

Les PANP ont-elles un impact sur la parentalité ?

Mémoire de fin d'études Travail de Bachelor

AL-MALLAH Souheil

Matricule : 18544775

BLUM Levana

Matricule : 09433434

Directrice de mémoire:

RAZUREL Chantal

Co-directeur de mémoire :

GAUCHER Laurent

Experte enseignante :

GENDRE Anne

Experte de terrain :

CERUTTI Sabine

Haute École de Santé de Genève

Août 2021



DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

«Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur.e.s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seul.e.s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques».

Genève, le 3 août 2021

Al-Mallah Souheil et Blum Levana

RESUME

Cadre de référence : La préparation à la naissance et à la parentalité (PANP) est un outil de promotion de la santé des femmes enceintes et de l'accompagnement des individus dans la phase transformative du devenir parent. Elle a pour but de soutenir les parents dans leur adaptation face aux bouleversements psychiques et physiques qu'impliquent la grossesse, la naissance et la parentalité ainsi que de diminuer les risques de complications périnatales.

Objectif : L'objectif de ce travail est de déterminer si les PANP ont un impact sur la parentalité et d'identifier les facteurs influençant l'expérience positive ou négative des parents.

Méthode : Les moteurs de recherche PubMed et CINAHL ont été utilisés pour effectuer une revue de la littérature. Celle-ci a été agrémentée de screening de bibliographies. Cinq articles ont ensuite été retenus, analysés, présentés et discutés.

Résultats : Les résultats montrent que les PANP ont un impact sur la parentalité. Ils indiquent que les individus ont besoin d'une vision réaliste du quotidien, de voir leurs partenaires impliqués et d'obtenir des outils pour améliorer leurs stratégies pour faire face au stress lié à leur nouveau rôle. L'attitude et la manière de communiquer des animateur.trice.s, le format et la temporalité des PANP ainsi qu'un contenu adapté aux besoins réels des parents semblent également influencer leur expérience. Les méthodologies des études analysées pour évaluer l'impact des PANP semblent incomplètes car elles n'évaluent les PANP qu'à travers la satisfaction des individus et elles ne tiennent pas compte du développement de l'enfant sur le long terme.

Conclusion : Le processus du devenir parent implique des chamboulements profonds. La conception des PANP, l'attitude et les compétences des animateur.trice.s impactent la satisfaction des parents et leur sentiment de compétence. Il semble donc nécessaire de former les professionnel.le.s de santé de manière continue à la communication non violente, afin de mieux accompagner les parents. Finalement, l'étude de l'impact des PANP sur le long terme, mais aussi sur le développement de l'enfant, semble indiqué.

ABSTRACT

Background: Prenatal preparation (PNP) is a tool for promoting the health of pregnant women and supporting individuals in the transformative phase that is becoming parents. Its aim is to support parents to adapt to the psychological and physical upheavals associated with pregnancy, childbirth and parenthood as well as reducing the risks of perinatal complications.

Aims: The aim of this work is to determine whether PNP have an impact on parenthood and to identify the factors influencing parents' positive or negative experiences.

Methods: PubMed and CINAHL search engines were used to conduct a literature review. This was supplemented with the screening of bibliographies. Five articles were then selected, analysed, presented and discussed.

Results: The results show that PNP have an impact on parenthood. They indicate that parents need a realistic view of everyday life as a parent, to have their partner's involvement be facilitated and to find tools to improve their strategies to cope with the stress associated with their new role. The attitude and communication style of the professionals and the format and timing of PNP, in addition to content based on the parents' actual needs also seem to influence their experience. Studies' methodologies reviewed to assess the impact of PNP appear to be incomplete as they only assess PNP in terms of individuals' satisfaction and do not take into consideration children's long-term development.

Conclusion: The process of becoming a parent involves profound changes. The design of PNP and the attitude and skills of professionals seem to impact parents' satisfaction and feelings of competence. Hence, it seems necessary to train healthcare professionals on an ongoing basis in non-violent communication, in order to better support parents. Finally, it seems indicated to study the impacts of PNP longterm and on the development of the child.

REMERCIEMENT

Nous remercions de tout cœur nos familles et nos ami.e.s de nous avoir soutenu.e.s et supporté.e.s pendant l'écriture de ce travail, de nous avoir donné amour et patience et d'avoir été des oreilles si attentives tout au long de ce processus.

Nous remercions également Chantal Razurel et Laurent Gaucher pour leurs relectures pointues et leurs bons conseils.

Nous remercions les sages-femmes de l'Arcade Sage-Femme, des HUG, du CHUV et de Bauchgefühl Hebammen Hamburg de nous avoir ouvert les portes de leurs programmes de préparation à la naissance et à la parentalité afin de soutenir notre construction et réflexion professionnelles.

Finalement, nous remercions tous les parents que nous avons accompagnés au cours de cette formation. Ils ont inspiré et nourri ce travail et nous leur en serons toujours reconnaissant.e.s.

Table des matières

I. Lexique.....	8
II. Questionnement professionnel.....	9
III. Cadre théorique.....	10
A. La préparation à la naissance et à la parentalité (PANP).....	10
1. Soins prénataux et PANP	10
2. L'histoire de la PANP	11
a) L'accouchement sans douleur, de l'URSS à la Suisse.....	11
b) Les sages-femmes suisses et l'ASD ou les débuts de la PAN	13
c) La PAN évolue et devient PANP	14
3. Le rôle des sages-femmes lors des PANP	15
B. La parentalité	16
1. L'évolution de la parentalité.....	16
2. Le concept de la parentalité	18
3. La théorie de transition	19
4. La parentalité en crise ou les dysfonctionnements de la parentalité.....	21
a) Le stress parental.....	22
b) Le sentiment de compétence	23
c) Burn-out et dépression.....	24
C. Problématique.....	25
IV. Sélection des articles dans la littérature existante	27
A. Méthodologie de recherche de littérature	27
1. Tableau présentant les concepts de recherche (PICO).....	27
2. Présentation des bases de données utilisées	27
3. Mindmap présentant notre stratégie de recherche.....	29
4. Présentation des critères d'exclusion et d'inclusion des articles choisis.....	30
V. Description et analyse critique des résultats des articles.....	31
A. Description des 5 articles	31
1. Description de l'article n° 1	31
2. Description de l'article n° 2	33
3. Description de l'article n° 3	34
4. Description de l'article n° 4	35
5. Description de l'article n° 5	37
B. Articulation des résultats.....	38
1. Attentes et besoins des parents vis-à-vis de PANP	38
a) Vision réaliste des compétences et difficultés parentales	38
b) Implication du/de la partenaire de la mère dans les PANP	39
c) Relations sociales et relation du couple parental.....	40
2. Accompagnement par les professionnel.le.s de santé	41
a) Soutien adapté des parents par les professionnel.le.s de santé	41
b) Stratégies d'apprentissage proposées durant les PANP	42
c) Temporalité des PANP	44
3. Risques de complications périnatales	44
4. Méthodologies des études	45
VI. Discussion.....	46

A.	Forces et faiblesses des différentes méthodologies.....	47
B.	Attentes et besoins des parents vis-à-vis des PANP.....	48
1.	Vision réaliste des compétences et difficultés parentales	48
2.	Implication du/de la partenaire de la mère dans les PANP	48
3.	Relations sociales, relation du couple parental et développement des stratégies de coping.....	50
C.	Efficacité des PANP pour répondre aux besoins et attentes des parents	51
1.	Soutien de l’empowerment des parents par les professionnel.le.s	51
2.	Stratégies d’apprentissage proposées durant les PANP.....	52
3.	Temporalité des PANP	52
D.	Risques de complications périnatales	53
E.	Forces et faiblesses de notre travail	53
VII.	<i>Retour dans la pratique</i>	55
A.	Attentes et besoins des parents vis-à-vis de PANP	55
1.	Vision réaliste des compétences et difficultés parentales	55
2.	Implication du/de la partenaire de la mère dans les PANP	56
3.	Relation du couple parental	57
B.	Accompagnement par les professionnel.le.s de santé	57
1.	Soutien adapté des parents par les professionnel.le.s de santé	57
2.	Politique de santé en suisse	58
3.	Stratégies d’apprentissage proposées durant les PANP.....	58
4.	Temporalité des PANP	59
C.	Risques de complications périnatales	60
D.	Recommandations pour de futures études	61
VIII.	<i>Conclusion</i>	61
IX.	<i>Références bibliographiques.....</i>	64
X.	<i>Annexes</i>	74

I. Lexique

ASD : Accouchement sans douleur

Cis : Personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance

CNV : Communication non violente

LGBTQIA+: lesbienne, gay, bisexuel, trans, queer, intersexuel, asexué, et autres

PAN : Préparation à la naissance

PANP : Préparation à la naissance et à la parentalité

PMA : Procréation médicalement assistée

PNP : Prenatal preparation

PP : Post-partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'aménorrhée

II. Questionnement professionnel

En tant qu'élèves sages-femmes, nous sommes témoins de la grande diversité des sources d'information pour la construction de l'identité et des compétences parentales. Au fil du temps et partout dans le monde, l'accompagnement des femmes et bien plus tard de leurs partenaires s'est adapté aux caractéristiques plurielles des sociétés (Houzel, 1999). De l'expérience d'une aïeule maternelle, transmise dans l'intimité du foyer, à l'amphithéâtre dans lequel un.e professionnel.le s'exprime au micro, ou encore un cours en vidéo-conférence donné par une sage-femme à domicile en temps de pandémie, la variété et l'évolution des méthodes de préparation des parents est une réalité. Et les sages-femmes (ou soignant-e-s) semblent être au cœur de cette problématique (Sellenet, 2012).

Devenir parent est un processus induisant une phase transformative pour l'individu. Cette phase ne se termine que lorsque la parentalité fait partie intégrante de son identité (Barimani et al., 2017). Ce rôle parental oblige la personne qui l'endosse à se repositionner et s'affirmer face à ses nouvelles responsabilités. Il confronte les parents à des questions sur leurs capacités d'éducateur.trice, mais également à leurs capacités d'adaptation individuelle et à leurs représentations. Ces dernières façonnent le parent en devenir, le liant à sa communauté et à ses croyances (Razurel et al., 2011) et ont un impact sur la dynamique familiale et sur le développement de l'enfant. Cette période de transition révèle donc une potentielle phase de vulnérabilité pour les parents et peut être instigatrice d'insécurité, voire entraîner des pathologies comme la dépression et l'anxiété sévère. Cela pourrait avoir des conséquences sur le développement social, émotionnel, cognitif et physique des enfants (Gilmer et al., 2016).

La variété des offres de préparations à la naissance et à la parentalité (PANP) s'intègre à tout un ensemble de choix parfois difficiles pour les parents. Entre un statut de consommateur.trice, par exemple dans le cadre du salon Bébé et Moi à Genève (Sallard & Oziel, 2009) et la nécessité de s'interroger sur leur capacité à s'adapter psychologiquement et à faire face à une transition majeure en tant que couple, ou individu, ils doivent s'affirmer face à la société et au marketing (Favez, 2017). Mais les

différentes intentions, méthodes et dispositifs d'intervention à dispositions des professionnels de santé influencent-ils le processus de parentalité ? Les PANP ont-elles un impact sur la parentalité ?

III. Cadre théorique

A. La préparation à la naissance et à la parentalité (PANP)

1. Soins prénataux et PANP

Dans ses recommandations de 2016 du rapport *Soins prénataux pour que la grossesse soit une expérience positive*, l'OMS (2016) rappelle que « le droit international relatif aux droits de l'homme prévoit des engagements fondamentaux des États pour donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de survivre à leur grossesse et leur accouchement au titre de leurs droits en matière de sexualité et de procréation et de leur droit de vivre dignement » (p.1). La promotion de la santé de la femme enceinte fait partie, au-delà de la diminution de la morbi-mortalité, de ce droit (OMS, 2016).

Or, la médicalisation des grossesses et des naissances de notre société a, dès les années cinquante, fait de l'éducation prénatale un outil majeur de promotion de la santé, en complémentarité du suivi médical prénatal de la femme et du fœtus. Cette volonté d'éduquer les femmes à la santé durant leur grossesse répond d'une part aux attentes idéologiques maternalistes et pro-natalistes de l'après-guerre d'une société qui exige des mères qu'elles soient compétentes pour produire et consolider les futures générations. D'autre part, elle répond aux attentes du corps hospitalier pour faciliter l'accouchement en ses murs, alors que les naissances ont de moins en moins lieu à domicile (Vuille, 2009). En 2017, en Suisse, les accouchements à domicile constituaient moins de 1% des naissances, ceux en maison de naissance représentaient 1.6-1.7%, tandis que 98% des accouchements étaient faits à l'hôpital (OFS, 2019b; Sauty et al., 2017).

Les PANP s'inscrivent donc, dans le cadre des soins prénataux définis et décrits par l'OMS (2016) en quatre points : "l'identification des risques ; la prévention et la prise en charge de maladies liées à la grossesse ou concomitantes ; l'éducation sanitaire ; la promotion de la santé" (p. 1). L'éducation à la santé en période prénatale a, depuis la moitié du XX^{ème} siècle, été dispensée, entre autres, durant les PANP et ceci quel que soit les courants de pensées et les méthodes spécifiques (yoga, sophrologie, pleine conscience etc.) qui les ont inspirées (Maffi, 2014).

Face à la variété des modèles de PANP proposés en occident, on peut s'interroger sur la définition de *la préparation à la naissance et à la parentalité*. La Haute autorité de Santé française (2005) la définit comme un « accompagnement global de la femme et du couple, durant la grossesse et le post-partum, en favorisant leur participation active dans le projet de naissance »(p.13). L'idée de « participation active » du couple renvoie aux théories du *Montreal Model* qui place les patient-e-s au centre de sa prise en charge en les définissant comme spécialiste de leur vie (Pomey et al., 2015). Les ambitions des programmes de PANP ont évolué. Aujourd'hui, elles dépassent largement le simple transfert de connaissances. En plus de viser une augmentation de connaissances et de compétences, elles cherchent à favoriser l'autonomisation du couple dans l'accueil de l'enfant et fluidifier la transition vers la fonction de parent (Haute autorité de santé (France), 2005). Mais cela a-t-il toujours été le cas ?

2. L'histoire de la PANP

a) L'accouchement sans douleur, de l'URSS à la Suisse

Dès le XVIII^{ème} siècle, les avancées scientifiques sont lentement intégrées à la société et remettent en question la pensée judéo-chrétienne selon laquelle Dieu a condamné la femme à accoucher dans la douleur (*La Sainte Bible*, trad. Louis Segond, 1910/2006, Genèse IV, 16). L'idée de se préparer à l'expérience de l'accouchement fait son chemin dans la communauté scientifique, alors composée presque exclusivement d'hommes. Contrer la douleur de l'accouchement en est alors l'unique intérêt. A cette époque, pour faire face à la douleur, certaines parturientes bénéficient de diverses drogues et potions héritées du moyen-âge. Les traitements

médicamenteux de l'anesthésie (protoxyde d'azote, éther et chloroforme) sont également utilisés depuis le XIX^{ème} siècle, mais les accidents sont fréquents (Vuille, 1999). Ainsi, la science cherche d'autres approches à l'antalgie.

Le premier scientifique à publier ses trouvailles est le docteur anglais Dick-Read. En 1929, il fait l'hypothèse que l'accouchement étant un processus physiologique et la douleur un message d'alerte face à une situation altérant la physiologie, la parturiente fait preuve d'interprétation douloureuse face à une situation inconnue mais que la douleur n'est pas réelle (Razurel, 2010). Parallèlement, le scientifique russe et prix Nobel Ivan Pavlov travaille depuis les années 1890 sur les lois fondamentales qui régissent l'acquisition et la perte de réflexes conditionnés. Sa célèbre expérience met en scène un chien à qui l'on donne de la nourriture après avoir fait sonner une clochette. L'expérience démontre qu'après un certain nombre de fois, l'association clochette-nourriture conditionne le cerveau du chien qui se met à sécréter de la salive au son de la clochette alors qu'on ne lui présente pas de nourriture (Razurel, 2010).

Sur la base de ces publications, les docteurs Nikolaïev et Velvosky s'interrogent sur l'impact obstétrical des réflexes conditionnés (Poirier, 2011). Selon eux, un conditionnement social et culturel permettrait à la douleur de l'accouchement de s'immiscer dans le cortex cérébral au travers d'un lien artificiel entre l'utérus et celui-ci. Si la femme recevait une éducation psychique et des éléments théoriques au sujet de la physiologie des contractions utérines, elle pourrait diminuer sa peur et sa perception de la douleur. Elle se déconditionnerait ainsi de l'association entre contractions utérines et message douloureux. Ces principes associés à des techniques de respiration sont élaborés par les deux docteurs et se répandent en URSS dès le début des années 50 (Poirier, 2011).

En 1952, le médecin Dr. Lamaze, proche du parti communiste français, voyage avec d'autres médecins partisans en URSS pour découvrir le *déconditionnement* des femmes enceintes. Dès son retour à Paris, convaincu, Lamaze développe la méthode psychoprophylactique de l'Accouchement sans douleur (ASD). La méthode Lamaze souhaite enseigner aux femmes enceintes à voir leurs accouchements comme le veulent les principes de Pavlov, c'est-à-dire, ne plus être limitée par leur psychisme,

ne plus avoir peur de l'accouchement, ainsi que placer leur attention sur les postures physiques et les techniques de respiration apprises (Renkert & Nutbeam, 2001).

