



HAL
open science

Accompagner la parentalité à l'officine

Lilia Benamira Aissaoui

► **To cite this version:**

Lilia Benamira Aissaoui. Accompagner la parentalité à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2023.
hal-04517019

HAL Id: hal-04517019

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517019v1>

Submitted on 22 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE
2023

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 2 février 2023, sur un sujet dédié à :

ACCOMPAGNER LA PARENTALITÉ À L'OFFICINE

pour obtenir

le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

par Lilia BENAMIRA AISSAOUI

née le 4 juillet 1983

Membres du Jury

Président : Mme Béatrice FAIVRE, Pharmacien, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie UL

Juges : Mme Reine EL OMAR, Maître de conférences, Faculté de Pharmacie UL

M. Julien GRAVOULET, Pharmacien officinal, Professeur associé, Faculté de Pharmacie UL

M. Christophe WILCKE, Pharmacien officinal, Président de l'URPS Pharmaciens du Grand Est

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2022-2023

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Président, Luc FERRARI

Vice-Présidence - vacant

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Igor CLAROT

Vice-Président, Raphaël DUVAL

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Innovation pédagogique

Référente ADE

Référente dotation sur projet (DSP)

Référent vie associative

Aline BONTEMPS

Alexandrine LAMBERT

Virginie PICHON

Marie-Paule SAUDER

Arnaud PALLOTTA

Responsabilités

Filière Officine

Filière Industrie

Filière Hôpital

Pharma Plus ENSIC

Pharma Plus ENSAIA

Pharma Plus ENSGSI

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Commission d'agrément des maîtres de stage

ERASMUS

Caroline PERRIN-SARRADO

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Xavier BELLANGER

Igor CLAROT

Luc FERRARI

François DUPUIS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Pierre LEROY

Philippe MAINCENT

Claude VIGNERON

Patrick MENU

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK

Pierre DIXNEUF

Chantal FINANCE

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Patrick MENU

Alain NICOLAS

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Emmanuelle BENOIT

François BONNEAUX

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Dominique DECOLIN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Blandine MOREAU

Dominique NOTTER

Francine PAULUS

Christine PERDICAKIS

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Gabriel TROCKLE

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--------------------------------|----|--|
| Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ | 82 | Thérapie cellulaire |
| Béatrice DEMORE | 81 | Pharmacie clinique |
| Alexandre HARLE | 82 | Biologie cellulaire oncologique |
| Jean-Louis MERLIN | 82 | Biologie cellulaire |
| Jean-Michel SIMON | 81 | Economie de la santé, Législation pharmaceutique |
| Nathalie THILLY | 81 | Santé publique et Epidémiologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | |
|-------------------------------|----|--|
| Ariane BOUDIER | 85 | Chimie Physique |
| Christine CAPDEVILLE-ATKINSON | 86 | Pharmacologie |
| Igor CLAROT | 85 | Chimie analytique |
| Joël DUCOURNEAU | 85 | Biophysique, Acoustique, Audioprothèse |
| Raphaël DUVAL | 87 | Microbiologie clinique |
| Béatrice FAIVRE | 87 | Hématologie, Biologie cellulaire |
| Luc FERRARI | 86 | Toxicologie |
| Pascale FRIANT-MICHEL | 85 | Mathématiques, Physique |
| Christophe GANTZER | 87 | Microbiologie |
| Caroline GAUCHER ^H | 86 | Chimie physique, Pharmacologie |
| Frédéric JORAND | 87 | Eau, Santé, Environnement |
| Isabelle LARTAUD | 86 | Pharmacologie |
| Dominique LAURAIN-MATTAR | 86 | Pharmacognosie |
| Brigitte LEININGER-MULLER | 87 | Biochimie |
| Jean-Bernard REGNOUF de VAINS | 86 | Chimie thérapeutique |
| Anne SAPIN-MINET | 85 | Pharmacie galénique |
| Bertrand RIHN | 87 | Biochimie, Biologie moléculaire |

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|----------------------------|----|---|
| Pauline GILSON | 82 | Biologie cellulaire oncologique |
| Caroline LAROYE | 82 | Biothérapie |
| Julien PERRIN ^H | 82 | Hématologie biologique |
| Loïc REPPEL | 82 | Biothérapie |
| Marie SOCHA | 81 | Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique |

MAITRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|--------------------------------|----|--|
| Xavier BELLANGER ^H | 87 | Parasitologie, Mycologie médicale |
| Isabelle BERTRAND ^H | 87 | Microbiologie |
| Michel BOISBRUN ^H | 86 | Chimie thérapeutique |
| Cédric BOURA ^H | 86 | Physiologie |
| Sandrine CAPIZZI | 87 | Parasitologie |
| Antoine CAROF | 85 | Informatique |
| Frédérique CHANGEY | 87 | Microbiologie |
| Sébastien DADE | 85 | Bio-informatique |
| Natacha DREUMONT ^H | 87 | Biochimie générale, Biochimie clinique |
| Florence DUMARCAY ^H | 86 | Chimie thérapeutique |
| François DUPUIS ^H | 86 | Pharmacologie |
| Reine EL OMAR | 86 | Physiologie |
| Adil FAIZ | 85 | Biophysique, Acoustique |
| Anthony GANDIN | 87 | Mycologie, Botanique |
| Stéphane GIBAUD ^H | 86 | Pharmacie clinique |
| Jérémie GOUYON | 85 | Chimie analytique |
| Thierry HUMBERT | 86 | Chimie organique |
| Olivier JOUBERT ^H | 86 | Toxicologie, Sécurité sanitaire |

ENSEIGNANTS (suite)

