitalière*, pp. 413-416.
- Haut conseil à l'égalité. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Récupéré sur <https://www.haut-conseil->

egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf

- Haute Autorité de Santé . (2016). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- Haute autorité de santé. (2005). *Recommandations professionnelles Préparation à la naissance et à la parentalité*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2021). *Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux - Note de cadrage*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234406/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinataux-no
- Hintikka, P. &. (2020). *Fille-Garçon même éducation : Guide pour une parentalité féministe de 0 à 3 ans (Famille-Education) (French Edition)*. MARABOUT.
- Hirigoyen, M.-F. .. (2021). *Femmes sous emprise : Les ressorts de la violence dans le couple*. . Le Grand livre du mois.
- IRASF - Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. . (2020, 1 17). *Je lui dis que j'ai extrêmement mal, elle me dit de la fermer*. . Récupéré sur IRASF: <https://www.irasf.org/>
- Journal des Femmes Santé. (2014). Care .
- Lambert, V. (2019, 5 14). « On se dit tout - Le deuil périnatal ».
- Le Larousse. (s.d.). Post-partum. Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>
- Le Parisien. (2005). Empowerment. *définition de empowerment et synonymes de empowerment* .
- Les associations qui accompagnent le deuil périnatal* . (2020, 6 19). Récupéré sur Mieux Traverser Le Deuil: <https://mieux-traverser-le-deuil.fr/se-faire-aider/les-associations-qui-accompagnent-le-deuil-perinatal/>
- Lionetti, R. (1988). *Le lait du père* . IMAGO.
- Maman Blues - le site de la Difficulté maternelle* . (2009). Récupéré sur [maman blues: http://www.maman-blues.fr/](http://www.maman-blues.fr/)
- Mieusset, R. &. (2013). *La contraception masculine (L'homme dans tous ses états)* . Springer.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, 07 20). Les maisons de naissance. Récupéré sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *Les 1000 premiers jours*. . Récupéré sur [rapport-1000-premiers-jours.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/rapport-1000-premiers-jours.pdf)
- Neyrand, G. (2004). Autorité parentale et différence des sexes, quels enjeux ? *Dialogue*, pp. 45-56. doi:<https://doi.org/10.3917/dia.165.0045>
- Ottan, A.-C. (2018). « Impact des politiques de santé sur les pratiques obstétricales et leur potentiel de violences sur les femmes » . *Mémoire Mouvement Français pour le Planning Familial Formation au Conseil Conjugal et Familial Montpellier*. Montpellier.
- Perspectives et questions à partir du projet des 1000 jours. (2021, 4 3). (Google Drive.). Récupéré sur <https://drive.google.com/file/d/1c6inVvPW9ZUkSpDXG1i1xuaJEjwji5w1/view>

- Podcast, A. R. (2020, 2 6). Le pouvoir des mères | Un podcast à soi (23) . Récupéré sur <https://www.youtube.com/watch?v=VpmAb1SAfIY>
- Rochat, G. (2020). Les 6 attitudes d'écoute d'Elias Porter . Récupéré sur <https://www.copadia.com/blog/2020/05/22/les-6-attitudes-decoute-deliass-porter/>
- Rostain, C. (2021, 3 4). podcast papatriarcat #26 - Education égalitaire et parentalité - Discussion avec Elisa Rigoulet et Pihla Hintikka. Récupéré sur #26 - Education égalitaire et parentalité - Discussion avec Elisa Rigoulet et Pihla Hintikka – Papatriarcat – Podcas
- Sellenet, C. (2009). Approche critique de la notion de « compétences parentales ». *La revue internationale de l'éducation familiale*, pp. 95-116. doi:<https://doi.org/10.3917/rief.026.009>
- Stop VOG – stop aux violences obstétricales et gynécologiques: <http://stopvog.org/>
<http://stopvog.org/>
- Tari, C. &. (2016). L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Education Thérapeutique du Patient*. doi:<https://doi.org/10.1051/tpe/201>
- Terenos, S. S. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. . *Devenir* , pp. 151-188. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>
- The Lancet. (2021). Miscarriage : worldwide reform of care is needed. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00954-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00954-5)
- Weber, K. C. (2014). Etre là quand on ne peut rien faire: accompagnement du deuil périnatal. *Rev Med Suisse* , pp. 390 - 392 .
- Wikipedia. (2021). Syndrome méditerranéen. Récupéré sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_m%C3%A9diterran%C3%A9en
- YouTube. (2020, 1 6). Accouche - Episode 5 « Dépression post-partum : oser en parler ». Récupéré sur <https://www.youtube.com/watch?v=MndfsKHJtoM>

Annexes

A

A l'article L 1225-16 du Code du travail, [Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 87](#), prévoit :

« La salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par l'article [L. 2122-1](#) du code de la santé publique dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement. La salariée bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique bénéficie d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires. Le conjoint salarié de la femme enceinte ou bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficie également d'une autorisation d'absence pour se rendre à trois de ces examens médicaux obligatoires ou de ces actes médicaux nécessaires pour chaque protocole du parcours d'assistance médicale au maximum.

Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération et sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits légaux ou conventionnels acquis par la salariée au titre de son ancienneté dans l'entreprise. »

B

article 371-1 [Modifié par LOI n°2019-721 du 10 juillet 2019 - art. 1](#) prévoit que

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

C

Article 434-3 du code pénal : Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Résumé

Le temps en postnatal est un moment de bouleversement et peut être concomitant à une révélation de capacités, de vulnérabilités et parfois de complications chez les personnes concerné·es.

Devenir parent en France signifie la plupart du temps passer par la case « service de maternité ». Service aujourd'hui régi par une politique de réduction de moyens avec, en parallèle, une exigence d'accompagnement centré sur les besoins des usager·ères. La pertinence de cet accompagnement individualisé est documentée et sollicitée de tous bords.

Les conseiller·ères conjugal·es et familial·es proposent une approche centrée sur la personne dans le champ de la vie affective, relationnelle et sexuelle. Iels ont les compétences requises pour participer à cet accompagnement dans une articulation pluridisciplinaire.

Un temps d'écoute en post-partum lors du séjour devrait être proposé en systématique avec un·e conseiller·ère conjugal·e et familial·e. La mise en place de ce temps d'écoute devrait être un projet de service, comporte plusieurs leviers, des freins et des éléments facilitants qui varient selon les structures.

Différents domaines sont touchés par l'entretien en post-partum, notamment la parentalité, l'éducation, la relation de couple, les relations intrafamiliales, la sexualité et la contraception.

Pourront donc être abordés et accompagnés si besoin les difficultés parentales, le deuil périnatal, les violences de toutes sortes notamment conjugales, les violences médicales, les violences éducatives ordinaires, les addictions, les discriminations, les stéréotypes de genre ... la liste n'est pas exhaustive.

La·e conseiller·ère conjugal·e et familial·e a toute sa place en maternité, que ce soit pour la réalisation de ce temps d'écoute ou d'autres missions auprès des usager·ères et/ou professionnel·les.

Mots clefs : post-partum, entretien, maternité