En décembre 1952, Lamaze et Vellay publient leurs premiers résultats portant sur un échantillon de 500 femmes ayant reçu des informations sur l'accouchement, sur des techniques de relaxation et de respiration. L'étude est conduite sous forme d'entretiens théoriques et de séances physiques collectives auxquelles les pères sont conviés. Les bases de toutes les méthodes ultérieures de préparation à la naissance sont posées (Vuille, 2009).

En 1958, l'ASD arrive en Suisse romande. Le Dr. Geisendorf, genevois et chrétien pratiquant, présente l'ASD lors de l'Assemblée de la Section genevoise de l'Association suisse des sages-femmes. Il annonce : « Nous apprenons qu'à travers les siècles, les peuples chrétiens se sont laissé diriger dans leurs conceptions sur la naissance par un passage biblique mal traduit, car au lieu de lire *tu enfanteras dans la douleur*, il faudrait adopter la vraie traduction de l'hébreu : *tu enfanteras dans l'effort*. » (Assemblée de la Section genevoise de l'Association suisse des sages-femmes, 1958 cité par Vuille, 2009, p. 39). Geisendorf s'efforce de ne pas contrarier les sensibilités chrétiennes afin d'imposer l'ASD dans la pratique médicale du canton. Il s'appuie sur une stratégie de communication de Lamaze, qui répète en France que l'ASD supprime la douleur et non l'effort. Ses démarches sont encouragés par un public romand déjà atteint par la diffusion médiatique française de la méthode (Vuille, 2009). La psychoprophylaxie de l'accouchement sans douleur s'installe dans la pratique des médecins et des sages-femmes suisses, poussés par la rapide adhésion des femmes qui la rende populaire (Poirier, 2011).

b) Les sages-femmes suisses et l'ASD ou les débuts de la PAN

Face aux promesses de la méthode ASD d'adoucir les douleurs des parturientes, les sages-femmes romandes s'expriment, par l'intermédiaire de leur présidente, Hélène Cornaz (1955) : « Par un exposé simple et persuasif, M. le Dr Rossel a su, pendant ces quelques heures, démontrer que la méthode était à la portée de chaque femme et de

chaque sage-femme qui voudrait bien se donner la peine de l'enseigner à sa future cliente, et à celle-ci de s'y prêter. Seul le résultat est encore à attendre. Toutefois, la chose mérite d'être étudiée. ... » (p. 18).

Dès les années 60, c'est aux sages-femmes que l'on confie la responsabilité d'enseigner l'ASD aux femmes enceintes et ceci constitue la première forme de préparation à la naissance en Suisse. En effet, beaucoup de médecins semblent attirés par les nouveaux défis et terrains d'exploration que sont la fécondation in vitro, l'emploi des ocytociques, la tératogénie des médicaments et les progrès en néonatalogie sur la prématurité. Ils délèguent dorénavant cette tâche aux sages-femmes, aux psychologues ou encore aux maîtres de gymnastique (Vuille, 2009).

c) La PAN évolue et devient PANP

Les années 70 ouvrent la préparation à la naissance à d'autres courants et à de nouvelles méthodes. Le yoga, la sophrologie, la gymnastique aquatique, la danse prénatale sont proposés pour mieux vivre la grossesse de manière générale et se préparer aux douleurs de l'accouchement (Vuille, 2015). Ces pratiques, moins directives et au travers desquelles l'expression de la femme est mise en avant, forment un atout face aux enjeux de l'arrivée d'un enfant. L'ASD est critiquée par beaucoup de femmes qui la qualifie de *publicité mensongère* (Bretin-Imboden, 1994). Après mai 68, de nombreuses formes d'autorités de la société sont remises en cause. La médecine en fait partie (Vuille, 2009). Les cours magistraux de préparation à la naissance laissent la place à des groupes de discussion durant lesquels la circulation de parole entre les professionnel.le.s et les familles est plus libre et l'enrichissement se réalise par et pour le groupe tout entier.

Dix ans plus tard, l'analgésie péridurale s'impose en matière d'accouchements sans douleur. Tout d'abord réservée aux accouchements dystociques, son indication s'étend bientôt à la demande maternelle (Vuille, 2009). Aussi, la douleur de l'accouchement n'est plus le sujet central des PAN. Les professionnels font alors évoluer leurs interventions d'éducation prénatale pour qu'elles répondent à l'ensemble des préoccupations de la femme et du couple. Les PAN intègrent ainsi la définition

holistique de la santé de l’OMS (OMS, 1946). L’allaitement, la relation des parents à l’enfant, la fratrie qui s’agrandit ou encore la sexualité durant et après la grossesse font partie des nouveaux thèmes explorés.

Aujourd’hui, selon l’OMS (2016) les attentes des femmes quant aux soins prénataux sont « qu’ils fassent de leur grossesse une expérience positive » (p. 2). Dès lors, il est indiqué de s’interroger sur ce qui définit une expérience positive de grossesse. Selon Downe et al (2016) elle se caractérise par quatre principes: “préserver l’intégrité physique et socioculturelle ; vivre une grossesse saine pour la mère et l’enfant (notamment par la prévention et la prise en charge des risques, des maladies et des décès) ; bien vivre le travail et l’accouchement ; avoir une maternité heureuse (concept couvrant notamment la confiance en soi, la compétence et l’autonomie des mères)” (p. 34). Le contenu de nombreux programmes de PANP vise donc à promouvoir et atteindre ces principes pour la femme, le couple et la famille en devenir.

3. Le rôle des sages-femmes lors des PANP

Après du couple, les sages-femmes semblent chercher à adopter une approche humaniste. Avec ses compétences communicationnelles, l’éthique médicale et son expertise obstétricales elles accompagnent la femme, son/sa partenaire, ou le couple, quel que soit sa composition, dans sa globalité complexe. Elle met les individus au centre de sa démarche de soin avec leurs désirs, besoins et représentations (Haute autorité de santé (France), 2005). La sage-femme indépendante Farida Hammani (1994), raconte, par exemple, comment, au cours des PANP, elle prend en compte les trois entités que sont les deux parents et l’enfant dans leur physiologie mais aussi dans leur vécu: « [la sage-femme leur permet] par son attitude consciente, discrète et surtout aimante d’être eux-mêmes. Oser être eux-mêmes ... Recevoir chacun là où il en est et l’accompagner sur sa route en favorisant l’autonomie ... » (p. 28).

Les PAN (Préparation à la Naissance) en s’intéressant à l’individu, au rôle de parent et à son adaptation au-delà de la naissance deviennent PANP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité). La nécessité de garantir la qualité et la fiabilité des informations partagées lors des PANP, mais également une forme d’inclusivité

culturelle et sociale, complexifient les responsabilités des professionnel-le-s (Fabian et al., 2015). La nature de la cellule familiale, diverse par définition, évolue constamment et avec elle, le concept de parentalité (Sellenet, 2012). Selon leur approche, les PANP pourraient être perçues comme aliénantes pour certains parents et la construction de liens familiaux, en particulier lorsque les représentations des individus (de Montigny et al., 2012; Haute autorité de santé (France), 2005).

B. La parentalité

1. L'évolution de la parentalité

Comme vu précédemment, lorsqu'il est question de préparation à la naissance, les principes sous-jacents semblent clairs. Il s'agit de préparer les individus mentalement et physiquement à l'évènement qu'est la naissance. L'apparition du concept de parentalité complexifie les principes sous-jacents à la PANP. La parentalité est, en effet, une notion qui cache une construction psychologique et affective complexe. Le terme lui-même est un néologisme de la fin du XX^{ème} siècle, créé afin d'aider psychologues et ethnologues à encapsuler les différents liens présents entre adultes et enfants, les différents schémas d'éducation, mais aussi le processus d'adaptation et de transformation chez chaque individu devenant parent (Sellenet, 2007).

Or, il semblerait que l'investissement et les rôles parentaux dont nous sommes témoins aujourd'hui n'ont qu'assez peu de points communs avec ceux d'il y a un peu plus d'un siècle. En effet, en 1876, première année de récoltes de données sur la mortalité infantile en Suisse, 20% des enfants décédaient dans leur première année de vie (OFS, 2019a). Ce chiffre s'élève aujourd'hui à environ 3.5‰ (OFS, 2019a). Au cours du XX^{ème} siècle, les préoccupations parentales pendant la grossesse et la première année de vie sont donc passées d'un simple objectif de survie à une multitude de problématiques (Gélis, 2014). Par ailleurs, avec l'émergence de l'industrialisation, de l'urbanisation et des mouvements ouvriers, les pouvoirs publics suisses se tournent vers un contrôle des populations et donc des enfants et de leur potentiel. Grâce aux avancées médicales, à l'accessibilité d'une alimentation suffisante et aux révolutions sociales et remises en question éthiques de nombreuses

institutions, les parents ne sont plus seulement responsables de la survie de leurs enfants mais aussi de leur développement social et cognitif (Sellenet, 2007).

En Suisse, dès la fin du XIX^{ème} siècle et tout au long du XX^{ème} siècle, les individus considérés comme n'étant pas capables de s'occuper de leurs enfants, pour des motifs comme la pauvreté, l'illégitimité, la monoparentalité ou encore la culture, s'en voient retirer la garde (Frauenfelder et al., 2008). Dans le documentaire de la RTS *Enfance volée* (Moutier, 1984), il est question du scandale de l'association *ProJuventute* qui avait, jusque dans les années 80, été mandatée par la Confédération afin de placer dans des institutions et des familles d'accueil des enfants jénisch dans le but de diminuer la présence des gens du voyage sur le territoire suisse. Ceci n'est qu'un exemple des pratiques de contrôle et d'évaluation des parents par la Confédération. Les enfants placés étaient souvent maltraités dans les institutions et exploités dans leurs familles d'accueil (Yvarel, 2013). Des centaines de femmes et d'hommes furent également stérilisés contre leur gré à des fins eugéniques. Ils durent attendre jusqu'en 2013 pour que des excuses officielles leur soient présentées par la conseillère fédérale Simonetta Sommaruga (2013). Cette considération négative de systèmes familiaux "marginaux" peut encore aujourd'hui être ressentie, bien que des efforts substantiels ont été fournis pour la contrer (de Montigny et al., 2012).

L'émergence du féminisme et du droit des femmes a également généré des révolutions au sein des ménages. L'évolution du rôle et de la place du père en est un exemple. La présence des pères, encouragée en salle d'accouchement, et la défense des leurs droits par des projets de lois tels que celui soumis à la votation le 27 septembre 2020, visant à permettre aux pères un congé paternité de minimum deux semaines, sont des preuves d'une évolution des mœurs et du concept de parentalité (Conseil fédéral, 2020). On peut toutefois se questionner sur l'intérêt porté à celui que l'on nomme "père" plutôt qu'au/à la partenaire dans sa globalité et quel que soit son genre. Cette problématique est soulevée par ce type de projets de loi, mais aussi par certains documents comme le Baby Guide, recommandé aux parents par la Confédération et de multiples personnalités suisses tels que le Prof. Matthias Roth-Kleiner, le Dr Daniel Koch, ou encore le conseiller d'état Pierre Yves Maillard, dans lequel on trouve à chaque page un petit encadré avec des conseils spécifiques pour

le père et faisant perdurer des principes de parentalité hétéronormative (Scheidegger, 2017).

Les individus LGBTQIA+ ne sont pas encore suffisamment reconnus dans ce qui est aujourd'hui communément accepté comme une parentalité "normale". Les lois les concernant, qu'il s'agisse de mariage ou d'adoption, sont restées rétrogrades jusqu'en juin 2020, lorsque le Conseil national a accepté que les couples homosexuels accèdent, entre autres, au mariage civil, aient recours à la procréation médicalement assistée (PMA) et que l'adoption soit facilitée pour les partenaires (Reynard, 2020; Turuban, 2020). L'accès à la PMA reste toutefois interdit aux femmes seules et aux couples d'hommes homosexuels. La parentalité est donc régulée par l'état. Son évolution est étroitement liée aux changements sociétaux et législatifs.

Il est important de souligner que le parent et l'état ne sont pas les seuls acteurs de l'évolution de la parentalité. L'enfant fait partie intégrante de cette construction. Par son engagement corporel, ses besoins spécifiques et sa réponse aux stimuli reçus, il prend une part active dans la création du lien parent-enfant et est donc central dans la facilitation ou la difficulté que peut représenter le devenir parent. L'enfant et le parent se régule mutuellement (Favez, 2001).

2. Le concept de la parentalité

Dans les années 80, l'intérêt porté par les réformes sociales pour le développement de nouvelles manières de soutenir les parents dans leurs rôles évolutifs donne naissance au concept de parentalité. Comme l'analyse Sellenet (2007), « le terme parentalité invite à une modification des approches de la famille, voire à une articulation entre des approches qui jusqu'à présent se sont au mieux ignorées, au pire exclues. Même non stabilisée comme concept, la parentalité produit des effets. Elle oblige à repenser les frontières entre les disciplines, réinterroge les rôles et les places » (p. 20). La parentalité est une période qui ne commence ou ne s'achève pas avec la naissance. Elle désigne un processus, un phénomène évolutif qui permet au nouveau parent de s'adapter continuellement afin de répondre aux besoins physiques, affectifs et psychiques de son enfant. Comme le décrit le pédopsychiatre Didier Houzel

(2002): « ce que veut souligner la parentalité c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il devenir parent, ce qui se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients du fonctionnement mental » (p. 62). Afin de devenir parent, l'individu doit investir son rôle de manière totale, il/elle doit se transformer pour faire place à une nouvelle forme de lui/elle-même (Houzel, 2002).

D'autres auteur.e.s décrivent une parentalité qui se construit pendant toute la grossesse, avec l'enfant rêvé, imaginaire, pouvant débiter avant la conception (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1998) et perdurer durant toute la vie de l'enfant (Jonas, 2013). Elle est empreinte des représentations individuelles de chacun.e et se construit avec son entourage, ses expériences, ses projections (Razurel et al. 2013a). Ceci est corroboré par le psychanalyste et professeur de psychiatrie Serge Lebovici (1999) qui, dans le film *Présentation de l'école de la parentalité*, explique que : « Avoir un enfant ne signifie pas qu'on en est le parent : le chemin qui mène à la parentalité suppose qu'on ait "co-construit" avec son enfant et avec les grands-parents de ce dernier un "arbre de vie" qui témoigne de la transmission intergénérationnelle et de l'existence d'un double processus de parentalisation-filiation grâce auquel les parents peuvent devenir père et mère ». La co-construction, décrite ici, implique une capacité d'évolution et de changement pour tout individu confronté au rôle parental. La théorie de transition, que les prochaines pages permettront de clarifier, utilisé par Meleis et al. (2000), explore et présente les enjeux des processus évolutifs des individus. Elle est régulièrement utilisée pour la compréhension du phénomène de la parentalité.

3. La théorie de transition

La période de transition du statut d'individu à celui de parent, de mère ou de père, avec comme conséquence la création du statut familial peut avoir des résultats radicalement différents d'une vie à une autre (Poissant, 2011). Les propriétés universelles d'une transition impliquent un processus dirigé vers un changement fondamental. Au niveau individuel et familial, les changements s'opèrent dans l'identité, le rôle, la relation aux autres, les compétences et les comportements. De nombreux facteurs influencent la qualité de la transition et ses effets. Les parents en

transitions s'appuient sur le sens qu'ils donnent à ce rôle et également sur leurs attentes, leurs connaissances, leurs compétences, leur environnement, leur préparation et enfin leur bien-être émotionnel et physique (Schumacher & Meleis, 1994). Mais l'influence positive de ces facteurs n'est pas garantie. La rencontre de difficultés porte l'individu à puiser dans ses ressources et développer des stratégies d'adaptation. Ces stratégies, nommées par certain.e.s auteur.e.s, stratégies de coping, se réfèrent aux efforts cognitifs et comportementaux mis en place pour permettre à l'individu de s'adapter aux exigences de nouvelles situations allant au-delà de ses ressources (Lazarus & Folkman, 1984). Les stratégies de coping sont donc au cœur de l'adaptation à la multiplication et la nouveauté des exigences et responsabilités quotidiennes du rôle parental. L'adaptation doit mener au retour à l'équilibre qui marque la fin de la transition (Poissant, 2011).

Aussi, la théorie de transition, décrite par Meleis et al. (2000) dès le début des années 2000, tente d'appréhender les vulnérabilités de l'individu. En effet, la santé de ce dernier est à risque d'être compromise. La théorie décrit trois phases qui sont : la nature de la transition, les conditions de la transition et les schémas de réponse à la transition. Dans le cas de la parentalité, il s'agit de ce que signifie devenir parents pour les individus, des conditions environnantes et de l'impact du changement sur leur identité. Ainsi, les transitions sont à la fois l'impulsion et le résultat de changements de vie, de santé, de relations interpersonnelles et d'environnements (Meleis et al., 2000).

Le processus de transition à la parentalité peut donc être entravé par de nombreuses situations individuelles, telles que la perte d'un proche, une différence importante entre l'enfant désiré et l'enfant réel, des conflits interpersonnels, un mauvais vécu de la grossesse, des maladies difficiles à gérer, un environnement jugeant, etc. (Razurel, et al., 2013a; Razurel et al., 2013b). Selon les auteur.e.s, les difficultés auxquelles font face les parents se notent souvent dans la fluidité de cette évolution et peuvent laisser des séquelles profondes.