Section CNU

*

Discipline d'enseignement

| | | |
|------------------------------------|-------|--|
| Alexandrine LAMBERT | 85 | Informatique, Biostatistiques |
| Julie LEONHARD ^H | 86/01 | Droit en Santé |
| Balbine MAILLOU | 85 | Biophysique, Acoustique, Audioprothèse |
| Christophe MERLIN ^H | 87 | Microbiologie environnementale |
| Maxime MOURER ^H | 86 | Chimie organique |
| Coumba NDIAYE | 86 | Epidémiologie et Santé publique |
| Arnaud PALLOTTA | 85 | Bioanalyse du médicament |
| Marianne PARENT | 85 | Pharmacie galénique |
| Caroline PERRIN-SARRADO | 86 | Pharmacologie |
| Virginie PICHON | 85 | Biophysique |
| Sophie PINEL ^H | 85 | Informatique en Santé (e-santé) |
| Franceline REYNAUD | 85 | Pharmacie galénique |
| Marie-Paule SAUDER | 87 | Mycologie, Botanique |
| Guillaume SAUTREY | 85 | Chimie analytique |
| Rosella SPINA | 86 | Pharmacognosie |
| Sabrina TOUCHET | 86 | Pharmacochimie |
| Mihayl VARBANOV | 87 | Immuno-Virologie |
| Marie-Noëlle VAULTIER ^H | 87 | Mycologie, Botanique |
| Emilie VELOT ^H | 86 | Physiologie-Physiopathologie humaines |
| Mohamed ZAIYOU ^H | 87 | Biochimie et Biologie moléculaire |

PROFESSEUR ASSOCIE

| | | |
|------------------|----|--------------------|
| Julien GRAVOULET | 86 | Pharmacie clinique |
|------------------|----|--------------------|

PROFESSEUR AGREGÉ

| | | |
|--------------------|----|---------|
| Christophe COCHAUD | 11 | Anglais |
|--------------------|----|---------|

^H Maître de conférences titulaire HDR*** Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES
DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES À LEUR AUTEUR ».

Remerciements

A la présidente de mon jury et directrice de ma thèse, Madame Béatrice FAIVRE,

Pharmacien, Professeur des Universités à la faculté de pharmacie de Nancy en Hématologie et Biologie cellulaire,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction et la présidence de cette thèse et pour avoir bien voulu encadrer et vérifier mon travail.

Je vous suis reconnaissante pour vos conseils, votre écoute et votre bienveillance qui ont été de véritables moteurs pour moi.

Vous m'avez consacré beaucoup de votre temps, et pour cela soyez assurée de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

Aux membres de mon Jury,

Mme Reine EL OMAR, *Maitre de conférences à la faculté de pharmacie de Nancy enseignant la physiologie.*

M. Julien GRAVOULET, *Pharmacien, Professeur associé à la faculté de pharmacie de Nancy enseignant la Pharmacie clinique,*

M. Christophe WILCKE, *Pharmacien, Président de l'URPS Pharmaciens Grand Est*

Pour avoir accepté de faire partie du jury.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez ma plus vive gratitude pour l'intérêt que vous lui portez et mes plus sincères remerciements.

À ma famille,

C'est avec le cœur ému et une immense joie que je dédie cette thèse à mes chers parents. Un grand merci à ma mère et mon père, pour leur amour inconditionnel, leurs conseils ainsi que leur soutien de tous les jours. Merci de m'avoir tant donné et d'avoir tant sacrifié pour nous. Je vous serai éternellement reconnaissante.

Je remercie mon cher époux pour son amour, sa patience sans limite et son soutien indéfectible. Salim, sans toi, tout cela n'aurait pas été possible. Tu m'as accompagnée dans ce défi un peu fou, et tu y as cru bien plus que moi. Tu sais à quel point c'était important pour moi de finaliser ce qui a été interrompu par la terrible épreuve que nous avons vécue. Tu m'as aidée à surmonter les moments de doutes et de découragement, je t'en suis affectueusement reconnaissante.

Amel, Ayoub, Ziyed et Safa, mes chers enfants, vous êtes ce que j'ai de plus cher au monde. Je vous remercie pour tout ce que vous m'apportez au quotidien. Vous m'apprenez tellement et faites de moi une maman comblée et si fière. Je vous aime.

J'ai une pensée émue pour toi, Marwa, ma fille du ciel. Pas un jour ne passe sans que je ne pense à toi. Tu as fait de moi une maman pour la première fois. Je regrette de ne pas avoir eu la chance de te voir grandir et d'avoir pu prendre soin de toi mais ton passage dans ma vie m'a tant apporté. Grâce à toi, j'ai appris à distinguer l'essentiel du superficiel et j'ai appris à profiter de chaque instant. Sans ta survenue brève dans ma vie, je suis persuadée que je n'aurais pas cheminé de la même façon ni même été la même maman. J'ai vécu ce qu'il y a de plus terrible en te perdant mais en même temps je ne peux qu'être reconnaissante de ce que cette épreuve m'a appris. Je t'aime éternellement.

Je ne peux conclure ces remerciements sans adresser un grand merci à mes frères et sœurs pour leurs encouragements. J'ai conscience d'avoir été moins disponible ces derniers mois mais je sais que vous ne m'en tiendrez pas rigueur. Je vous souhaite à vous ainsi qu'à vos familles respectives, tout le bonheur possible.

Enfin, un grand merci à tous mes amis et collègues, qui m'ont soutenue, même de loin.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Table des matières | 1 |
| Liste des abréviations | 3 |
| Table des figures..... | 4 |
| Introduction | 6 |
| PARTIE I : TRAVAIL D'ENQUÊTE | 7 |
| 1 Présentation et construction de l'enquête..... | 8 |
| 1.1 Cible et Réalisation de l'enquête | 8 |
| 1.2 Limites de l'étude | 8 |
| 1.3 Analyse des résultats..... | 9 |
| 1.3.1 Composition et analyse de l'échantillon..... | 10 |
| 1.3.2 Définition de la parentalité selon l'échantillon..... | 13 |
| 1.3.3 La relation d'aide et d'accompagnement à l'officine | 21 |
| 1.3.4 Préoccupations des parents (tous répondants confondus) | 34 |
| 1.3.5 Connaissance sur le développement cérébral de l'enfant | 43 |
| 2 Synthèse | 46 |
| PARTIE II : TRAVAIL BIBLIOGRAPHIQUE..... | 47 |
| 1 La relation d'accompagnement à l'officine..... | 48 |
| 1.1 Qu'est-ce que l'accompagnement ?..... | 48 |
| 1.1.1 Définition de l'accompagnement | 48 |
| 1.1.2 Une posture « éthique »..... | 49 |
| 1.1.3 Une posture de « non-sachant » | 50 |
| 1.1.4 Une posture de « dialogue » | 50 |
| 1.1.5 Une posture d'« écoute »..... | 51 |
| 1.1.6 Une nouvelle logique sociale : individualisation et autonomisation | 51 |
| 1.2 La pharmacie d'officine : lieu propice à la communication et à l'écoute | 51 |
| 1.2.1 L'officine | 51 |
| 1.2.3 La pharmacie d'officine : lieu propice à l'accompagnement ?..... | 55 |
| 2 Écouter pour accompagner..... | 56 |
| 2.1 Le principe de la méthode..... | 56 |
| 2.2 Les outils utiles à l'écoute | 59 |
| 2.3 Les attitudes qui peuvent gêner l'écoute | 60 |
| 2.4 Les impératifs d'une bonne écoute | 61 |
| 3 Accompagner la parentalité..... | 62 |
| 3.1 La parentalité : qu'est-ce que c'est ?..... | 62 |
| 3.1.1 Les définitions de la parentalité dans les dictionnaires | 62 |
| 3.1.2 Les définitions du Conseil de l'Europe | 63 |
| 3.1.3 Définition donnée par le Comité national de soutien à la parentalité | 63 |
| 3.1.4 La parentalité selon Didier Houzel..... | 63 |
| 3.1.5 La parentalité : entre bonheur et doutes | 64 |
| 3.1.6 Être parent : s'affranchir des attentes et des idéaux sociétaux ?..... | 65 |
| 3.1.7 La confiance en soi au cœur du rôle de parent | 66 |
| 3.1.8 Suivre l'évolution naturelle de son enfant..... | 66 |
| 3.1.9 S'affranchir ou non du modèle parental hérité de ses propres parents | 67 |

| | | |
|-------|--|------------|
| 3.2 | L'écoute Rogérienne au service du cheminement du parent..... | 68 |
| 3.3 | La parentalité face à un enfant différent et/ou en situation d'handicap. | 70 |
| 3.3.1 | Enfants à besoins particuliers | 70 |
| 3.3.2 | Conséquences de ces différences pour l'enfant et sa famille : | 70 |
| 3.3.3 | Enfant imaginé vs enfant réel et lien d'attachement..... | 71 |
| 3.3.4 | Honte et culpabilité | 72 |
| 3.3.5 | Mécanismes de défense | 72 |
| 3.4 | Autour de la grossesse | 74 |
| 3.4.1 | Déroulement de la grossesse : entre angoisses, doutes et excitation | 75 |
| 3.4.2 | Place du père, naissance ou élargissement d'une famille, responsabilités | 75 |
| 3.4.3 | Allaitement et sevrage | 76 |
| 3.4.4 | Le baby blues | 76 |
| 3.4.5 | La dépression du post-partum | 78 |
| 3.5 | L'enfant | 81 |
| 3.5.1 | Les 1000 premiers jours de l'enfant | 81 |
| 3.5.2 | Sa construction psychique, affective, cognitive et sociale | 82 |
| 3.5.3 | Les besoins de l'enfant..... | 85 |
| 3.6 | Le rôle de l'environnement sur le développement du cerveau de l'enfant..... | 91 |
| 3.6.1 | Pendant la vie intra-utérine | 92 |
| 3.6.2 | Après la naissance | 92 |
| 3.6.3 | Principales conclusions sur le sujet | 93 |
| 3.7 | Les émotions..... | 94 |
| 3.7.1 | Définitions..... | 94 |
| 3.7.2 | Les émotions de base et leur expression chez le jeune enfant | 96 |
| 3.7.3 | Comment le parent peut aider son enfant à réguler ses émotions..... | 97 |
| 4 | Études de cas pratiques | 98 |
| 4.1 | Situations vécues par les parents..... | 98 |
| 4.1.1 | « Mon bébé ne fait pas ses nuits »..... | 98 |
| 4.1.2 | « Mon enfant ne veut pas manger » | 100 |
| 4.1.3 | « Mon enfant de 2 ans n'est pas encore propre » | 101 |
| 4.1.4 | « Mon enfant est jaloux du bébé » | 102 |
| 4.2 | Difficultés pouvant être rencontrées et pistes d'accompagnement | 103 |
| 4.2.1 | Le sentiment d'impuissance face à son adolescent | 103 |
| 4.2.2 | L'isolement | 104 |
| 4.2.3 | La peur de l'échec parental | 105 |
| 4.2.4 | Parentalité et culpabilité | 106 |
| 5 | Fiches-conseil..... | 109 |
| | Conclusion | 114 |
| | Bibliographie..... | 115 |
| | Annexe | 117 |
| | RESUMÉ | 144 |