4. La parentalité en crise ou les dysfonctionnements de la parentalité

Selon les auteur.e.s, la parentalité est définie comme une construction (Devereux, 1965) se basant sur une capacité de l'individu à s'adapter (Williams et al., 1987) ou à effectuer une transition (Meleis et al., 2000). Ces différents concepts que sont l'adaptation et la transition sont cruciaux pour comprendre les moyens mis en œuvre de manière consciente et inconsciente par les parents afin d'être satisfaits de leur nouveau rôle. Un obstacle dans ce processus d'adaptation peut être le facteur déclencheur d'une parentalité dysfonctionnelle et engendrer beaucoup de souffrances pour les parents comme pour l'enfant (Roskam & Mikolajczak, 2018). En effet, la période post-natale est une phase de chamboulements profonds. L'image du bébé imaginé se confronte à celle du bébé réel, l'accouchement en lui-même peut avoir été traumatique, et, selon les situations, les parents peuvent manquer de soutien de leurs proches ou leurs employeurs. Par ailleurs, la grossesse peut ne pas avoir été désirée et la fatigue, l'épuisement et la violence verbale ou physique peuvent faire partie du quotidien des parents (Roskam & Mikolajczak, 2018).

Une étude réalisée par l'OMS (2013) annonce d'ailleurs que les enfants de couple confrontés à des problématiques de violence domestique seraient plus à risque de mort fœtale in utero, de naissances prématurées et de petit poids de naissance. Les femmes enceintes quant à elles seraient plus à risque de consommer de l'alcool et du tabac, mais aussi de souffrir de douleurs chroniques, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'hypertension, de cancer, de maladies cardiovasculaires ainsi que d'hémorragie intra-utérine, d'infection et de fausse couche (OMS, 2013). Les complications ne s'arrêtent pas à la période périnatale. En effet, un rapport de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS, 2018) alerte sur le fait que l'enfant témoin de violence entre ses parents est également une victime de violence. Savard & Gaudron (2011) et l'OMS (2013) ajoute que cette violence impacte son développement, peut le rendre plus agressif, plus à risque de stress post-traumatique, de dépression et de tentamen

a) Le stress parental

Par ailleurs, même dans un contexte non-violent, les défis de la parentalité peuvent devenir des obstacles et générer un stress périnatal menant à un manque de sentiment de compétence des parents. Si mal accompagné, ceci peut également se développer en pathologies dangereuses et handicapantes comme la dépression, le burn-out parental ou encore les troubles de l'attachement chez l'enfant (Roskam & Mikolajczak, 2018).

Les échelles suivantes, développées par Razurel (2017), présentent les facteurs stressants auxquels les mères accueillant leur premier enfant peuvent être sujettes. Ceux-ci sont spécifiques à chaque phase périnatale et pourraient avoir une influence sur le développement d'une anxiété postnatale en cas de mauvais système de soutien des professionnel.le.s, des partenaires et de l'entourage. Il s'agit de facteurs du stress:

- Périnataux (APSI), (Razurel et al., 2014) soit
 - F1 : risques médicaux et obstétricaux / santé du fœtus
 - F 2 : changements psycho-sociaux liés à la grossesse
 - F 3 : projections vis-à-vis de l'accouchement
- Post-accouchement (PDPSI) (Razurel et al., 2014b)
 - F1 : Le bébé
 - F2 : L'accouchement
 - F3 : La fatigue
 - F4 : Allaitement
 - F5 : La relation aux soignants
- Postnataux (PNPSI) (Razurel et al., 2013b)
 - F 1 : Fatigue et organisation à la maison
 - F 2 : Relation au bébé
 - F 3 : Rapport au corps
 - F 4 : Alimentation de l'enfant
 - F 5 : Projections futures
 - F 6 : Relation au partenaire

Ces échelles permettent d'isoler et de nommer les facteurs stressants et de donner des outils spécifiques aux soignant-e-s et aux parents pour développer des stratégies de coping adaptées afin de réguler le stress perçu. Par ailleurs, la période prénatale semble adaptée pour repérer et développer les ressources des futurs parents, car le nouveau-né n'est pas encore présent (Roskam & Mikolajczak, 2018). Les PANP sont donc un outil pour préparer et accompagner le parent dans cette recherche et reconnaissance de compétences.

b) Le sentiment de compétence

Le sentiment de compétence se construit sur quatre sources d'information soit la possibilité pour l'individu de comparer son expérience actuelle à des réussites passées, d'identifier ses ressources en comparaison à celles de ses congénères, d'être valoriser, validé et accompagné et d'être dans un état physique et psychique favorable (Bandura, 2003). La sage-femme, notamment lors des PANP, joue un rôle important car elle peut représenter un soutien émotionnel, une forme de valorisation et donner des informations (Razurel et al, 2013a). Or, le sentiment de compétence est directement lié aux normes de la parentalité qui s'adaptent selon les demandes sociales et les changements de considérations des individus. L'individu peut donc se voir défini comme étant adéquat ou non par son environnement et par sa perception de lui-même.

De nombreux auteur.e.s ont remarqué que le soutien de l'auto-efficacité et de l'empowerment semble avoir un impact positif sur le sentiment de compétence et le bien-être des parents. En effet, selon les études analysées par de Montigny et al. (2012) : « Lorsque les parents perçoivent avoir du contrôle sur les événements, c'est à dire le pouvoir d'influer sur les interactions avec les professionnels et les services qu'ils reçoivent, ils tendent à percevoir plus positivement l'aide reçue » (p. 54). En revanche, selon l'anthropologue de la naissance Irène Maffi (2014), à travers les explications et enseignements des sages-femmes sur « les comportements sanitaires recommandés et dans le savoir scientifique et technique des experts, les futurs parents apprennent en même temps les valeurs et les conduites morales que la société attend d'eux. Dans les cours de préparation à la naissance, les couples sont donc censés

apprendre les comportements “corrects”, “normaux”, “adaptés” et par conséquent “moralement bons” que tous les parents responsables doivent adopter » (p. 184). Ceci peut mener certains parents à se sentir en décalage avec ce qui est attendu d’eux.

c) Burn-out et dépression

Selon les études menées par Roskam & Mikolajck (2018), les parents doivent combiner différentes formes de soi, soit le soi parental actuel, le soi parental idéal et le soi parental socialement prescrit. Un écart entre ces différents sois pourraient « conduire le parent à faire un deuil difficile de la vie d’avant ou à se sentir inefficace dans son rôle parental et à s’épuiser en essayant d’atteindre un idéal impossible » (p. 131). Or, un des risques d’un faible sentiment de compétence et du manque de stratégies de coping adaptées est l’épuisement des individus ou “burn-out parental” (Roskam & Mikolajczak, 2018).

Les troubles dépressifs représentent également un risque majeur pour les parents ne bénéficiant pas de soutien efficace (Razurel & Kaiser, 2015). Le parent peut se sentir inadapté, ne plus avoir d’énergie, avoir des difficultés à se concentrer, à dormir et perdre espoir. Son appétit peut également changer drastiquement (Association American Psychiatric, 2013). La problématique de la dépression périnatale peut toucher tous les parents, indépendamment de leur orientation sexuelle, de leur statut marital ou de leur contexte socioculturel. La naissance, peut constituer un événement traumatique et généré un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) chez 3.1% des mères (Grekin & O’Hara, 2014). Ceci favorise les troubles dépressifs à long terme. En effet, 7 sur 9 femmes souffrant de SSPT développeront également une dépression (McKenzie-McHarg et al., 2015). Mais la dépression périnatale peut également survenir bien avant la naissance ou durant la période post-partum. Son dépistage est complexe et ses conséquences peuvent être dramatiques. Celles-ci vont de la négligence de l’enfant à des comportements violents voire à des infanticides (Paladine et al., 2019). Elles peuvent également mener la mère à des tentatives de suicide (Roskam & Mikolajczak, 2018), ce qui, aux USA par exemple, constituent 45% de la mortalité maternelle (St Pierre et al., 2018), définie par l’OMS comme les décès

maternels survenant pendant la grossesse et 42 jours après l'accouchement (OMS, 2020).

Par ailleurs, les transitions à la parentalité difficiles, comme souligné par la théorie de l'attachement du psychiatre John Bowlby parue dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle (2002), sont une problématique qui semble jouer un rôle crucial non seulement dans la sensation de sécurité de l'enfant et dans sa capacité à créer des liens avec d'autres (Stewart & Vigod, 2016) mais aussi dans son développement psychique, moteur, cognitif ou encore physique (Glover, 2015; Letourneau et al., 2017). En 2020, le système de santé suisse demande donc à la sage-femme d'assurer l'éducation périnatale (Razurel et al., 2011), celle-ci étant un outil fondamental de prévention et promotion de la santé, dans le but d'appréhender la santé physique et psychique des parents, mais aussi de leurs enfants.

C. Problématique

Revisiter l'histoire de la PANP et analyser son évolution, permet d'entrevoir les enjeux rencontrés par les professionnel-le-s de santé. En devenant PANP, la PAN a évolué d'un objectif centré sur la diminution (ou la maîtrise) de la douleur de l'accouchement vers un objectif plus global, incluant désormais l'accompagnement à la parentalité. Néanmoins le concept de la parentalité est complexe et multifactoriel et s'entend comme un processus individuel constant. À travers les PANP, la sage-femme semble être un.e interlocuteur/trice de choix pour les parents face aux défis de la naissance et de la construction de la parentalité. Elle tente d'explorer et répondre aux besoins de ceux-ci sous toutes leurs formes, qu'il s'agisse de faciliter, expliquer, rassurer ou accompagner les parents dans le développement de leur sentiment de compétence et d'empowerment face à la complexité de la transition à la parentalité.

En effet, le processus de la parentalité ne va pas de soi et peut s'accompagner de dysfonctionnements. Ceux-ci vont d'une confrontation de l'individu à des normes trop restrictives au développement de troubles psychiques et comportementaux chez le parent et/ou l'enfant. Préparer des individus au défi de cette transition à la parentalité,

à l'aide des PANP est la stratégie primaire de nombreux systèmes de santé. Ainsi, la nécessité d'étudier les effets de cette stratégie est d'intérêt général. Si les PANP ont pour but d'accompagner la parentalité, ont-elles véritablement un impact sur cette dernière ?

IV. Sélection des articles dans la littérature existante

A. Méthodologie de recherche de littérature

1. Tableau présentant les concepts de recherche (PICO)

	Concept/Thème	HeTOP Français	MeSH terms	PubMed Headings
P	couples, parents, mères, pères, femmes enceintes, LGBTQI+, couple lesbien, homosexualité féminine	couples, parents, mères, pères, femmes enceintes, LGBT, minorités sexuelles, homosexualité féminine, homosexualité	couples, parents, mothers, fathers, partners pregnant women, sexual and gender minorities, homosexuality, female homosexuality	couples, parents, mothers, fathers, partners pregnant women, homosexuality, sexual minorities
I	PANP, Préparation à la naissance et à la parentalité, psychoprophylaxie, préparation périnatale, préparation prénatal	éducation prénatal	prenatal education, antenatal education, interventions, prenatal preparation	psychological adaptation, prenatal education, antenatal, classes, interventions, perinatal education, parenthood preparation, prenatal preparation
C	différentes méthodes et approches de la PANP, ou absence de PANP	absence de PANP, éducation prénatale,	no preparation, lack of antenatal education	absence of preparation, lack of antenatal education
O	sentiment de compétence des mères et des couples, transition à la parentalité, effets adaptation parentale	éducation prénatale, transition à la parentalité, parentalité, préparation à la naissance, construction, effets, adaptation psychologique	transition to parenthood, prenatal education, psychologic adaptation	transition to parenthood, prenatal education psychological adaptation, adaptation, parenthood preparation, satisfaction, effects

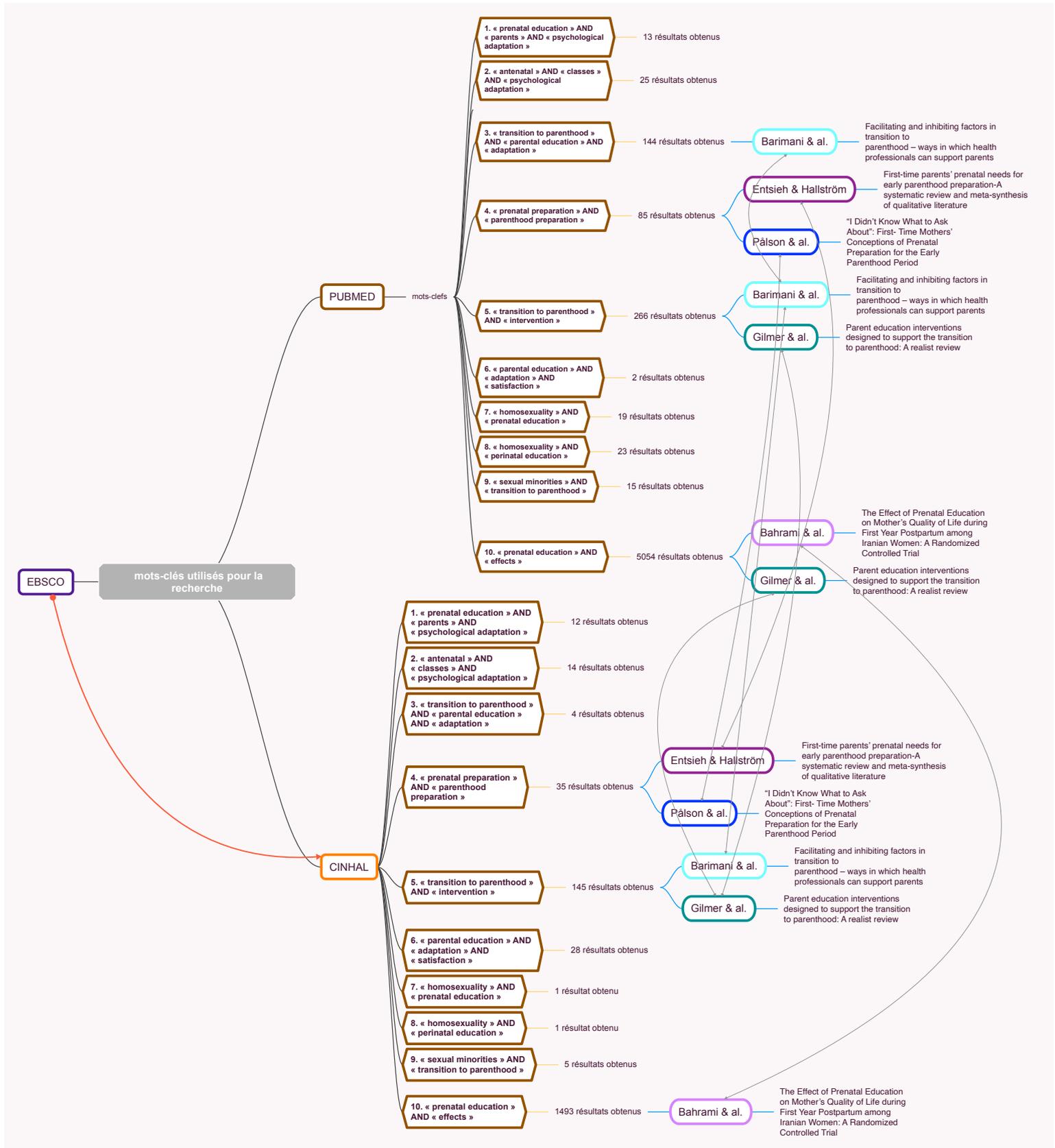
2. Présentation des bases de données utilisées

Nous avons effectué nos recherches sur les moteurs de recherche scientifiques PubMed et CINAHL. Nous avons également effectué des screening de bibliographies de certaines sources trouvées à la bibliothèque de la Haute Ecole de Santé de Genève et sur les plateformes Rero et swisscovery. De plus, nous avons utilisé des sources trouvées dans les cours HEDS de J. Franzen sur la parentalité.

Nous présentons ici les résultats de PubMed et CINAHL. Nous avons testé différentes combinaisons de mots-clés pour finir par en sélectionner dix dont les résultats nous semblaient être les plus pertinents (voir tableau ci-dessous). Afin d'être le plus inclusif.ve.s possible,

nous avons également utilisé des combinaisons de mots-clés spécifiques à la transition à la parentalité des minorités sexuelles. Il n'y avait regrettamment que peu de recherches scientifiques menées à ce sujet et la littérature existante ne répondait pas à notre question de recherche. Nous avons effectué un processus d'élimination sur la base des titres des articles et de leurs designs, afin d'avoir une certaine variété de méthodes, ainsi que des populations concernées, dans le but de ne pas être exclusivement informés par des études occidentales. Finalement, nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous ont aidé à sélectionner les cinq articles.

3. Mindmap présentant notre stratégie de recherche



4. Présentation des critères d'exclusion et d'inclusion des articles choisis

Critères d'inclusion :

- Évaluation de l'impact des PANP
- Analyse de l'impact des PANP sur toute la période périnatale
- Articles en anglais, français, italien et allemand
- Articles parus dans les 10 dernières années

Critères d'exclusion :

- Articles parus il y a plus de 10 ans
- Couples ou parents avec besoins spécifiques complexes (ex. maladies congénitales, parcours migratoires traumatiques...)
- Grossesses présentant des besoins spécifiques complexes (ex. pré-éclampsie, menace d'accouchement prématuré, diagnostic prénatal pathologique...)
- Articles dans d'autres langues que l'anglais, le français, l'italien ou l'allemand

V. Description et analyse critique des résultats des articles

A. Description des 5 articles

1. Description de l'article n° 1

Bahrami N, Simbar M, Bahrami S. (2013). The effect of prenatal education on mother's quality of life during first year postpartum among Iranian women: a randomized controlled trial. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(3), 169-174.

Objectif	1. Déterminer les effets des PANP sur la qualité de vie des mères iraniennes et ce, durant l'année suivant la naissance de leur enfant.
Méthode	<p>Design Essai randomisé contrôlé en simple aveugle.</p> <p>Echantillon / Population / Participants Groupe contrôle : 80 femmes enceintes (grossesse unique) âgées de 18-35 ans. Groupe intervention : 80 femmes enceintes (grossesses unique), âgées de 18-35 ans</p> <p>Variables VI : 8 séances de 90mn de PANP, conduites par une sage-femme VD : Qualité de vie des mères durant la première année post-partum</p> <p>Critères d'inclusion et critères d'exclusion : Inclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femmes primipares 2. Age entre 18-35 ans 3. Grossesse en cours entre 24-28 SG 4. Femmes sans antécédent médicaux, psychologiques et d'infertilité 5. Femmes ayant bénéficié d'au moins 8 CPN dont 2 avant 20SG 6. Femmes sachant lire et écrire la langue Farsi (Perse) 7. Femmes ayant reçu un consentement écrit pour participer à l'étude <p>Exclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Femmes ayant un NN avec des anomalies congénitales 2. Femmes ayant vécu un décès néonatal 3. Femmes avec une grossesse présentant de complications 4. Femmes consommant des drogues 5. Femmes ayant accouché d'un enfant de <2500g 6. Femmes ayant souffert d'une dépression post-partum 7. Femmes ayant vécu des difficultés familiales durant les 6 premiers mois post-partum 8. Femmes ne s'étant pas présentée à 2 séances de PANP <p>Mesures/Outils/Instruments</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Education prénatal = 8 cours en prénatal et une séance de conseils 2. Questionnaire démographique 3. Version iranienne du questionnaire de qualité de vie de l'OMS (WHOQOL-BREF) contenant 26 items. 4. Résultats analysés à l'aide de t test, chi-square, et Mann-Withney
Procédure	<p>Phases Questionnaire WHOQOL-BREF (annexe 1) rempli par les participantes à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 24-28SG 2. 6-8 semaines PP 3. 1 année PP <p>Période et lieu de l'étude De juin 2010 à décembre 2011, Dezful, Iran</p>

Résultats principaux	<p>1. A 6-8s. PP le groupe intervention présente une meilleure satisfaction de sa santé et de sa qualité de vie. La santé physique (p 0.000), psychique (p 0.017), environnementale (p 0.000) et les relations sociales (p 0.01) sont concernées. Scores plus élevés de minimum 0.5 point chez le groupe intervention.</p> <p>2. A 1 année PP, les mêmes bénéfices sont constatés pour le groupe intervention, santé physique (p 0.000), psychique (p 0.002), environnementale (p 0.01) à l'exception de l'item relation sociale pour lequel la différence n'est pas significative (p 0.17)</p> <p>3. Scores du groupe intervention sur les 3 items de la santé physique, psychique et environnementale augmentent entre 6-8s. PP et 1 année PP (p<0.05)</p> <p>4. Scores du groupe contrôle sur les 2 items de la santé physique et environnementale augmentent entre 6-8s. PP et 1 année PP (p<0.05)</p>
Forces et limites	<p>Forces</p> <p>1. Suivi à long terme du devenir des mères (1 année PP)</p> <p>Limites</p> <p>N/A</p>

2. Description de l'article n° 2

Barimani M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund-Frykedal, K., Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci*, 31(3), 537-546. [https://doi: 10.1111/scs.12367](https://doi.org/10.1111/scs.12367)

Objectif	1. Découvrir, décrire et comprendre les éléments que les parents perçoivent comme facilitateurs et inhibiteurs pour leur transition à la parentalité.
Méthode	<p>Design Étude qualitative déductive. Seconde analyse de données récoltées par 2 études précédentes, référencées comme <i>étude I</i> (Barimani & Vikström, 2015) et <i>étude II</i> (Berlin et al., 2016).</p> <p>Echantillon / Population / Participants 60 individus (38 mères et 22 pères). Âgés de 20-46 ans. Soit 49 parents d'un premier enfant au temps de l'étude, 11 parents ayant 2 à 3 enfants chacun au temps de l'étude. <i>Étude I</i> : 16 individus non accompagnés, plus 5 couples parentaux. Soit 20 femmes et 6 hommes. <i>Étude II</i> : 34 individus répartis en groupes, pères uniquement, mères uniquement et couples parentaux réunis. Soit 16 hommes et 18 femmes.</p> <p>Objectifs 1. Evaluation des interventions professionnelles de base dans le cadre des soins prénataux, des PANP et des services de santé infantile et maternelle suédois 2. Evaluation de la qualité de la transition à la parentalité</p> <p>Critères d'inclusion et critères d'exclusion : Inclusion : 1. Parents avec un enfant ou plus dont le plus jeune n'est pas âgé de plus de 12 mois 2. Si plusieurs naissances, parents ayant mis au monde leurs enfants dans différents hôpitaux 3. Parents ayant participé à des PANP pas plus tard que 18 mois auparavant de l'étude Exclusion : NA</p> <p>Mesures/Outils/Instruments 1. Entretiens semi-dirigés enregistrés en audio puis retranscrits en texte. 60 entretiens pour un total de 22 heures et 45 minutes d'enregistrement audio. 2. Développement d'un modèle d'analyse des entretiens spécifique à cette étude, basé sur la <i>théorie de transition</i> de Meleis (Meleis et al., 2000).</p>
Procédure	<p>Phases 2 phases d'entretiens avec orientation des questions différentes. Chaque participant n'a participé qu'à un seul entretien.</p> <p>Périodes et lieux des études De mars à juin 2013 (<i>étude I</i>) et de février à mai 2014 (<i>étude II</i>) dans plusieurs villes de taille moyenne de Suède, ainsi que dans sa capitale.</p>
Résultats principaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approche interactive des PANP bénéfique pour la transition à la parentalité 2. S'intéresser aux futures difficultés du rôle parental lors des PANP facilite la transition. 3. L'exploration par les professionnel-le-s des stratégies de coping des parents pourrait améliorer leur sentiment de confiance et leur implication dans la gestion de leur propre santé 4. Face à la réorganisation des rôles individuels dans le couple, la transition du partenaire de la mère peut être inhibée par des stéréotypes genrés véhiculés par les professionnel-le-s
Forces et limites	<p>Forces 1. La théorie de transition de Meleis (Meleis et al., 2000) qui encadre l'étude est internationalement acceptée, ce qui permet une transférabilité des résultats à d'autres situations de soins ou d'autres contextes culturels. 2. L'ensemble des entretiens a été réalisé en l'espace de 4 mois, impliquant tous les auteurs.e.s.</p> <p>Limites 1. Les prédictions théoriques spécifiques de Meleis (Meleis et al., 2000) contrôlent l'analyse et les résultats même de l'étude. Ce qui est une force autant qu'une limitation. 2. Le statut socio-économique est une notion non discutée lors des entretiens et par conséquent pas exploitée en regard de la théorie de transition de Meleis et al. (2000) qui, elle, l'explore.</p>

3. Description de l'article n° 3

Entsieh, A. A., & Hallström, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006>

Objectif	1. Contribuer aux connaissances existantes au sujet des besoins spécifiques des parents primipares, avec un intérêt spécifique pour la période de la parentalité précoce
Méthode	<p>Design Méta-synthèse</p> <p>Echantillon / Population / Participants 12 études qualitatives incluant 916 participant.e.s.</p> <p>Objectifs 1. Evaluation de la préparation à la parentalité précoce 2. Evaluation des besoins spécifiques des parents primipares en lien avec la parentalité précoce</p> <p>Critères d'inclusion et critères d'exclusion : Inclusion : études qualitatives, participants >18ans, études publiées en anglais, peer reviewed, datant de 2005 à 2016, parents primipares, parents hétérosexuels, basés sur expériences/besoins/satisfaction parentale Exclusion : Études quantitatives, méthodes mixtes, mélange de parents primi- et multipares, soignant.e.s inclus.e.s dans les participant.e.s, mixe de parents hétérosexuels et homosexuels</p> <p>Mesures/Outils/Instruments PRISMA, théorie ancrée, analyse thématique, approche méta-ethnographique de Nobilt & Hare</p>
Procédure	<p>Phase 1 Sélections d'études qualitatives dont les participants avaient >18ans, études publiées en anglais, peer reviewed, datant de 2005 à 2015, (recherche d'articles rafraichie en février 2016 pour inclure l'année 2015 et les premiers mois de 2016) basées sur les expériences/besoins/satisfaction de parents primipares hétérosexuels.</p> <p>Période et lieu de l'étude Février à mars 2015, puis réitération de la recherche en février 2016. Université de Lund, Suède.</p>
Résultats principaux	<p>Thématique du partenaire : 1. PANP proposées durant les heures de bureau excluent partenaires qui travaillent 2. Partenaires ne se sentent pas intégrés par l'animateur.trice des PANP 3. Absence de sujet directement liés aux besoins et rôles du partenaire</p> <p>Thématique des compétences parentales : 1. Insuffisance de préparation aux compétences parentales par manque d'info et de temps consacré à ces sujets 2. Estime de soi faible et possible dépression dus au point 1. 3. Manque de réalisme sur les difficultés possibles en PP (ex. AM) 4. Mobilisation des informations difficiles si elles avaient été données à un moment inadéquat 5. Parents se sentent équipés et compétents après les PANP 6. Besoin d'une quantité d'information équilibrée au sujet des périodes prénatale et post-natale</p> <p>Thématique de la relation de couple : 1. Certains couples se disant insuffisamment préparés au stress et à ses conséquences sur leur relation et communication. 2. Certains couples ne se sentent pas préparé aux changements relationnels liés à la sexualité du post-partum, les menant à des sentiments de rejet du partenaire</p> <p>Thématique des stratégies d'apprentissage : 1. Bénéfices pour les parents d'échanger et d'apprendre de leurs paires 2. Préférence global des parents pour des PANP en groupe. Besoins spécifiques de PANP individuelles persistent selon individus. 3. Préférences pour des petits groupes de PANP. 4. Préférence pour des PANP aux stratégies plus expérimentales et participatives qu'un cours unidirectionnel</p>
Forces et limites	<p>Forces Variété de preuves empiriques. Inclusion de 916 participants.e.s de 11 pays différents (Royaume-Unis, Suède, Irlande, Australie, Turquie, Singapour, Suisse, Danemark, Chine, Etats-Unis, Canada)</p> <p>Limites Manque de perspective venant de pays non-occidentaux. Limitation de la période de recherche à deux mois. Exclusion des articles de plus de 10 ans et non-anglophones.</p>

4. Description de l'article n° 4

Gilmer, C., Buchan, J. L., Letourneau, N., Bennett, C. T., Shanker, S. G., Fenwick, A., Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 118-133.

Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier des modèles d'éducation parentale favorisant le développement social, émotionnel et cognitif de l'enfant à un niveau universel et à l'échelle d'une population 2. Dans le cas d'absence de validation de modèles d'éducation parentale dans leur entièreté, identifier les aspects efficaces pouvant être utilisés pour développer de nouveaux programmes d'éducation parentale permettant le soutien du développement de l'enfant
Méthode	<p>Design Revue réaliste</p> <p>Echantillon 13 revues systématiques/méta-analyses, 34 études d'intervention, 9 écrits d'opinion, 8 revues de programme, 8 rapports de littérature grise.</p> <p>Variables VI :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attention portée aux principes d'apprentissage des adultes et aux théories d'interaction parent-enfant 2. Observations sur le lien entre programmes et développement de l'enfant 3. La portée du programme et le nombre d'abandons durant le programme 4. Les méthodes d'évaluation des programmes dépendants de la satisfaction des parents et de leur intention de modifier leur comportement <p>VD : Définition d'un programme d'éducation unique efficace permettant à tous et toutes d'acquérir de nouvelles connaissances et capacités et favorisant le développement et la santé de l'enfant.</p> <p>Critères d'inclusion et critères d'exclusion Inclusion</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Articles en anglais 2. Programmes ciblant les parents pendant la grossesse et jusqu'à la fin de la première année de vie de l'enfant 3. Programmes conçus pour être applicables à un niveau universel <p>Deuxième phase : inclusion d'informations venant d'autres champs d'étude</p> <p>Exclusion Programmes ciblant les parents avec des problématiques spécifiques (grossesses à haut risque, enfants avec besoins spéciaux, parents avec problèmes de santé mentale ou enfants inscrits dans les services de protections de l'enfance)</p> <p>Mesures/Outils/Instruments</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'une chaîne d'implémentation décrivant la logique et le processus des interventions 2. Utilisation du concept de saturation (pas de nouvelles informations après l'analyse d'un certain nombre d'articles) 3. Utilisation d'une table d'extraction de données
Procédure	<p>Phases</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation des bases de données Medline, CINAHL, ERIC, PsycINFO et Sociological Abstracts 2. Travail de recherche d'articles mené par une bibliothécaire sur la base de mots-clés développés en collaboration avec le Nurturing the Next Generation 3. Etablissement d'une liste initiale d'articles sur la base d'un rapport de la SCPHRP et des bibliographies de chacun des articles mentionnés 4. 2 phases de recherches d'articles puis réduction de la sélection selon l'année de publication. 5. Identification d'articles basée sur le titre et l'abstract. 6. Création d'un groupe d'experts afin d'identifier les lacunes de la littérature sélectionnée et rajout à la liste d'articles à examiner. 7. Analyse de 72 textes <p>Période et lieu de l'étude 2015, Canada</p>
Résultats principaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun modèle ou aspect spécifiques de programmes d'éducation parentale identifiés comme efficace à un niveau universel et/ou à l'échelle d'une population 2. Aucun lien entre les programmes et le développement de l'enfant, ou des parents établi sur le long terme. 3. Méthodes d'évaluation des programmes inadéquates 4. Genre, attitude et degré de formation des animateur.trice.s observés comme ayant un impact sur la satisfaction des parents 5. Fréquentation des hommes en augmentation lorsque l'animateur des PANP est lui-même un homme

Forces et limites	<p>Forces</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La chaîne d'implémentation développée a permis : <ol style="list-style-type: none"> a. d'identifier les hypothèses clefs et le fonctionnement des programmes d'éducation b. de souligner les aspects à développer afin d'obtenir des programmes d'éducation efficaces c. de définir la problématique de la portée du programme 2. Identification de sujets à explorer afin de trouver des formes plus efficaces (par ex. internet) d'éduquer et de toucher les parents <p>Limites</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualité des preuves des études et descriptions incomplètes des programmes 2. Méthode d'évaluation de l'impact des programmes se basant uniquement sur la satisfaction des parents 3. Résultats basés sur des méthodes, objectifs et hypothèses dépendant de chaque type de littérature 4. Biais de sélections : anglais uniquement
-------------------	--

5. Description de l'article n° 5

Pålsson, P. et al. (2018). "I Didn't Know What to Ask About": First-Time Mothers' Conceptions of Prenatal Preparation for the Early Parenthood Period. *The Journal of Perinatal Education*, 27(3), 163–174. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.3.163>

Objectif	1. Décrire les préconceptions des mères primipares au sujet de la préparation prénatale à la parentalité précoce.
Méthode	<p>Design Étude phénoménographique basée sur l'étude qualitative d'entretiens.</p> <p>Echantillon / Population / Participants 18 mères primipares à 1 mois post-partum. Âgées de 18-42 ans. Dont : 1 mère célibataire, une mère dans en relation homosexuelle et 16 mères en relations hétérosexuelles. 12 mères ayant un enseignement supérieur, 4 mères ayant une éducation secondaire et 2 mères ayant suivi une éducation jusqu'à la fin de l'école obligatoire. 12 mères nées en Suède, 1 dans les pays nordiques, 1 en Europe de l'Ouest, 2 en Europe de l'Est et 2 au Moyen Orient. 17 avaient participé à un cours de préparation à la parentalité pendant la grossesse.</p> <p>Objectifs 1. Description des préconceptions des mères quant à la préparation prénatale 2. Définition d'une préparation adéquate à la parentalité précoce</p> <p>Critères d'inclusion et critères d'exclusion : Inclusion : Mères primipares ayant reçu des soins dans une unité postnatale. Exclusion : Mères ne parlant pas suffisamment anglais ou suédois</p> <p>Mesures/Outils/Instruments 1. Entretiens semi-dirigés enregistrés durant entre 37 et 85 minutes, dont 1 entretien en anglais. 2. Entretiens basés sur quatre questions ouvertes et, par la suite, des questions d'approfondissement.</p>
Procédure	<p>Recrutement Une des autrices a visité les centres une fois par semaine de manière randomisée pendant deux mois et a demandé aux sages-femmes le jour même d'identifier les femmes pouvant participer à l'étude.</p> <p>Nombre d'entretiens Chaque participante n'a participé qu'à un seul entretien.</p> <p>Période et lieu de l'étude D'avril à juin 2015 dans 3 unités postnatales au sud de la Suède.</p>
Résultats principaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification de 3 catégories de préconception de la préparation à la parentalité qui sont interdépendantes : <ul style="list-style-type: none"> - accès à des sources de soutien adaptées - acquérir des connaissances pour former des attentes réalistes - mobiliser et renforcer ses propres ressources 2. Être préparée dépend de savoir où trouver des informations et du soutien 3. Soutien informel des familles et amis est très important 4. Avoir accès aux informations après les cours et à un avis professionnel pour filtrer les informations trouvées de manière autonome sur internet ou sur des applications aideraient l'apprentissage. 5. Avoir plus d'informations sur le rétablissement des capacités physiques après la naissance et la reprise du sport au PP est important 6. Difficulté de savoir quelles questions poser sans expérience. 7. Informations à propos des difficultés décourageantes mais plutôt nécessaires 8. Apprendre à communiquer et planifier le PP avec son partenaire serait bénéfique
Forces et limites	<p>Forces</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'approche phénoménographique a donné des informations sur la variété des besoins des mères 2. Le timing de la collection de donnée a permis d'obtenir des informations sur l'expérience récentes des mères et de leur transition à la parentalité. 3. La stratégie de recrutement a permis d'obtenir un groupe de participantes divers en termes d'âge et d'ethnicité. <p>Limites</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'exclusion des mères ne parlant pas suffisamment anglais et/ou suédois, limitant l'interprétation des résultats.