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CESPHARM : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CREF : Centre de recherches en éducation et formation (unité de recherche habilitée – UR 1589 – de l'Université Paris Nanterre)

CSP : code la santé publique

HAS : Haute Autorité de Santé

LAEP : Lieu d'Accueil Enfants Parents

Loi HPST : loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

RGO : reflux gastro-œsophagien

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: Répartition des répondants (publics pharmaciens et patients) selon leur sexe | 10 |
| Figure 2: Répartition des patients selon leur sexe | 10 |
| Figure 3: Répartition des répondants selon leur âge | 10 |
| Figure 4: Répartition des patients selon leur âge | 11 |
| Figure 5: Répartition de l'ensemble des répondants selon le nombre d'enfants | 11 |
| Figure 6: Age des enfants de l'ensemble des répondants | 12 |
| Figure 7: Situation familiale des répondants | 12 |
| Figure 8: Environnement socio-économique des répondants | 13 |
| Figure 9: Plus de difficultés éducatives que les générations précédentes | 14 |
| Figure 10: Préoccupations majeures des parents | 15 |
| Figure 11: Quand la parentalité commence-t-elle ? | 16 |
| Figure 12: Apprendre à être parent | 17 |
| Figure 13: La définition de la parentalité | 18 |
| Figure 14: La naissance d'un enfant | 18 |
| Figure 15: Relation parent/enfant | 19 |
| Figure 16: La parentalité en 4 mots | 20 |
| Figure 17: Réponses aux questions de parentalité | 21 |
| Figure 18: Statut des répondants au questionnaire pharmaciens | 21 |
| Figure 19: Localisation de la pharmacie | 21 |
| Figure 20: Composition de l'équipe officinale | 22 |
| Figure 21: Définition de l'écoute active selon les pharmaciens interrogés | 22 |
| Figure 22: Confidences patients | 23 |
| Figure 23: Les patients se sentent-ils écoutés à la pharmacie ? | 24 |
| Figure 24: Sur quels sujets les patients se sentent-ils écoutés à l'officine | 24 |
| Figure 25: Le pharmacien se perçoit-il capable d'accompagner à la parentalité ? | 25 |
| Figure 26: Pour l'ensemble des répondants, la pharmacie est-elle un lieu propice de soutien et d'accompagnement pour les parents ? | 25 |
| Figure 27: Les pharmaciens reçoivent-ils des confidences de leurs patients sur la parentalité ? | 26 |
| Figure 28: Selon les pharmaciens, les critères importants pour que les patients se confient à eux | 26 |
| Figure 29: Les questions de parentalité à l'officine selon les patients | 27 |
| Figure 30: Les patients se confient-ils plutôt sur leurs difficultés avec leur enfant ? | 27 |
| Figure 31: Les patients trouvent-ils que c'est la relation de confiance avec leur pharmacien qui leur permet de confier leurs soucis concernant leurs enfants ? | 28 |
| Figure 32: Les confidences concernant la parentalité ont-elles pu déstabiliser le pharmacien ? | 28 |
| Figure 33: Les confidences déstabilisantes des patients | 29 |
| Figure 34: Les souhaits du patient, selon le pharmacien | 29 |
| Figure 35: En quoi le pharmacien se sent-il à l'aise ? | 30 |
| Figure 36: La formation | 31 |
| Figure 37: Les besoins en formation selon les pharmaciens | 32 |
| Figure 38: Les thèmes sur lesquels le pharmacien souhaiterait être formés pour comprendre la construction du parent et de l'enfant | 33 |
| Figure 39: Les parents comprennent-ils leur enfant ? | 34 |
| Figure 40: Quel enfant de la fratrie est le moins compris des parents ? | 35 |
| Figure 41: L'âge de l'incompréhension | 35 |
| Figure 42: Est-il facile pour le parent d'aider et d'accompagner son enfant ? | 36 |
| Figure 43: Quelles sont les préoccupations les plus fortes des parents ? | 37 |
| Figure 44: Quelles sont les raisons pour lesquelles le sommeil est une préoccupation pour le parent ? | 38 |

| | |
|--|----|
| Figure 45: Pourquoi l'élimination urinaire est une préoccupation | 40 |
| Figure 46: Pourquoi l'élimination digestive est une préoccupation..... | 40 |
| Figure 47: Pourquoi l'alimentation est une préoccupation | 41 |
| Figure 48: Les comportements de l'enfant qui rassurent le parent..... | 42 |
| Figure 49: Les parents se sentent-ils suffisamment outillés ? | 43 |
| Figure 50: Le contexte de la grossesse sur le développement de l'enfant | 44 |
| Figure 51: Le contexte familial a un impact sur le développement cérébral de l'enfant..... | 44 |
| Figure 52: Un adulte bienveillant aide au développement de l'enfant..... | 45 |
| Figure 53: L'impact des expériences difficiles de l'enfant sur son développement..... | 45 |
| Figure 54: Le développement du cerveau de l'enfant..... | 46 |
| Figure 55: Critères du patient pour le choix d'une officine..... | 56 |
| Figure 56: Surmonter le baby blues | 77 |
| Figure 57: Pyramide des besoins selon Maslow..... | 86 |
| Figure 58: Le modèle bidimensionnel du classement des émotions | 95 |
| Figure 59: Le modèle hiérarchique du classement des émotions..... | 95 |

Introduction

Devenir parent est un véritable chamboulement. Depuis la formulation du projet d'enfant jusqu' à sa conception puis sa naissance, le parent est submergé de questionnements et de sentiments divers.

Cette période, faite à la fois de bouleversements et de possibilités, peut être l'objet de tension, d'angoisse, de stress pouvant entraîner des états psychiques allant de troubles de l'humeur mineurs à des états de détresse. Les témoignages de parents évoquent souvent comment le bonheur et l'impatience d'être parents s'accompagnent aussi d'inquiétudes, de doutes d'interrogations face à l'inconnu.

De plus, le pharmacien d'officine, parmi les professionnels de santé que les Français côtoient le plus, n'est pas seulement le professionnel qui se charge de délivrer des médicaments à ses patients, il est de plus en plus un confident, une oreille attentive, à qui les patients se confient de plus en plus sur tous les sujets touchant leur vie privée notamment leurs difficultés liées à la parentalité.

Ce travail est basé en partie, sur mon expérience personnelle : j'ai fait une césure de 10 ans dans mon cursus universitaire au cours de laquelle j'ai eu 5 enfants et occupé le poste d'accueillante dans un LAEP (Lieu d'Accueil Enfant Parent , espace de convivialité, d'écoute, de jeux partagés et de parole qui favorisent la rencontre et l'échange entre enfants et parents – la règle étant l'anonymat et la confidentialité) ce qui m'a permis d'être confrontée à la majeure partie des problématiques que peuvent rencontrer les parents.

Dans un premier temps, nous analyserons les réponses collectées lors de l'enquête réalisée auprès des pharmaciens et leurs patients.

Puis la partie bibliographique de ce travail de thèse permettra de donner des pistes aux pharmaciens d'officine pour accompagner au mieux leurs patients-parents dans les sujets liés à la parentalité notamment pour les jeunes pharmaciens diplômés parfois démunis face aux problématiques parentales diverses des patients.

PARTIE I : TRAVAIL D'ENQUÊTE

1 Présentation et construction de l'enquête

1.1 Cible et Réalisation de l'enquête

L'enquête a été menée auprès de deux groupes de publics différents :

- Les pharmaciens et le personnel officinal :
 - L'enquête a été diffusée en format électronique (Google Forms) via le conseil régional des pharmaciens de la région Grand Est le 13 juin 2022.
 - Le questionnaire a été clôturé le 22 juillet 2022.
 - 88 réponses ont été reçues.
 - Toutes les réponses reçues étaient exploitables.

- Les patients :
 - L'enquête a été diffusée au format électronique (Google Forms) via le conseil régional des pharmaciens de la région Grand Est et par le Professeur Béatrice Faivre au sein de la faculté de pharmacie (affiche avec QR code que les pharmaciens devaient apposer dans leur officine) ainsi qu'en format papier dans 3 pharmacies de la région thionvilloise le 14 juin 2022.
 - Le questionnaire a été clôturé le 22 juillet 2022.
 - 40 réponses ont été reçues au total.
 - 8 questionnaires n'ont pas pu être pris en compte car inexploitables (questions sans réponses, pages entières non prises en compte par les répondants, ...)
 - 32 questionnaires ont donc été pris en compte pour cette étude.

Les deux questionnaires diffusés sont en annexe.

1.2 Limites de l'étude

En ce qui concerne le questionnaire-patient : les personnes ayant répondu à cette enquête sont celles qui ont eu connaissance de l'existence de ce questionnaire et/ou qui ont bien voulu consacrer du temps à y répondre.

Les personnes qui utilisent régulièrement internet pour leurs achats et qui se déplacent moins physiquement dans les commerces ont probablement été moins interrogées.

Les personnes pressées, qui ne passent dans la pharmacie que très rapidement, ont probablement moins rempli de questionnaires également.

Le faible taux de participation peut également s'expliquer par la période où s'est déroulée l'enquête (été) ; les patients étant statistiquement moins nombreux à se rendre à la pharmacie à cette période-ci de l'année.

En ce qui concerne le questionnaire-pharmacien : les personnes ayant répondu à cette enquête sont celles qui ont eu connaissance du courriel qui a été envoyé par le conseil de l'ordre (en général le pharmacien titulaire ou les pharmaciens adjoints), ce qui explique le fait que nous n'ayons aucune réponse d'étudiant ou de préparateur en pharmacie.

Compte tenu du (relatif) faible taux de participation, nous n'avons pas pu effectuer d'analyses statistiques poussées.

Cette étude n'ayant été réalisée qu'auprès des pharmacies du Grand Est, elle ne prétend pas exposer des données transposables à une autre population.

1.3 Analyse des résultats

La majorité des questions pour chacun des deux questionnaires étant similaire, l'analyse sera faite de manière globale la plupart du temps (pour certaines questions, il a néanmoins été nécessaire de faire la distinction entre les résultats « patients » et « pharmaciens »).

L'analyse sera faite de la manière suivante : pour chacune des différentes parties des questionnaires, nous ferons la restitution ainsi que l'interprétation des résultats ; par défaut, les résultats seront ceux des deux publics pris ensemble, lorsqu'il sera nécessaire de faire la distinction, cela sera précisé.

Certains croisements de données seront également faits lorsque ceux-ci auront été jugés pertinents.

L'enquête comportant de nombreuses questions à texte libre (les réponses n'étant pas fermées), celles-ci ne pourront pas être analysées quantitativement.