B. Articulation des résultats

Nous allons présenter ici les résultats des cinq études sélectionnée selon quatre grandes thématiques en abordant tout d'abord la question des attentes et besoins des parents vis-à-vis des PANP, puis l'accompagnement par les professionnel.le.s de santé, pour continuer avec les résultats en lien avec les risques de complications périnatales. Nous terminerons avec la présentation des méthodologies des études.

1. Attentes et besoins des parents vis-à-vis de PANP

a) Vision réaliste des compétences et difficultés parentales

Plusieurs résultats soulignent que développer une vision réaliste des difficultés que représentent la transition à la parentalité permet aux parents d'augmenter leur sentiment de compétence parentale. Aussi, les connaissances acquises durant les PANP participent activement à la construction de cette conception réaliste (Bahrami et al., 2013; Barimani et al., 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018).

En effet, Barimani et al. (2017) notent que l'animateur.trice des PANP facilite la transition à la parentalité s'il/elle s'intéresse aux futures difficultés des parents et ne les élude pas (2017). Les entretiens menés par Pålsson et al. (2018) indiquent, eux, que les femmes considèrent ne pas avoir été préparées par les PANP à la réalité du post-partum, les séances se concentrant davantage sur les problématiques liées à la naissance. Par exemple, l'allaitement maternel au sein est généralement vécu comme plus complexe qu'anticipé. Cette compétence semble être moins facile à acquérir que ce que suggère les PANP. Durant les entretiens, une femme partage son avis au sujet d'un film pédagogique: « C'était un bon film oui... mais peut-être trop positif. Bien-sûr ils veulent que tu allaites. Ils ne veulent pas t'effrayer avant que tu t'y mettes. En même temps, c'est bien d'être préparée mentalement » (Pålsson et al., 2018). Les mères expriment également le besoin de plus d'information pour acquérir les bases des soins au nouveau-né, comme le change, ou les affaires basiques à avoir à la maison, ou encore l'observation des signes de maladie ou de bonne santé de l'enfant. Les résultats de cette même étude suédoise révèlent que les mères disent avoir été

surprises par les besoins de contact accrus avec elles de leur enfant. Enfin, elles notent que de parler en amont des problèmes n'est pas anxiogène mais plutôt bénéfique à leur préparation à la parentalité. Barimani et al. (2017) corroborent ces résultats, notant que des attentes erronées sur la réalité d'être parent entravent la transition à la parentalité et le bon vécu du retour à domicile après l'accouchement. Les auteur.e.s indiquent que des attitudes des parents telles que de croire en l'impossibilité de se préparer à la parentalité ou l'inaction conditionnent et inhibent la transition à la parentalité.

Certains résultats de la méta-synthèse d'Entsieh & Hallström (2016), révèlent, que les PANP ne répondent pas assez aux problématiques de la parentalité. En effet, dans certaines des études analysées par les auteures, les parents se disent insuffisamment préparés aux compétences parentales nécessaires au post-partum en raison d'un manque d'informations et de temps prévus pour ces sujets. De plus, les participant.e.s des études sélectionnées décrivent un manque de réalisme quant aux difficultés rencontrées dans le post-partum faisant écho aux résultats de l'étude de Pålsson et al. (2018).

Selon l'étude iranienne de Bahrami et al. (2013), le niveau augmenté de la qualité de vie du groupe intervention (ayant suivi des PANP durant la grossesse) durant le post-partum est le résultat d'une connaissance des mères des changements physiques et psychologiques de la grossesse et du post-partum. Aussi, selon les auteur.es, avoir des connaissances au préalable sur les compétences parentales nécessaires pour la prise en charge d'un nouveau-né et sur le rétablissement après la naissance a un impact sur l'évaluation des participantes de leur qualité de vie.

b) Implication du/de la partenaire de la mère dans les PANP

La satisfaction du/de la partenaire de la mère durant les PANP est une thématique relevée par deux des études sélectionnées. Sa prise en compte est au cœur de plusieurs résultats.

Entsieh & Hallström (2016) affirment que certains partenaires masculins déplorent l'absence de sujet développé durant le PANP concernant spécifiquement leur rôle et leurs besoins. De plus, ils confient s'être sentis exclus et découragés par l'attitude des sages-femmes qui semblaient considérer que leur présence aux séances dédiées à l'allaitement était inutile. D'un point de vue pratico-pratique, les auteures révèlent que la planification des PANP durant les heures de bureau, rend la présence du/de la partenaire difficile ou impossible. Ceci représente un frein à son implication et à son bénéfice des PANP.

L'article de Barimani et al. (2017) relève que les stéréotypes sur les rôles parentaux genrés véhiculés par les professionnel.le.s inhibent la transition du partenaire masculin. Une participante de l'étude relate qu'un.e animateur.trice s'est adressée uniquement aux pères lorsqu'il/elle a dit « oui, vous pourrez mettre un sac en plastique sur le siège passager quand vous irez en voiture à la maternité » et d'autres remarques de ce genre. Comme si ce n'était que les hommes qui se préoccupaient pour leurs voitures» (Barimani et al., 2017). Selon les témoignages, ce type de marginalisation provoque des sentiments d'impuissance, de culpabilité et de frustration chez les partenaires masculins qui restent incertains et confus quant à leur rôle de parent.

c) Relations sociales et relation du couple parental

Pålsson et al. (2018) notent que le soutien social de la part des paires, de la famille et du/de la partenaire fait partie des concepts fondamentaux permettant la préparation à la parentalité des mères. Dans ce contexte, les auteur.e.s notent que l'opportunité durant les PANP de faire un plan avec son/sa partenaire en vue des enjeux de l'organisation et de la gestion du post-partum aurait été apprécié par les mères interrogées et qu'elles souhaiteraient être d'avantage sensibilisées à l'importance de la communication au sein de leur couple (Pålsson et al., 2018).

Les résultats d'Entsieh & Hallström (2016) sont similaires. Les couples se disent insuffisamment préparés au stress et à ses conséquences sur leurs relations, leur communication mais aussi leur vie sexuelle. L'étude de Bahrami et al. (2013), quant à

elle, s'intéresse à ces problématiques au travers du questionnaire WHOQOL-BREF dont certains items relèvent directement de la satisfaction de la vie de couple (voir annexe 1, OMS, s. d.). Cependant, elle n'en détaille pas les résultats. Pour Barimani et al. (2017), seul le soutien du partenaire durant l'allaitement est soulevé comme un critère ayant de l'importance, tandis que la revue de Gilmer et al. (2016) ne met en évidence aucun résultat concernant la relation du couple.

2. Accompagnement par les professionnel.le.s de santé

a) Soutien adapté des parents par les professionnel.le.s de santé

Les points soulevés plus haut au sujet de l'implication ou l'exclusion du partenaire dans les PANP sont, par ailleurs, interdépendants avec le type de soutien procuré par les professionnel.le.s (Entsieh & Hallström, 2016). En effet, l'attitude de ceux/celles-ci est un facteur déterminant dans l'apprentissage des futurs parents. Barimani et al. (2017) notent, par ailleurs, que des communications vis à vis de l'allaitement maternel perçues comme jugeantes, contradictoires ou exigeantes sont un facteur défavorisant la transition à la parentalité. En revanche, selon ces même auteur.e.s, les professionnel.le.s qui animent les PANP améliorent le sentiment de confiance des parents dans leur nouveau rôle s'ils investiguent leurs stratégies de coping.

L'étude de Barahmi et al. (2013), quant à elle, fait un bilan positif de PANP. Contrairement aux autres études, les auteur.e.s ne questionnent pas les attitudes des professionnel.le.s ou les informations transmises aux femmes. Les auteur.e.s sont les seul.e.s à être catégoriques sur l'impact positif des PANP sur la santé globale des femmes iraniennes primipares ayant participé à l'étude (voir tableaux 1 et 2). Leurs résultats montrent une augmentation de la santé physique ($p < 0.000$), psychique ($p < 0.017$) et environnementale ($p < 0.000$) ainsi que des relations sociales ($p < 0.01$) à 6-8 semaines post-partum, en comparaison au groupe contrôle (n'ayant pas bénéficié de PANP). Cette amélioration de la santé physique ($p < 0.000$), psychique ($p < 0.002$) et environnementale ($p < 0.01$) des mères est encore plus notable à 1an post-partum. Les mères faisant partie du groupe contrôle n'ont, quant à elles, vu que leur santé physique et environnemental s'améliorer au cours de cette première année. Leur santé

psychique est restée stable mais plus faible que le groupe intervention durant la première année suivant l'accouchement (Bahrami et al., 2013). Les relations sociales des deux groupes se retrouvent identiques à 1 an post-partum (p 0.17), alors qu'elles étaient plus élevées pour le groupe intervention à 6-8 semaines post-partum (p 0.01) (Bahrami et al., 2013).

Tableau 1: Comparaison de la moyenne et de l'écart type de la qualité de vie des femmes du groupe intervention et du groupe contrôle à 6-8 semaines post-partum

Group characteristics	Interventional group n=80	Control group n=80	P value ^b
Physical health: mean ± SD ^a	15.1 ± 1.8	12.9 ± 2.3	0.000
Psychological health: mean ± SD ^a	13.9 ± 2.3	13.2 ± 1.6	0.017
Social relationships: mean ± SD ^a	14.3 ± 4.3	13.8 ± 3.6	0.01
Environment health: mean ± SD ^a	13.1 ± 4.3	12.2 ± 3.6	0.000

^a; The higher score represents a better condition (scores range from 4 to 20) and ^b; t test was used.

Tiré de Bahrami et al., 2013

Tableau 2: Comparaison de la moyenne et de l'écart type de la qualité de vie des femmes du groupe intervention et du groupe contrôle à 1 an post-partum

Group characteristics	Interventional group n=80	Control group n=80	P value ^b
Physical health: mean ± SD ^a	15.7 ± 1.7	14.4 ± 2.8	0.000
Psychological health: mean ± SD ^a	14.8 ± 2.6	13.5 ± 1.6	0.002
Social relationships: mean ± SD ^a	14.5 ± 3.1	14.2 ± 3.1	0.17
Environment health: mean ± SD ^a	13.9 ± 2.4	13.1 ± 2.9	0.01

^a; The higher score represents a better condition (scores range from 4 to 20) and ^b; t test was used.

Tiré de Bahrami et al., 2013

b) Stratégies d'apprentissage proposées durant les PANP

Les entretiens menés par Pålsson et al. (2018) révèlent qu'avoir accès aux informations données durant les cours une fois de retour à la maison est un facteur permettant aux femmes de se sentir plus autonomes. Cette notion est uniquement

évoquée dans l'étude suédoise. En revanche, les femmes de cette étude considèrent avoir besoin du soutien d'un.e professionnel.le pour filtrer les informations trouvées sur des applications ou sur internet. « J'ai commencé à faire des recherches mais je l'ai rapidement posé [l'ordinateur] parce que j'ai trouvé toutes sortes d'histoires atroces. Il y en a pleins... J'ai une amie qui est infirmière alors j'ai utilisé internet à travers elle » (Pålsson et al., 2018), relate une des mères interviewées. L'étude souligne que savoir vers qui se tourner en cas de questions au post-partum donne un sentiment d'être préparée à la parentalité. De plus, elle met en évidence que l'appréciation des différentes stratégies d'apprentissage reste femme-dépendante.

Sur la base des entretiens, les auteur.e.s construisent toutefois une liste de concepts clefs sur lesquels il serait intéressant d'intervenir pour mieux préparer les mères à la parentalité (voir tableau 3). Cette liste avance qu'un apprentissage orienté vers des notions concrètes de gestion du quotidien et de renforcement des ressources personnelles est le plus adapté (Pålsson et al., 2018). Par ailleurs, il semblerait que la diversité des formes de soutien social ainsi qu'une variété dans les modes de partage de connaissances favoriserait leur apprentissage. La possibilité d'obtenir des informations de professionnel.le.s, mais aussi des paires au grés des échanges et des activités de groupe est, selon les femmes, une stratégie favorisant l'apprentissage (Pålsson et al., 2018).

Tableau 3 : Présentation des catégories et des concepts favorisant la préparation à la parentalité précoce

Categories	Conceptions
Accessing appropriate sources of support	Informal support from peers and relatives Professional support and organized peer support Information presented in diverse ways
Gaining knowledge to form realistic expectations	Managing breastfeeding Understanding the baby's needs Managing everyday-life Balancing parental and partner roles Adapting physically and emotionally
Mobilizing and strengthening own resources	Making personal reflections and planning ahead Communicating with ones' partner

Tiré de Pålsson et al., 2018

Les participant.e.s à l'étude de Barimani et al. (2017) confirment ce résultat. Selon elles/eux une approche interactive des PANP, stimulant les interactions entre les parents, est bénéfique pour leur transition à la parentalité. L'étude d'Entsieh & Hallström (2016) indique également que les échanges entre paires sont bénéfiques, même si les petits groupes et le maintien de séances individuelles restent désirables pour certain.e.s participant.e.s. Par ailleurs, leurs résultats révèlent que les méthodes d'apprentissage participatives sont plus appréciées que les cours unidirectionnels. Pourtant, la revue réaliste de Gilmer et al. (2016) conclue qu'aucun modèle de PANP n'est identifié comme efficace à un niveau universel ou même à l'échelle d'une population.

c) Temporalité des PANP

La question de la pertinence de l'information et sa réception en temps opportun est soulevée par Enstsieh et Halström (2016). Elles décrivent des parents frustrés après avoir reçu des informations importantes durant les PANP sans avoir pu les mettre en pratique car ils les avaient oubliées dans le laps de temps séparant la séance du moment nécessitant la mobilisation de ces connaissances.

3. Risques de complications périnatales

Comme le cadre théorique de ce travail l'explore, les risques pour les parents en période périnatale incluent le stress et la dépression. Or, les résultats de Bahrami et al. suggèrent que les connaissances des mères acquises durant les PANP pourrait avoir un impact positif sur leur niveau d'anxiété et de stress, améliorant, en conséquence, leur santé et qualité de vie durant la première année post-partum (2013).

De plus, selon les mères de l'étude de Pålsson et al. (2018), être sensibilisées et préparées aux émotions et réactions physiologiques du post-partum permet de différencier celles-ci des signes de dépression post-partum. Ceci les rassure quant à la normalité des émotions négatives transitoires.

L'article d'Entsieh et Hallström (2016) décrit également que, bien que la naissance soit un événement heureux, le manque de vision réaliste diffusé lors des PANP, au sujet de la période post-partum, mène à une faible estime de soi et, dans certains cas, à des dépressions périnatales. Les auteures présentent toutefois aussi des résultats contraires. Selon elles, certains parents se sentent équipés et compétents après avoir bénéficié d'une PANP (Entsieh & Hallström, 2016).

4. Méthodologies des études

L'étude Gilmer et al. (2016) s'interroge sur des articles analysés dans leur revue réaliste. Des biais sont décrits par les auteur.es. Selon eux/elles, les conclusions des études ne sont pas vérifiables car elles se basent uniquement sur la satisfaction des parents, empêchant la mesure de l'impact réel des PANP sur les changements de comportement et l'augmentation des connaissances des parents. Le fait que les résultats soient fréquemment collectés par la personne ayant donné le cours est un biais supplémentaire car les parents pourraient exprimer leur satisfaction uniquement pour ne pas contrarier le/la professionnel.le. Gilmer et al. (2016) s'interrogent également sur l'absence de preuve quant au lien entre PANP et qualité du développement de l'enfant. En effet, cet outcome est absent des recherches existantes. L'absence d'évaluation sur le long terme des parents ou des enfants empêche de prouver un impact sur le long terme des PANP.

Le modèle de revue réaliste permet aux auteur.e.s de s'interroger macroscopiquement sur la conception même des programmes de PANP. Ceci leur offre la possibilité de recenser comment les professionnel.le.s construisent l'apport théorique de leur cours et le mode de transmission d'information. Le fait que peu de programmes s'intéressent aux besoins réels des parents avant de conduire les PANP est problématique (Gilmer et al., 2016).