1.3.1 Composition et analyse de l'échantillon

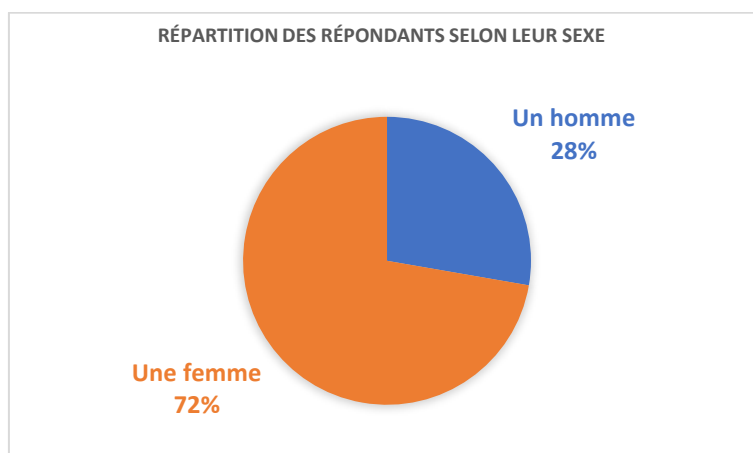


Figure 1: Répartition des répondants (publics pharmaciens et patients) selon leur sexe

L'échantillon de personnes ayant répondu pour notre enquête est composé d'une majorité de femmes.

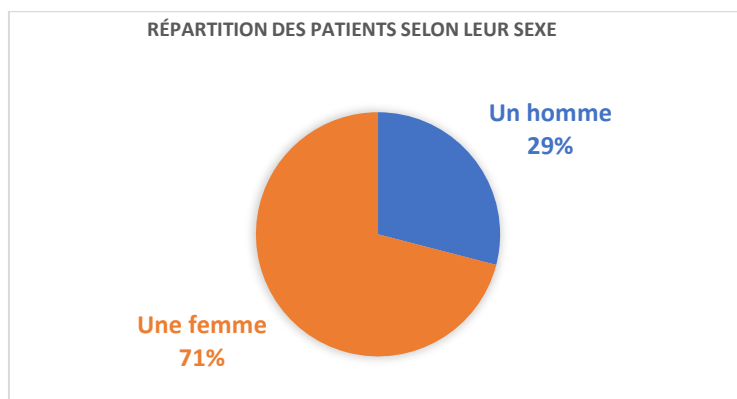


Figure 2: Répartition des patients selon leur sexe

Si nous faisons un focus sur les deux publics (pharmaciens et patients), nous retrouvons la même proportion : les femmes ont majoritairement répondu au questionnaire.

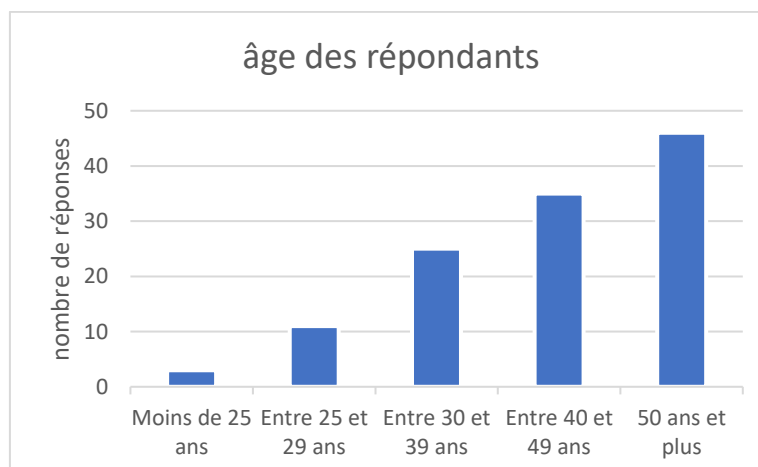


Figure 3: Répartition des répondants selon leur âge

Une majorité de répondants a plus de 40 ans, ceci s'explique à la fois par le mode de diffusion du questionnaire pharmacien pour lequel nous avons eu le plus de réponses, et qui a été diffusé par le conseil de l'ordre par mail : c'est le pharmacien titulaire qui le reçoit et le diffuse par la suite ; or statistiquement, l'âge moyen des pharmaciens titulaires en 2020 était de 46.8 ans (1).

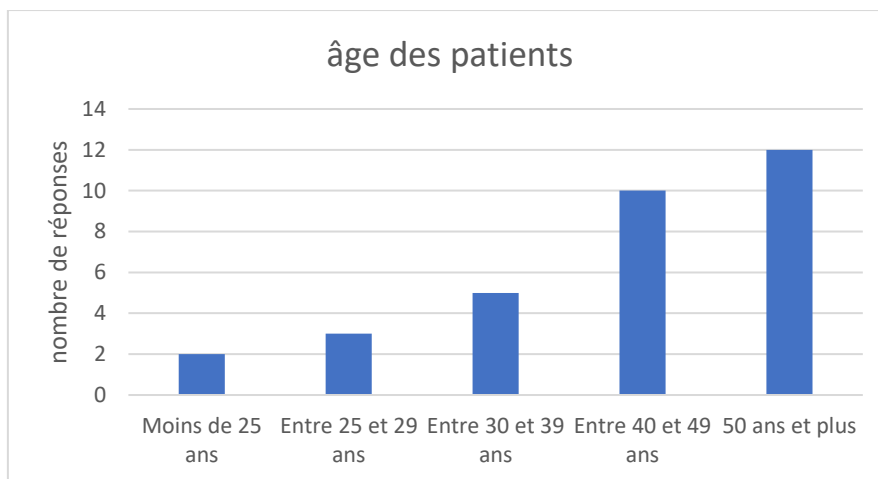


Figure 4: Répartition des patients selon leur âge

Et à la fois par l'analyse des réponses des patients où, là aussi nous remarquons qu'une majorité de répondants a plus de 40 ans, on peut donc en déduire que les patients d'âge 40-49 et 50+ se sentent concernés par les problématiques liées à la parentalité.

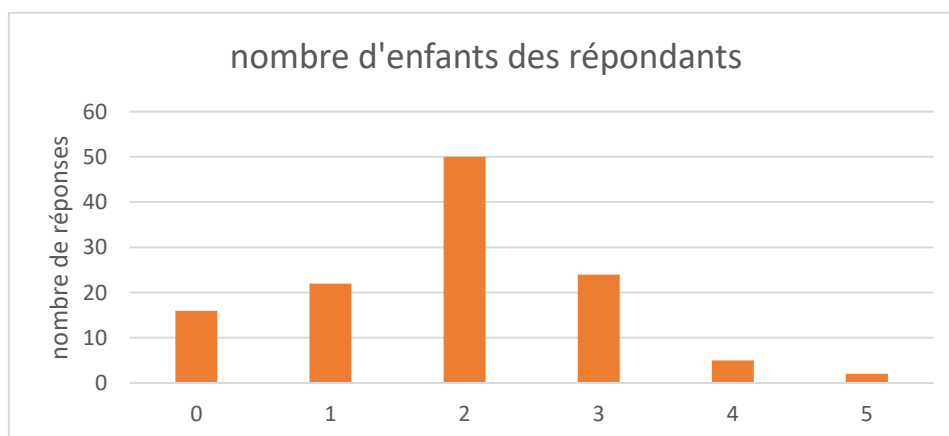


Figure 5: Répartition de l'ensemble des répondants selon le nombre d'enfants

Le nombre moyen d'enfants pour l'ensemble des répondants est de 2 ; ce qui correspond, lorsque l'on arrondi à la borne supérieure, à l'Indicateur Conjoncturel de Fécondité mesuré par l'INSEE en 2019 qui est de 1.87 (2).

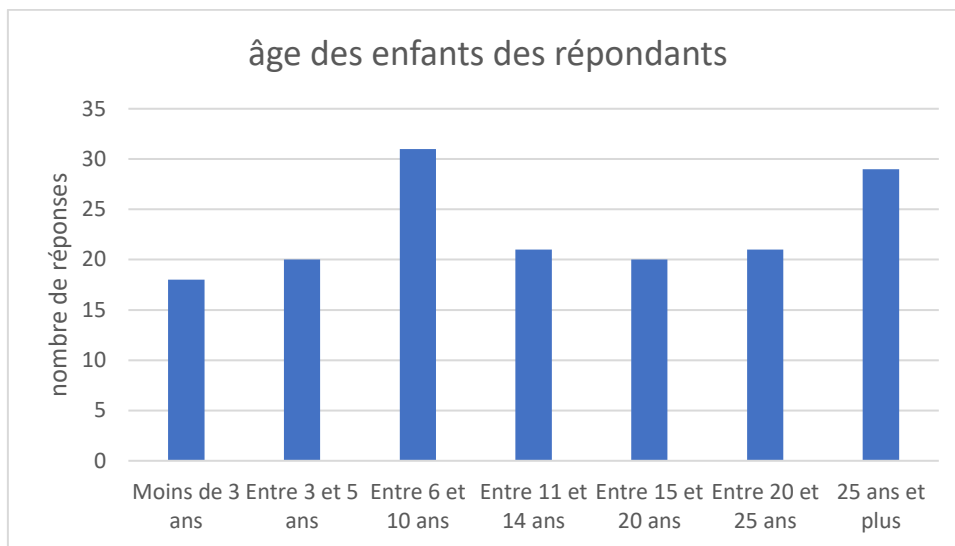


Figure 6: Age des enfants de l'ensemble des répondants

Dans l'échantillon nous avons une répartition assez uniforme des différentes tranches d'âge des enfants des personnes ayant répondu, permettant d'envisager des réponses concernant toutes les catégories de problèmes que peuvent rencontrer les parents d'aujourd'hui. L'analyse (non montrée ici) du lien entre cette question sur l'âge des enfants et l'âge des répondants, montre que les répondants de 40 ans et plus ont des enfants de toutes les catégories d'âge et que cette question de parentalité n'est pas dépendante de l'âge des enfants mais bien de l'âge des parents. L'interrogation quant au fait d'être parents est bien lié à une certaine maturité chez l'adulte parent.

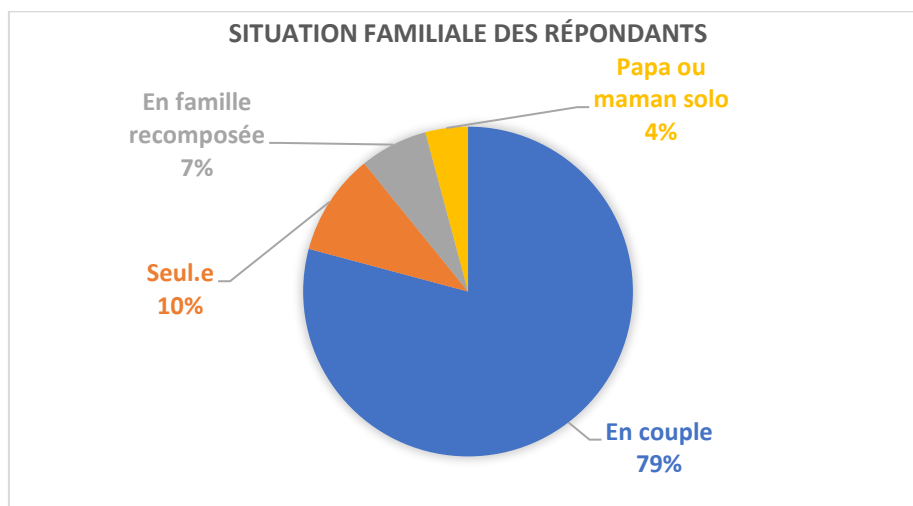


Figure 7: Situation familiale des répondants

Si nous faisons abstraction des personnes qui n'ont pas d'enfant et que nous nous focalisons uniquement sur les familles, notre échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population française d'après les chiffres de l'INSEE de septembre 2021 (3) :

L'étude de l'INSEE sur la répartition des différents types de famille en France en 2020 fait état de 66.3 % de familles dites « traditionnelles » c'est-à-dire un couple et les enfants issus de ce couple, 24.7% de familles monoparentales, c'est-à-dire un seul parent élevant seul son ou ses enfants et 9.0% de familles recomposées.