La méta-synthèse d'Entsieh & Hallström (2016), quant à elle, se penche sur les expériences et les besoins des parents et les aspects positifs et négatifs des PANP mis en évidence par 12 études qualitatives. Leur méthodologie permet d'établir une liste de problématiques à prendre en considération lors de la conception des PANP.

De manière similaire, les études qualitatives de Barimani et al. (2017) et Pålsson et al. (2018) obtiennent des résultats concernant les besoins et expériences des mères/parents ayant suivis des PANP de manière indépendante sur la base d'entretiens avec les participant.e.s.

A contrario, l'étude de Bahrami et al. (2013) s'intéresse à des critères de santé et non à des critères liés aux besoins des mères, à la parentalité elle-même ou à la satisfaction des mères iraniennes quant aux PANP qu'elles ont suivies. Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé en simple aveugle. Les mères remplissent donc le questionnaire de santé de l'OMS, le WHOQOL-BREF (annexe 1, OMS, s. d.) avant et après avoir suivi un programme de PANP sélectionné par les auteur.e.s. Il n'est pas précisé si la sage-femme était identique pour toutes les femmes du groupe d'intervention. Le contenu des cours et le mode de transmission sont mentionnés mais les mères ne l'évaluent pas. Les femmes participant à l'étude sont suivies sur plus d'un an, soit à 24-28SA, à 6-8 semaines post-partum et à 1 an post-partum. En revanche, les auteur.e.s ne mentionnent pas si les questionnaires de qualité de vie ont été remplis en dehors des cours, de manière individuelle, ou si les participantes étaient face à un.e professionnel.le lors de leur évaluation, ce qui pourrait représenter des biais. A nouveau, la santé de l'enfant et/ou son développement n'est pas évalué.

VI. Discussion

La sélection des cinq articles présentés ici nous a permis d'identifier certains besoins et attentes des parents vis-à-vis des PANP, comme le réalisme face aux difficultés parentales, l'implication du/de la partenaire non enceinte dans le processus d'apprentissage ou encore le renforcement de stratégies de coping face au stress. Ces résultats rendent aussi apparent que l'attitude et l'intention des professionnel.le.s de santé et le format des PANP sont des éléments pouvant entraver ou faciliter l'apprentissage, le sentiment de compétence et l'expérience des parents. Par ailleurs, il semble que les PANP pourraient réduire les risques de complications périnatales au niveau bio-psycho-social. Dans certains cas, elles pourraient, toutefois, mener à une

faible estime de soi. Finalement, certains résultats permettent de noter comment différentes méthodologies impactent l'interprétabilité des évaluations des PANP. Ici nous utilisons différentes sources de littérature pour ouvrir une discussion sur les différents résultats de nos études et étayer les différentes réponses obtenues quant à l'impact des PANP sur la parentalité.

A. Forces et faiblesses des différentes méthodologies

La variété des méthodologies des études s'intéressant aux PANP révèlent la complexité de l'évaluation de ces dernières. Les études qualitatives rencontrent des difficultés à évaluer l'efficacité des PANP au-delà de la satisfaction des participant.e.s. Les échelles de satisfaction et les entretiens semblent être des outils appréciés des chercheur.euse.s (Bahrami et al., 2013; Barimani et al., 2017; Pålsson et al., 2018) mais ne permettent pas l'évaluation de l'impact des PANP sur le développement et la santé de l'enfant, ce qui est pourtant l'objectif premier du rôle parental (Gilmer et al., 2016). D'autres études notent les impacts positifs chez l'enfant de l'éducation prénatale en matière de dépressions, de santé mentale et de développement sur le long terme, cependant les composantes exactes responsables de ces bénéfices sont difficilement indentifiables (Feinberg et al., 2016; Milgrom et al., 2011). Ceci est corroboré par la théorie de l'attachement de Bowlby (2002), pour qui la capacité des parents à s'adapter à leur nouveau rôle influencerait directement la sensation de sécurité de l'enfant et sa capacité à créer des liens avec d'autres dépend. Plus largement, c'est son développement psychique, moteur, cognitif ou encore physique qui est en jeu (Glover, 2015; Letourneau et al., 2017). L'éducation prénatale pourrait donc être un outil fondamental de prévention et promotion de la santé de l'enfant (Razurel et al., 2011). Or, comme le soulève Gilmer et al. (2016), aucune des études sélectionnées dans leur revue réaliste ne s'intéresse au devenir de l'enfant ou à mesurer l'efficacité des PANP selon ce critère. Face aux enjeux de la santé de l'enfant, les auteur.e.s se positionnent pour le développement de méthodes d'évaluation de l'impact des PANP sur le long terme. En s'appuyant sur une étude chinoise (Huang et al., 2012) et leur propres résultats, Bahrami et al. (2013), soulignent le lien entre la santé de la mère et sa capacité à prendre soin de son enfant. Ils stipulent que la santé

de l'un.e influencera la santé de l'autre. Les études de Barimani et al. (2017), Entsieh & Hallström (2016) et Pålsson et al. (2018), en revanche, ne se penchent pas sur la question du développement de l'enfant. Ces différentes problématiques méthodologiques rendent donc la construction d'un cadre de référence pour identifier les impacts concrets des PANP complexe (Gilmer et al. 2016; Brixval et al., 2015).

B. Attentes et besoins des parents vis-à-vis des PANP

1. Vision réaliste des compétences et difficultés parentales

Il est possible pour les parents d'avoir une vision idyllique de la parentalité. Or, une dichotomie entre cette vision et la réalité implique des risques pour la transition à la parentalité. En effet, si la réalité des parents ne correspond pas à leurs attentes, la transition à la parentalité peut alors être complexifiée ou entravée (Barimani et al., 2017).

Il ressort de plusieurs études analysées que les parents sont conscients de ces risques et qu'ils sont demandeurs d'aborder les difficultés auxquels ils pourraient être confrontés. Selon eux, le développement d'une vision réaliste leur permettrait d'augmenter leur sentiment de compétence. Le contenu des PANP influencerait ainsi les attentes des parents quant à leur futur rôle auprès de leur enfant (Bahrami et al., 2013; Barimani et al., 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018).

2. Implication du/de la partenaire de la mère dans les PANP

La considération des professionnel.le.s pour les partenaires des femmes enceintes durant les PANP pose problème selon certaines études (Barimani et al., 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Lau & Hutchinson, 2020). D'autres études déplorent, par exemple, une confrontation des individus LGBTQIA+ à des attitudes jugeantes et hétéronormatives de la part des professionnel.le.s (Bushe & Romero, 2017; Gregg, 2018). Par ailleurs, les partenaires masculins hétérosexuels notent, quant à eux, le manque de considération pour leur vécu, et ce malgré leur présence durant les PANP. Selon eux, leurs besoins spécifiques ne sont pas suffisamment adressés par le

contenu des PANP. Ils affirment également que l'attitude des animateur.trice.s est un élément essentiel pour favoriser leur intégration et la définition de leur rôle face à des sujets pouvant paraître spécifiques aux mères comme, par exemple, celui de l'allaitement (Entsieh & Hallström, 2016). De plus, une augmentation de la participation des pères lorsque le professionnel donnant le séances de PANP est de sexe masculin est notée par Gilmer et al. (2016).

Selon Baldwin et al. (2018) la santé mentale des partenaires pourrait être influencée positivement par leur meilleure inclusion dans les soins prénataux. Le bénéfice de cette intégration pourrait être un meilleur soutien de la femme par son/sa partenaire. En effet, Bahrami (2013) souligne que la satisfaction des femmes iraniennes du soutien de leur époux influence leur qualité de vie. D'autre part, selon Tokhi (2018), il semblerait que les PANP aient même un impact macroscopique, par le biais de l'implication active des partenaires, sur les problématiques de santé des femmes dans certaines sociétés patriarcales.

Les cinq articles sélectionnés dans ce travail n'identifient pas l'outcome de la violence domestique comme un critère significatif pour évaluer l'impact des PANP. Pourtant, selon Finnbogadóttir & Dykes (2016), la grossesse est une période plus à risque de violences entre les partenaires. L'implication du partenaire de la femme enceinte dans les soins prénataux réduirait la présence de violence domestique (Bahmani et al., 2018). L'intérêt de construire un programme de PANP incluant le partenaire semble donc encore plus prononcé dans le cadre de la prévention de la santé.

La problématique de l'inclusion du partenaire semble, par ailleurs, aller au-delà des stéréotypes genrés et se retrouve dans la non-considération et la non-intégration des individus LGBTQIA+ dans les critères d'inclusion de la majorité des études. Pourtant, les études qui s'intéressent à cette population notent des difficultés d'isolement (Ellis et al., 2015) et de manque d'informations et de connaissances concernant les enjeux de la parentalité pour les personnes LGBTQIA+ (Bushe & Romero, 2017; Larsson & Dykes, 2009). Les cinq études décrites dans ce travail ne sont pas des exceptions. Pålsson et al. (2018) font cas de l'orientation sexuelle des participantes et de leur statut marital mais pas de leur identité de genre et ne compte qu'une seule mère homosexuelle dans les femmes sélectionnées pour l'étude. Entsieh & Hallström (2016)

excluent délibérément les études incluant des parents homosexuels de leur sélection. Gilmer et al. (2016) et Barimani et al. (2017) ne se penchent pas sur la question de l'orientation sexuelle ou du genre des participant.e.s. L'étude de Bahrami et al. (2013) n'en fait pas non plus cas, La difficulté actuelle de certain programme de PANP à inclure les individus LGBTQIA+ est donc probable.

3. Relations sociales, relation du couple parental et développement des stratégies de coping

Il semble important de sensibiliser les parents à l'importance du soutien social et de l'impact de l'isolement. Le maintien et la recherche de soutien social est un élément clef dans le développement de stratégies de coping, qu'il s'agisse d'un soutien venant du/de la partenaires, des cercles familiaux ou sociaux ou des pairs (Entsieh & Hallström, 2016; Heberlein et al., 2016; Pålsson et al., 2018; Razurel et al., 2011; Renbarger et al., 2021). En revanche, certains couples faisant face aux défis de la parentalité relatent une insatisfaction quant à leur préparation au stress et à ses conséquences sur leur relation (Entsieh & Hallström, 2016). La communication au sein du couple et la sexualité peuvent, en effet, être affectées par la transition à la parentalité. Les parents souhaitent que ces sujets soient abordés sans détour durant les PANP qu'ils suivent (Entsieh & Hallström, 2016). Les échelles de stress de Razurel et al. (2017) décrivent les liens entre parentalité et défis du quotidien pour le couple. En post-natal, la moitié des items identifiés comme des facteurs de stress, soit la fatigue et l'organisation à la maison (F1), le rapport au corps (F3), la relation au partenaire (F6), concerne la relation et l'organisation du couple (Razurel et al., 2013b). Face à ces stress le couple pourrait voir diminuer son sentiment d'auto-efficacité si ses stratégies de coping font défaut. Or, le couple pourrait, s'il y est préparé durant les PANP, agir en auto-vigilance pour repérer les signes de stress chez l'autre et mettre en place des stratégies pour prévenir ses complications que sont la dépression périnatale, le burn out parental ou encore les troubles de l'attachement chez l'enfant (Roskam & Mikolajczak, 2018). De Montigny et al. (2012) confirment que le soutien par les professionnel.le.s de l'empowerment semble avoir un impact positif sur le sentiment d'auto-efficacité et le bien-être des parents. Il serait donc intéressant que les PANP préparent le couple à ces défis.

C. Efficacité des PANP pour répondre aux besoins et attentes des parents

1. Soutien de l'empowerment des parents par les professionnel.le.s

L'impact positif des PANP sur la santé des femmes soulignée par l'étude de Barahmi et al. (2013) est un plaidoyer pour l'éducation prénatale. En effet, les auteur.e.s notent les PANP impactent directement le vécu positif de la grossesse et la satisfaction des femmes. Downe et al. (2016) rappellent qu'avoir une maternité heureuse est un concept qui couvre la confiance en soi, la compétence et l'autonomie des mères. Il paraît donc crucial que l'empowerment de la femme et du couple soit soutenu par le professionnel.es de santé.

Le sentiment de compétence étant une composante fondamentale de l'empowerment, il est important de noter que le soutien de ce sentiment semble être directement lié aux considérations des individus par les professionnel.le.s, comme le rapporte de Montigny et al. (2012), Entsieh & Hallström (2016), et la Haute autorité de santé en France (2005). Une attitude inappropriée des animateur.trice.s de PANP, peuvent amener l'individu à se sentir inadéquat ou mal adapté. Les résultats de l'étude de Gilmer et al. (2016) montrent également que l'expérience du/de la professionnel.le et son attitude influencent la participation active des parents. Ces observations rejoignent, finalement, ce que décrit la Haute autorité de santé en France (2005) comme étant l'attitude adéquate du/de la professionnel.le en contact avec les futurs parents, soit qu'il/elle mette les individus au centre de la démarche, en prenant en compte leurs besoins et leurs désirs, tout en étant rigoureux.se dans la qualité et la fiabilité de l'information partagée. Il semblerait donc que les principes de la communication non violente (CNV) soient représentés par ces résultats. En effet, la prise de conscience des éléments facilitant ou entravant la communication, l'écoute de soi et de l'autre et le décodage de ce qui est communiqué sont les fondements de la CNV (D'Asembourg, 2007; Mohlo, 2008). Il s'agit d'un outil permettant aux professionnel.le.s de valider l'autre dans ses besoins tout en l'aidant à en chercher les réponses. Ceci faciliterait le travail d'accompagnement des processus d'adaptation (Rosenberg, 2005).

2. Stratégies d'apprentissage proposées durant les PANP

Les stratégies d'apprentissage et le contenu des PANP sont hétéroclites. Leur unification ne semble pas pertinente au vu de l'absence d'une méthode unique prouvée comme étant plus efficace (Gilmer et al., 2016), mais aussi car cela ne tiendrait pas compte des différences culturelles et sociétales (Haas, 2011). Les populations migrantes, par exemple, sont confrontées aux difficultés de l'assimilation, de l'intégration, de l'acculturation et parfois de l'illégalité (Collins et al., 2011; Tobin et al., 2018). Dans ce contexte, il est important de tenir compte des pièges de l'ethnocentrisme (Haas, 2011; Vonarx, 2010).

Bien que Entsieh & Hallström (2016) notent la persistance de besoins individuels lors des PANP, l'étude montre une préférence globale des parents pour les séances en groupe. Il semble important pour ceux-ci de pouvoir échanger sur leurs expériences avec d'autres parents (Heberlein et al., 2016). Cependant, la crise COVID a mis à mal ces échanges et révélé les vulnérabilités et l'isolement de certains parents contraints de voir une réduction des opportunités de contacts avec des pairs (Chatwin et al., 2021; Rhodes et al., 2020). L'offre des PANP réduite par la fermeture de lieux périnataux ou des séances reportées en visio-conférence ont affecté les parents désireux d'échanger sur leurs expériences, de créer des liens et d'obtenir un soutien social (Chatwin et al., 2021; Rhodes et al., 2020).

3. Temporalité des PANP

Un autre élément soulevé par plusieurs études sélectionnées pour ce travail est la temporalité. En effet, il semblerait que la densité et la complexité des informations échangées avec les parents nécessitent de porter une attention particulière à la temporalité, afin de diminuer le risque d'oubli et de manque de pertinence (Haas, 2011; Vonarx, 2010). D'autre part, certaines études décrivent des couples regrettant une disproportion entre le temps consacré à la problématique de l'accouchement et celui dédié aux questions relatives à la parentalité (Ahlén et al., 2012). Ces éléments questionnent la prédominance des PANP en période prénatale.

D. Risques de complications périnatales

Les futures mères et leurs partenaires constituent une population à risque d'excès de stress et de dépression (de Montigny et al., 2012; Houzel, 2002; Razurel et al., 2013a). Lorsque les PANP offrent une vision plus concrète de la parentalité, elles réduisent le niveau d'anxiété et de stress des mères, comme le notent plusieurs des études sélectionnées (Bahmani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). De plus, une perception négative des mères de leur propre santé peut impacter négativement les soins aux nouveau-nés et les mener à s'en désinvestir (Huang et al., 2012; Bahrami et al., 2013). Les PANP pourraient soutenir la construction de stratégies de coping adaptées pour faire face au stress de la parentalité (Bahmani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018).

E. Forces et faiblesses de notre travail

Une des faiblesses de notre recherche est l'exclusion des parents ayant des besoins spécifiques. Cette exclusion a principalement été motivée par le manque de littérature sur le sujet. Or, nous avons été sensibilisé.e.s, au cours de notre formation aux difficultés propres à certains individus. Nous pensons, par exemple à la situation des femmes migrantes. En effet, leur vulnérabilité à la dépression post-partum et ses complications rend apparente la nécessité de s'intéresser à la préparation à la naissance et à la parentalité spécifique à cette population et d'en évaluer l'impact (Collins et al., 2011; Tobin et al., 2018). La problématique sage-femme est aussi d'atteindre les femmes migrantes qui semblent consulter moins souvent au cours de leur grossesse. Leur suivi semble démarrer également plus tard (Seidel et al., 2020). A Genève et dans le canton de Vaud, certaines associations, comme Appartenances, l'Arcade Sages-Femmes et PanMilar, semblent considérer les PANP comme un outil pouvant répondre au risque d'isolement des femmes migrantes. Elles intègrent cet accompagnement dans leur programme de soin, de soutien et d'intégration des familles migrantes (Appartenances Genève, 2014; Arcade Sages-Femmes, s. d.; PanMilar, s. d.).

Notre travail est également affaibli par l'exclusion d'articles rédigés dans d'autres langues que l'anglais, le français, l'italien ou l'allemand, seules langues que nous pratiquons. Les programmes de PANP n'étant pas forcément unifiés de par le monde, d'autres lectures locales auraient très probablement amené des compléments d'enseignement. D'ailleurs, pour les PANP s'inscrivant dans des systèmes de santé bien différents, l'appréciation de leur accessibilité est un biais pour en évaluer l'efficacité sur une population donnée. Nous sommes conscient.e.s que la prédominance d'études qualitatives au détriment d'études quantitatives est une faiblesse de notre travail. Un équilibre de ces deux approches aurait été souhaitable. Enfin, nous regrettons l'absence d'information précises sur le contenu même des PANP évaluées dans les études. Ce manquement rend d'autant plus difficile la mise en perspective des résultats d'une étude vis-à-vis d'une autre.

Une des forces de notre travail est la présentation de thématiques ancrées dans l'actualité suisse. En effet, l'acceptation du projet de lois sur le mariage pour tous et toutes et sur la PMA pour les couples lesbiens en 2020 et l'organisation d'un référendum le concernant pourraient avoir un impact direct sur la considération de la parentalité non pas comme fondamentalement cis et hétérosexuelle mais comme un concept pouvant intégrer une variété d'identité sexuelle et de genre. Or, notre revue de littérature met en lumière le manque de recherche faite auprès des individus LGBTQIA+ pour déterminer les impacts que les PANP pourraient avoir sur leur parentalité. Notre travail s'inscrit également dans l'actualité du COVID-19. Il souligne les difficultés rencontrées par les parents durant la crise, leur possible isolement et le besoin du soutien de professionnel.le.s de santé et de pairs (Chatwin et al., 2021; Rhodes et al., 2020). L'inclusion d'une littérature produite sur plusieurs continents est également une force car elle nous permet de mettre en avant des principes soutenus par la communauté scientifique internationale. Enfin, notre recherche aboutit à une série de propositions de retour dans la pratique sage-femme concrètes et applicables.

VII. Retour dans la pratique

De manière générale, il semblerait que les parents doivent être encouragés à suivre un programme de PANP afin de contrer la potentielle croyance qu'il est impossible de se préparer à la parentalité, car celle-ci peut conditionner et inhiber la transition à la parentalité (Barimani et al., 2017; de Montigny et al., 2012). Certains résultats des études sélectionnées valident la pratique sage-femme actuelle dans le cadre des PANP (Bahrami et al., 2013), d'autres, en revanche, la remettent en question et demandent des aménagements, notamment par l'introduction de nouvelles approches dans la construction, la réalisation et l'évaluation des PANP (Barimani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016; Gilmer et al., 2016; Pålsson et al., 2018). Ici, nous présentons des recommandations pour la pratique des professionnel.le.s. Tout d'abord, nous présentons les recommandations se basant sur les attentes et besoins exprimés par les parents dans le cadre des PANP. Nous nous concentrons ensuite sur celles concernant les éléments repérés comme ayant le potentiel de permettre aux professionnel.le.s de mieux accompagner les parents, et d'éviter des complications périnatales, mais également d'être eux/elles-mêmes mieux soutenus dans leur démarche. Finalement, nous proposons, sur la base de nos recherches, des directions à prendre pour les études futures concernant les PANP et la parentalité.

A. Attentes et besoins des parents vis-à-vis de PANP

1. Vision réaliste des compétences et difficultés parentales

Selon les résultats de plusieurs études, un des éléments permettant aux individus de se sentir prêt à assumer leur responsabilités de parents serait d'en avoir une vision réaliste (Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). Les animateur.trice.s de PANP devraient donc être consciente de ces attentes pour pouvoir y répondre. Les animateur.trice.s des PANP devraient s'engager à aborder les difficultés de la transition à la parentalité. Un échange réaliste sur le quotidien des parents pour répondre aux besoins de leur enfant est souhaitable afin de promouvoir une transition de qualité et d'augmenter le sentiment de compétence des parents (Pålsson et al., 2018).

De plus, les animateur.trice.s des PANP devraient équilibrer le temps consacré aux problématiques de la naissance et de la période post-partum afin de répondre aux besoins accrus des parents face aux questions de l'allaitement ou des soins à leur enfant, par exemple (Entsieh & Hallström, 2016).

2. Implication du/de la partenaire de la mère dans les PANP

La majorité des auteur.e.s se rejoignent sur la notion que les animateur.trice.s des PANP devraient être vigilant à ne pas exclure les partenaires, quel que soit le sujet abordé et quel que soit leur genre, afin de promouvoir la compréhension, la création et la cohésion des rôles de chacun (Bahrami et al., 2013; Barimani et al., 2017; Bushe & Romero, 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Gilmer et al., 2016; Gregg, 2018; Lau & Hutchinson, 2020; Pålsson et al., 2018). Les hommes cis hétérosexuels, auprès de la femme enceinte, devraient pouvoir être encouragés dans l'expression des sujets les concernant (Barimani et al., 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Walsh et al., 2021). En ce sens, le développement de l'offre de PANP consacrées aux pères comme c'est le cas aux HUG avec leur « Rencontre papas » ou encore à l'Arcade Sages-Femmes de Genève, serait à encourager. Les partenaires faisant partie du groupe LGBTQAI+ devraient pouvoir s'exprimer sans discrimination et se sentir considérés dans leur rôle et positionnement de deuxième parent (Bushe & Romero, 2017; Gregg, 2018).

De manière générale, une séance exclusivement réservée aux partenaires pourrait être organisée, au sein d'un programme de PANP afin d'affirmer leur importance dans la constitution du couple parental. Enfin, une attention particulière devrait être apportée aux stéréotypes sur les rôles parentaux car ceux-ci inhibent la transition du/de la partenaire (Barimani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). D'un point de vue pratique, les PANP devraient pouvoir être proposées à des horaires qui favorisent la présence des partenaires en emploi. En Suisse romande, de nombreux organes proposant des PANP semblent déjà tenir compte de cette nécessité, par exemple les HUG, le CHUV, l'Arcade Sages-Femmes ou encore PanMilar.

3. Relation du couple parental

Plusieurs études soulignent l'importance de trouver des ressources pour maintenir la communication au sein du couple devrait être soulignée durant les PANP (Barimani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). Les animateur.trice.s des PANP devraient proposer des activités permettant aux parents de se projeter en vue des enjeux de l'organisation et de la gestion du post-partum. Le sujet de la sexualité en période périnatale devrait aussi avoir sa place dans un programme de PANP. Celle-ci fait partie intégrante de la santé du couple et de l'individu.

B. Accompagnement par les professionnel.le.s de santé

1. Soutien adapté des parents par les professionnel.le.s de santé

Il semblerait qu'une investigation spécifique des groupes de PANP ou des personnes en séance individuelle effectuée en début de programme ou de séance de manière systématique puisse être bénéfique (Barimani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016). Ceci permettrait la co-construction de séances basées sur les besoins réels des individus. Les stratégies de coping des couples, par le biais de questionnaires et d'échelles standardisés par exemple, pourraient être systématiquement explorées par les animateur.trice.s de PANP afin d'améliorer leur sentiment de compétence dans leur nouveau rôle et leur collaboration en tant que parents.

Selon Gilmer et al. (2016), le degré de formation et l'attitude des professionnel.le.s à un impact sur les participant.e.s des séances d'éducation prénatale. Les animateur.trice.s devraient donc avoir accès à des formations continues, par exemple, des formations ciblant les méthodes de communications, le non-jugement, l'empathie et la considération positive inconditionnelle. Ceci permettrait peut-être de diminuer les risques de confrontation entre parents et professionnel.le.s et favoriserait la sécurité du cadre des PANP. La CNV comme outil de communication pour les professionnel.le.s semble pouvoir répondre aux besoins des parents de se sentir considéré et entendu (D'Asembourg, 2007; Rosenberg, 2005). La méthode pourrait

également répondre aux difficultés des professionnel.le.s d'adapter leurs programmes aux besoins des individus et leur offrir des outils d'écoute. Elle permettrait peut-être aux individus de se sentir accueillis dans leur processus plutôt que de se sentir évalués.

2. Politique de santé en suisse

Le système de santé suisse valide l'intérêt des PANP puisqu'il participe à son financement à la hauteur de 150 CHF par grossesse. Selon nos recherches, en Suisse romande cette somme ne couvre, à priori, pas les frais d'un programme de PANP en groupe ou en individuel. Aux HUG, par exemple, le prix d'une séance consacrée à un seul sujet est de 50 CHF (Hôpitaux Universitaires Genève, s. d.). A l'Arcade Sages-Femmes de Genève, un programme complet de PANP est facturé 350 CHF (Arcades Sages-Femmes, s. d.). Tandis qu'au CHUV, un programme complet de 6 séances coûte 250 CHF (CHUV, s. d.). Enfin, une sage-femme indépendante facture environ 100 CHF de l'heure de PANP individuelle (Andrade da Rocha, s. d.; Racine, s. d.). Les PANP ayant été validées scientifiquement comme étant un outil de prévention et de promotion de la santé, il semblerait pertinent que la LAMAL couvre une plus grande part des frais d'une femme enceinte désireuse de suivre une préparation à la naissance et à la parentalité. Par ailleurs, la problématique du financement de formation continue ou des aides permettant aux professionnel.le.s de continuer à se former en CNV, par exemple, pourrait également être un frein dans l'amélioration des PANP et, donc, de l'accompagnement des parents.

3. Stratégies d'apprentissage proposées durant les PANP

Un accès aux informations données durant les PANP, une fois de retour à la maison, devrait être aménagé par les animateurs de PANP afin de permettre aux couples de se sentir plus autonomes (Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). La création de courtes vidéos explicatives et de diagrammes rappelant des éléments clés et leur accessibilité sur une plateforme en ligne pourrait être une réponse à ce besoin d'autonomie et d'information.

Selon les études, ils/elles devraient capitaliser sur la dynamique d'échange et d'activités entre les paires afin de favoriser leur apprentissage (Barimani et al., 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Heberlein et al., 2016). Les animateur.trice.s de PANP devraient donc prendre en compte le bénéfice que représente les sessions en groupes et les échanges entre paires. Une tendance pour des propositions participatives devrait être adoptée lors de la conception des programmes de PANP afin d'éviter des cours unidirectionnels, moins efficaces pour l'apprentissage des parents.

Il semblerait, selon les résultats, que lorsque les parents savent vers qui se tourner, leur sentiment de compétence est accentué (Barimani et al., 2017; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). La sage-femme à domicile et les lieux périnataux proposant une permanence physique et téléphonique du canton sont des ressources. Elles devraient être annoncées et listées par les animateur.trice.s de PANP de manière anticipée, afin d'assurer aux parents un contact professionnel en cas de besoin durant la grossesse et la période post-partum.

4. Temporalité des PANP

Une répartition pertinente dans le temps des séances de PANP devrait être pensée pour favoriser la mobilisation par les parents des informations reçues lors d'une séance selon certain.e.s auteur.e.s (Entsieh & Hallström, 2016). Le temps séparant la séance du moment nécessitant la mobilisation des connaissances est primordial. Par exemple, les informations concernant le post-partum sont souvent données pendant la grossesse et peuvent être difficiles à intégrer après la naissance. Ceci devrait amener les animateur.trice.s de PANP à imaginer des solutions pour atteindre et accompagner les parents, occupés et parfois submergés dans les premières semaines post-partum (Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). Là aussi, les supports de séances devraient être conçus et distribués aux parents dans le but de faciliter la possibilité de réactivation autonome des informations au moment voulu. La création et le soutien du développement des nouveaux lieux de périnatalité serait également une manière de soutenir l'accessibilité à l'information et au soutien professionnel, en particulier pendant la période post-partum où il peut être plus complexe pour les

parents de se déplacer. Il semble indiqué multiplier les lieux afin de mieux couvrir la taille d'un territoire.

Des séances de PANP se déroulant au temps du post-partum, ainsi que toutes propositions de rencontre en groupe pendant cette période nous semble devoir être encouragées. Nous pensons, par exemple, aux « marches du mardi » proposées par l'Arcade Sages-Femmes, espace-temps pour rencontrer ses paires, aux ateliers de massages bébé ou aux rencontres avec un.e diététicien.ne pour évoquer la diversification alimentaire des enfants.

C. Risques de complications périnatales

Selon la majorité des études, les animateur.trice.s de PANP devraient sensibiliser et préparer les parents aux émotions et réactions physiologiques du post-partum afin de différencier celle-ci des signes de dépression post-partum (Bahrami et al., 2013; Barimani et al., 2018; Entsieh & Hallström, 2016; Pålsson et al., 2018). Ceci permettrait aux parents de ne pas se sentir surpris ou démuni face au baby blues. L'avantage serait aussi de promouvoir l'auto-vigilance et l'empowerment au sein du couple.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant d'inclure des exercices de renforcement de la confiance et de la coopération au sein des groupes participant aux PANP de manière à favoriser la création de micro-communauté et de réseaux informels de soutien entre paires et réduire les risques d'isolement social. De plus, il se peut que des problématiques éthiques soient soulevées par des discours normatifs d'expériences et de compétences parentales, notamment celles de l'ethnocentrisme et de l'hétérocentrisme. Celles-ci pourraient être explorées dans chaque groupe par le/la professionnel.le de santé afin de favoriser l'inclusion des minorités et la cohésion de groupe.

D. Recommandations pour de futures études

Sur la base des résultats obtenus, nous pensons que l'évaluation des PANP au-delà de la satisfaction des parents doit être développée (Gilmer et al., 2016; Heberlein et al., 2016). L'enfant étant un des principaux bénéficiaires d'une bonne adaptation parentale, il nous semble judicieux de l'inclure dans la recherche autour des PANP. En effet, le manque de données sur le développement de l'enfant sur le moyen-long terme semble être un biais empêchant l'appréciation globale de l'impact des PANP (Gilmer et al., 2016). Il serait donc intéressant de prolonger les études au-delà d'une année post-partum afin d'évaluer le développement comportemental et cognitif de l'enfant. Il serait intéressant d'évaluer l'incidence de complications périnatales comme la dépression post-partum, le burn-out parental ou encore les difficultés de développement de l'enfant pour les individus ayant suivi des PANP (Gilmer et al., 2016; Heberlein et al., 2016). La construction du rôle parental et l'efficacité des stratégies de coping des parents pourraient également être évaluées afin de déterminer l'impact des PANP à long terme. Cela impliquerait, toutefois, la difficulté d'atteindre les parents sur le long terme. Nous pensons que l'utilisation combinée de questionnaires évaluant la satisfaction bio-psycho-social des parents, par exemple le WHOQOL-BREF (annexe 1, (OMS, s. d.) mais également leurs stratégies de coping et leur stress perçu, telles que les échelles développées par Razurel et al. (2017) pourrait être une piste dans l'évaluation globale de l'impact des PANP (Bahrami et al., 2013; Nanzer & Epiney, 2013; Razurel et al., 2017).

VIII. Conclusion

Devenir parent est un processus impliquant une phase transformative pour l'individu. Aujourd'hui, la responsabilité des parents n'implique plus que la survie de leurs enfants mais également leur développement social et cognitif. Cette responsabilité nécessite la découverte ainsi que le développement de compétences et d'une identité parentale pour l'individu. Une des enjeux de cette construction identitaire est la combinaison de différentes formes de soi. La conjugaison du parent actuel, du parent idéal et du parent socialement prescrit peut conduire à un épuisement et à un sentiment d'inefficacité.

Ceci peut mener à des individus en crise, à risque de développer des troubles psychiques et physiques. Dans le cadre d'une tentative de réduction des risques périnataux, les PANP semblent être un outil adapté. Elles ont pour objectif d'accompagner le parent dans la découverte et la reconnaissance de ses propres compétences en plus d'être un espace de partage de connaissances, de promotion de la santé et de prévention.

Or, cet outil dans les mains des professionnel.le.s de santé peut être bénéfique mais aussi délétère si la conception des programmes des PANP ainsi que les compétences et attitudes de l'animateur.trice ne sont pas adéquates. En effet, les PANP pourraient être perçues comme aliénantes par certains parents, en particulier lorsque leurs représentations et identités ne sont pas prises en compte. Par exemple, les partenaires hétérosexuels et LGBTQIA+ de femmes enceintes ne sont pas encore suffisamment reconnu.e.s et accompagné.e.s dans la construction de leur identité parentale.

Notre revue de la littérature nous permet d'identifier certains besoins et attentes des parents face aux PANP. L'implication du/de la partenaire non enceinte dans le processus d'apprentissage, le renforcement des stratégies de coping face au stress et le partage de connaissances réalistes sur les défis quotidiens de la parentalité, devraient être assurés lors des PANP. Une attitude non-jugeante et inclusive de la part des animateur.trice.s faciliterait l'apprentissage et le sentiment de compétence de tous les parents. Les bénéfices d'une dynamique de groupe et des échanges entre paires devraient également être pris en compte.

Ce savoir-faire des professionnel.le.s impliquent qu'ils/elles soient également accompagné dans l'amélioration de leurs compétences. Aussi, il serait de bonne pratique de former de manière continue les animateur.trice.s de PANP en matière de politique d'inclusion, de communication et de conception de programmes. Ceci influencerait de manière positive la satisfaction et la santé biopsychosociale des parents. Bien qu'il semblerait que les PANP aient un impact avéré sur la parentalité, les résultats des études analysées ne sont basés que sur la satisfaction des parents et de futures études sont nécessaires pour élargir les méthodes d'évaluation. Il semble également important d'augmenter la durée des études, de déterminer l'incidence de

complications périnatales chez les parents ayant suivis des PANP et d'inclure des questionnaires de qualité de vie, ainsi que des échelles de stress. Ces mesures permettraient d'examiner l'impact des PANP à plus long terme sur les parents mais aussi sur le développement de l'enfant, un des principaux bénéficiaires d'une bonne adaptation parentale.

IX. Références bibliographiques

- Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L. O., & Josefsson, A. (2012). Parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 11-17. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.11>
- Andrade da Rocha, V. (s. d.). *Bio Naissance*. sage-femme-vitorocha. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.bionaissancevd.com/services>
- Appartenances Genève. (2014). Enceinte à Genève. *Appartenances Genève*. <https://www.appartenances-ge.ch/prevention/enceinte-a-geneve/>
- Arcade Sages-Femmes. (s. d.). *Vernier Arcade Sages-Femmes*. Consulté 7 juillet 2021, à l'adresse <http://www.arcade-sages-femmes.ch/fr/A-Vernier.htm>
- Arcades Sages-Femmes. (s. d.). *Inscription cours | Arcades Sages-Femmes*. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <http://www.arcade-sages-femmes.ch/fr/Inscription-cours-de-preparation-a-la-naissance.htm>
- Assemblée de la Section genevoise de l'Association suisse des sages-femmes. (1958). Assemblée de la Section genevoise de l'Association suisse des sages-femmes. *Journal des Sages-femmes*, 11.
- Association American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bahmani, T., Sayehmiri, K., Daliri, S., & Karimi, A. (2018). Relationship between Demographic Factors and Violence during Pregnancy in Iran : A Meta-Analysis Study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(4), 296-309.
- Bahrami, N., Simbar, M., & Bahrami, S. (2013). The Effect of Prenatal Education on Mother's Quality of Life during First Year Postpartum among Iranian Women : A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(3), 169-174.
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood : A systematic review of first time fathers' experiences. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(11), 2118-2191. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003773>
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Université.

- Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M., & Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 57, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.021>
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K. F., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Bowlby, J. (2002). *L'attachement* ([5e éd.]). Presses Univ. de France.
- Bretin-Imboden, F. (1994). Sage-femme, préparation à la naissance et société. *Les dossiers de l'obstétrique*, 218, 6-8.
- Bushe, S., & Romero, I. L. (2017). Lesbian Pregnancy: Care and Considerations. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(5), 420-425. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1606385>
- Chatwin, J., Butler, D., Jones, J., James, L., Choucri, L., & McCarthy, R. (2021). Experiences of pregnant mothers using a social media based antenatal support service during the COVID-19 lockdown in the UK : Findings from a user survey. *BMJ Open*, 11(1), e040649. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040649>
- CHUV. (s. d.). *Nos séances par visioconférence*. CHUV. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite/nos-seances-par-visioconference>
- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression : Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 3-11. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>
- Conseil fédéral. (2020). *Modification de la loi sur les allocations pour perte de gain*. <https://www.admin.ch/gov/fr/start/dokumentation/abstimmungen/20200927/congedo-paternita.html>
- Cornaz, H. (1955). A propos du cours sur l'accouchement sans douleurs par le Dr. Rossel. *Journal des Sages-femmes*, 5.
- D'Asembourg, T. (2007). *Being Genuine : Stop being nice, start being real* (Puddle Dancer).
- de Montigny, F., Devault, A., & Gervais. (2012). *La naissance de la famille : Accompagner les parents et les enfants en période périnatale*. Chenelière

éducation.

- Devereux, G. (1965). Considérations ethnopsychanalytiques sur la notion de parenté. *L'Homme*, 5(3/4), 224-247. Jstor.
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women : A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*, 123(4), 529-539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents : It's how we could have a family. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 62-69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>
- Entsieh, A. A., & Hallström, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006>
- Fabian, H., Sarkadi, A., & Åhman, A. (2015). Challenges and benefits of conducting parental classes in Sweden : Midwives' perspectives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), 236-242. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.007>
- Favez, N. (2001). La régulation par la mère des émotions narrées par les petits. *Enfance*, Vol. 53(4), 349-362.
- Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.favez.2017.01>
- Feinberg, M. E., Jones, D. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2016). Couple-Focused Prevention at the Transition to Parenthood, a Randomized Trial : Effects on Coparenting, Parenting, Family Violence, and Parent and Child Adjustment. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 17(6), 751-764. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0674-z>
- Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K. (2016). Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors : -A longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>
- Frauenfelder, A., Keller, V., Tabin, J.-P., & Togni, C. (2008). *Temps d'assistance. Le gouvernement des pauvres en Suisse romande depuis la fin du XIXe siècle*

- (Existence et société). Antipodes.
- Gélis, J. (2014). Rites de naissance et soins à l'enfant : Des permanences, de l'Antiquité aux siècles modernes. In M. Dugnat (Éd.), *L'art d'accueillir embryons, fœtus et bébés* (p. 11-32). Eres.
- Gilmer, C., Buchan, J. L., Letourneau, N., Bennett, C. T., Shanker, S. G., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood : A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 118-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015>
- Glover, V. (2015). Prenatal Stress and Its Effects on the Fetus and the Child : Possible Underlying Biological Mechanisms. In M. C. Antonelli (Éd.), *Perinatal Programming of Neurodevelopment* (p. 269-283). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1372-5_13
- Gregg, I. (2018). The Health Care Experiences of Lesbian Women Becoming Mothers. *Nursing for Women's Health*, 22(1), 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.12.003>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Haas, A. V. (2011). Cultural Diversity in Childbirth Education. *Midwifery Today*, 97, 39-39.
- Hammani, F. (1994). Naissance initiation. *Les dossiers de l'obstétrique*, 220.
- Haute autorité de santé (France). (2005). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : Recommandations pour la pratique clinique*.
- Heberlein, E. C., Picklesimer, A. H., Billings, D. L., Covington-Kolb, S., Farber, N., & Frongillo, E. A. (2016). The comparative effects of group prenatal care on psychosocial outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 259-269. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0564-6>
- Hôpitaux Universitaires Genève. (s. d.). *Cours de préparation à la naissance | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève*. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.hug.ch/obstetrique/cours-preparation-naissance>
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Érés. <https://www.editions-eres.com/ouvrage/126/les-enjeux-de-la-parentalite>
- Houzel, D. (2002). Les enjeux de la parentalité. In L. Solis-Ponton (Éd.), *La parentalité* (p. 61 à 70). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la->

parentalite--9782130530534-page-61.htm

- Huang, K., Tao, F., Liu, L., & Wu, X. (2012). Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1534-1543. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03941.x>
- Jonas, H. (2013). *Le Principe responsabilité: Une éthique pour la civilisation technologique*. Flammarion.
- La Sainte Bible* (L. Segond, Trad.). (2006). Bibli o.
- Larsson, A.-K., & Dykes, A.-K. (2009). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25(6), 682-690. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.10.004>
- Lau, R., & Hutchinson, A. (2020). A narrative review of parental education in preparing expectant and new fathers for early parental skills. *Midwifery*, 84, 102644. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102644>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lebovici, S. (1999). *Présentation de l'école de la parentalité*.
- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Cosic, N., & Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 34(10), 928-966. <https://doi.org/10.1002/da.22687>
- Maffi, I. (2014). Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples. In *Accompagner la naissance* (BSN Press, p. 175-198). BSN Press. <https://www.cairn.info/accompagner-la-naissance--9782940516148-page-175.htm?contenu=resume>
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219-237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards

- parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.045>
- Mohlo, P. (2008). La communication non violente: Une approche équilibrée et constructive des relations au service des soignants et des patients. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 15(148), 412-417.
- Moutier, J.-P. (1984). *Enfance volée* [Video]. 1984. <https://www.rts.ch/archives/tv/information/tell-quel/5237728-enfance-volee.html>
- Nanzer, N., & Epiney, M. (2013). [The Geneva prenatal interview: To prepare to parenthood and detect emotional troubles]. *Revue Medicale Suisse*, 9(401), 1841-1845.
- OFAS, O. fédéral des assurances sociales. (2018). *Violence et négligence au sein de la famille*. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/sozialpolitische-themen/kinder-und-jugendfragen/kinderschutz/gewalt-und-vernachlaessigung-in-der-familie.html>
- OFS. (2019a). *Mortalité infantile et espérance de vie selon le sexe—1876-2018*. Office fédéral de la statistique. </content/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburtentodesfaelle/sterblichkeit.assetdetail.9486217.html>
- OFS. (2019b, 17 mai). *Accouchements et santé maternelle en 2017—Statistique médicale des hôpitaux*. Office fédéral de la statistique. </content/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.assetdetail.8369419.html>
- OMS. (s. d.). *WHOQOL-BREF* | *The World Health Organization*. Consulté 11 juillet 2021, à l'adresse <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>
- OMS. (1946). *Constitution de l'OMS*.
- OMS. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- OMS (Éd.). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- OMS. (2020). *ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics*.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum Care : An Approach to the Fourth Trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485-491.
- Pålsson, P., Kvist, L. J., Ekelin, M., Hallström, I. K., & Persson, E. K. (2018). "I Didn't Know What to Ask About": First-Time Mothers' Conceptions of Prenatal Preparation for the Early Parenthood Period. *The Journal of Perinatal Education*, 27(3), 163-174. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.3.163>
- PanMilar. (s. d.). *Préparation à la naissance*. PanMilar. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.panmilar.ch/les-cours/>
- Poirier, P. (2011). *La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents*. Ecole de Sages-femmes René ROUCHY.
- Poissant, J. (2011). *Adaptation à la parentalité*. Institut national de santé publique du Québec.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*, S1(HS), 41-50.
- Racine, S. (s. d.). *Murmures de Vie*. Murmures de Vie. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.murmuresdevie.ch>
- Razurel, C. (2010). *Comment l'éducation dispensée par les professionnels peut-elle influencer le sentiment de compétence parentale chez les mères primipares ?* Université de Rouen.
- Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : Quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 47-58.
- Razurel, C., & Kaiser, B. (2015). The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women & Health*, 55(2), 167-186. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.979969>
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J.-P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health*, 57(2), 154-172. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J., Epinet, M., & Sellenet, C. (2013b).

- Validation of the postnatal perceived stress inventory in a French speaking population of primiparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(6), 685-696. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12251>
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Citherlet, C., Epiney, M., & Sellenet, C. (2014a). Validation of the antenatal perceived stress inventory. *Journal of Health Psychology*, 19(4), 471-481. <https://doi.org/10.1177/1359105312473785>
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Sellenet, C., & Epiney, M. (2014b). Validation of the post-delivery perceived stress inventory. *Psychology, Health & Medicine*, 19(1), 70-82. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.774431>
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013a). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being : A review of the literature. *Women & Health*, 53(1), 74-99. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.732681>
- Renbarger, K. M., Place, J. M., & Schreiner, M. (2021). The Influence of Four Constructs of Social Support on Pregnancy Experiences in Group Prenatal Care. *Women's Health Reports*, 2(1), 154-162. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0113>
- Reynard, M. (2020, 11 juin). *Le Conseil national dit oui au mariage et à la PMA pour toutes et tous*. rts.ch. <https://www.rts.ch/info/suisse/11393039-le-conseil-national-dit-oui-au-mariage-et-a-la-pma-pour-toutes-et-tous.html>
- Rhodes, A., Kheireddine, S., & Smith, A. D. (2020). Experiences, Attitudes, and Needs of Users of a Pregnancy and Parenting App (Baby Buddy) During the COVID-19 Pandemic : Mixed Methods Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(12), e23157. <https://doi.org/10.2196/23157>
- Rosenberg, M. B. (2005). *Les mots sont des fenêtres (ou des murs) : Introduction à la communication non violente* (A. Cesotti, C. Secretan, & F. Baut-Carlier, Trad.; 2ème). Jouvence.
- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental : Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. De Boeck supérieur.
- Sallard, I., & Oziel, C. (2009). Les jeunes parents, une cible à dorloter. <https://www.e-marketing.fr/>. https://www.e-marketing.fr/Marketing-Direct/Article/Les-jeunes-parents-une-cible-a-dorloter-32898-1.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=

n=share_button

- Sauty, S. A., Boulvain, M., Irion, O., & Pellegrinelli, J.-M. (2017). Accouchement extrahospitalier : État des lieux et perspectives. *Revue Médicale Suisse*, 13, 1843-1845.
- Savard, N., & Gaudron, C. Z. (2011). Points de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé aux violences conjugales. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 29(1), 13-35.
- Scheidegger, E. (Éd.). (2017). *Baby guide : Le manuel officiel suisse*. Confédération suisse.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions : A central concept in nursing. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Seidel, V., Gürbüz, B., Großkreutz, C., Vortel, M., Borde, T., Rancourt, R. C., Stepan, H., Sauzet, O., Henrich, W., & David, M. (2020). The influence of migration on women's use of different aspects of maternity care in the German health care system : Secondary analysis of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). *Birth*, 47(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/birt.12476>
- Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée : Pertinence et dérive d'un concept* (n°5; L'Harmattan). École nationale de protection judiciaire de la jeunesse. <http://journals.openedition.org/sejed/2673>
- Sellenet, C. (2012). Parentalité. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 231-233). Association de recherche en soins infirmiers. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-231.htm?contenu=resume>
- Sommaruga, S. (2013). *11. April 2013—Ansprache von Bundesrätin Simonetta Sommaruga am Gedenkanlass in Bern*. https://www.youtube.com/watch?v=_V8wdSm3d40
- St Pierre, A., Zaharatos, J., Goodman, D., & Callaghan, W. M. (2018). Challenges and Opportunities in Identifying, Reviewing, and Preventing Maternal Deaths. *Obstetrics and gynecology*, 131(1), 138-142. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002417>
- Stern, D. N., & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Odile Jacob.
- Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016, 30 novembre). *Postpartum Depression* (world) [N-

- clinical-practice]. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>; Massachusetts Medical Society. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Tobin, C. L., Di Napoli, P., & Beck, C. T. (2018). Refugee and Immigrant Women's Experience of Postpartum Depression: A Meta-Synthesis. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 29(1), 84-100. <https://doi.org/10.1177/1043659616686167>
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A., Chersich, M., & Luchters, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health : A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLOS ONE*, 13(1), e0191620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>
- Turuban, P. (2020, 11 juin). *Le mariage civil pour tous franchit un «pas historique» en Suisse*. SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/fre/le-mariage-civil-pour-tous-franchit-un--pas-historique--en-suisse/45828934>
- Vonarx, N. (2010). Mise au point—Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique. *Elsevier Masson*, 55(747), 16-20.
- Vuille, M. (1999). *Accouchement et douleur; une étude sociologique* (Antipodes Suisse). <https://halldulivre.com/livre/9782940146123-accouchement-et-douleur-une-etude-sociologique-marilene-vuille/>
- Vuille, M. (2009). *Les sages-femmes vaudoises face à l'accouchement sans douleur (ASD) (1950-1989)*. Haute Ecole de Santé.
- Vuille, M. (2015). L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. *Travail, genre et sociétés*, n° 34(2), 39-56.
- Walsh, T. B., Carpenter, E., Costanzo, M. A., Howard, L., & Reynders, R. (2021). Present as a partner and a parent : Mothers' and fathers' perspectives on father participation in prenatal care. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 386-399. <https://doi.org/10.1002/imhj.21920>
- Williams, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., Painter, S. L., & Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8(3), 251-265. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198723\)8:3<251::AID-IMHJ2280080308>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198723)8:3<251::AID-IMHJ2280080308>3.0.CO;2-U)
- Yvarel, J.-J. (2013). (Lecture de) Enfants placés, enfances perdues. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 15, 215-218.

X. Annexes

Annexe1

APPENDIX 8- THE WHOQOL-BREF

ABOUT YOU

I.D. number

--	--	--	--

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself: by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your **gender**? Male Female

What is your **date of birth**? _____ / _____ / _____
Day / Month / Year

What is the highest **education** you received?
None at all
Primary school
Secondary school
Tertiary

What is your **marital status**?
Single Married Living as married Separated Divorced Widowed

Are you currently **ill**? Yes No

If something is wrong with your health what do you think it is? _____

Instructions

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. **Please answer all the questions.** If you are unsure about which response to give to a question, **please choose the one** that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last two weeks**. For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:

	Do you get the kind of support from others that you need?	Not at all 1	Not much 2	Moderately 3	A great deal 4	Completely 5
--	---	-----------------	---------------	-----------------	-------------------	-----------------

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

	Do you get the kind of support from others that you need?	Not at all 1	Not much 2	Moderately 3	A great deal 4	Completely 5
--	---	-----------------	---------------	-----------------	-------------------	-----------------

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.
Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

THE WHOQOL-BREF

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1 (G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (F1.4)	To what extent do you feel that (physical) pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7 (F5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12	Have you enough money to meet your	1	2	3	4	5

(F18.1)	needs?					
13 (F20.1)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
15 (F9.1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how **good or satisfied** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F3.3)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to **how often** you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F8.1)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

Do you have any comments about the assessment?

.....

...

.....

...

THANK YOU FOR YOUR HELP