Dans notre enquête, la famille « dite traditionnelle » est représentée plus majoritairement (87,77%) que dans l'étude de l'INSEE, au détriment des familles recomposées (7,77 %) mais essentiellement des familles monoparentales (4,44%). L'analyse de nos réponses devrait donc en tenir compte.

A la question « comment définiriez-vous votre environnement socio-économique ? je subviens à mes besoins et/ou à ceux de ma famille :», une majorité de personne a répondu « facilement » ou « assez facilement », nous sommes donc sur un échantillon qui n'a pas de difficultés financières particulières.

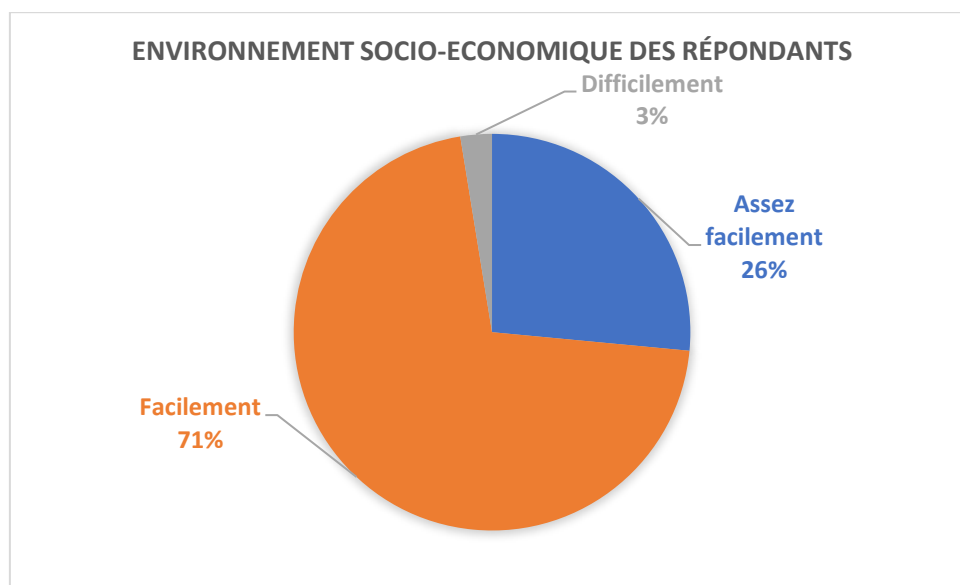


Figure 8: Environnement socio-économique des répondants

Concernant les 3% en situation difficile, cela ne concerne que des patients et l'observation de leur situation montre que ni l'âge, ni le nombre d'enfant, ni la situation familiale ne peuvent être corrélés à leur ressenti socio-économique.

1.3.2 Définition de la parentalité selon l'échantillon

A la question « Pensez-vous que les parents d'aujourd'hui rencontrent, avec leurs enfants, plus de difficultés que les générations précédentes ? », voici ce qu'a répondu l'échantillon :

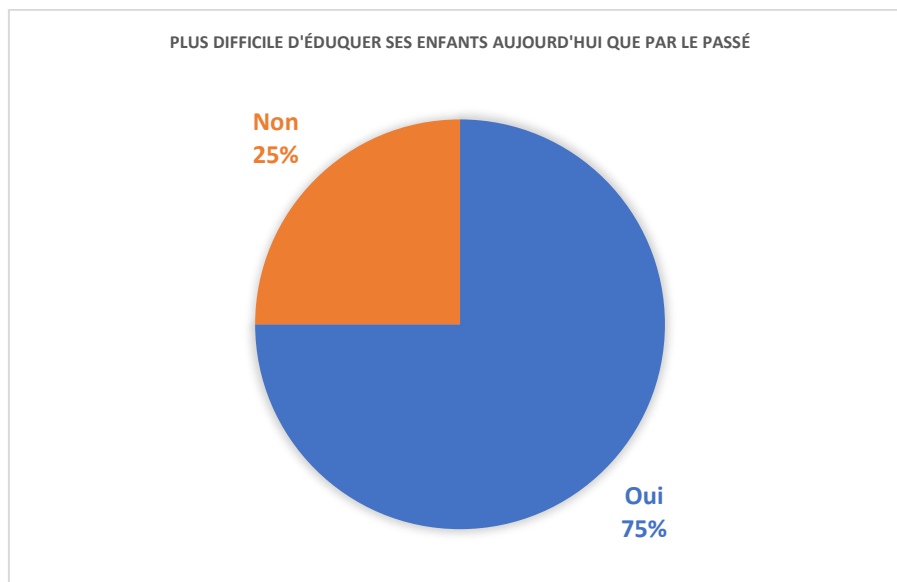


Figure 9: Plus de difficultés éducatives que les générations précédentes

Les parents qui ont répondu ont la perception, dans leur grande majorité, qu'il est plus difficile d'élever des enfants de nos jours que par le passé (et ce n'est qu'une croyance puisque dans le passé ils n'étaient pas parents - ils croient que leurs propres parents n'ont pas eu autant de difficultés que ça à les élever eux-mêmes); ceci peut être en partie expliqué en mettant en perspective ce résultat avec les réponses obtenues à la question concernant les comportements de l'enfant qui sont ou ont été préoccupants pour les parents :

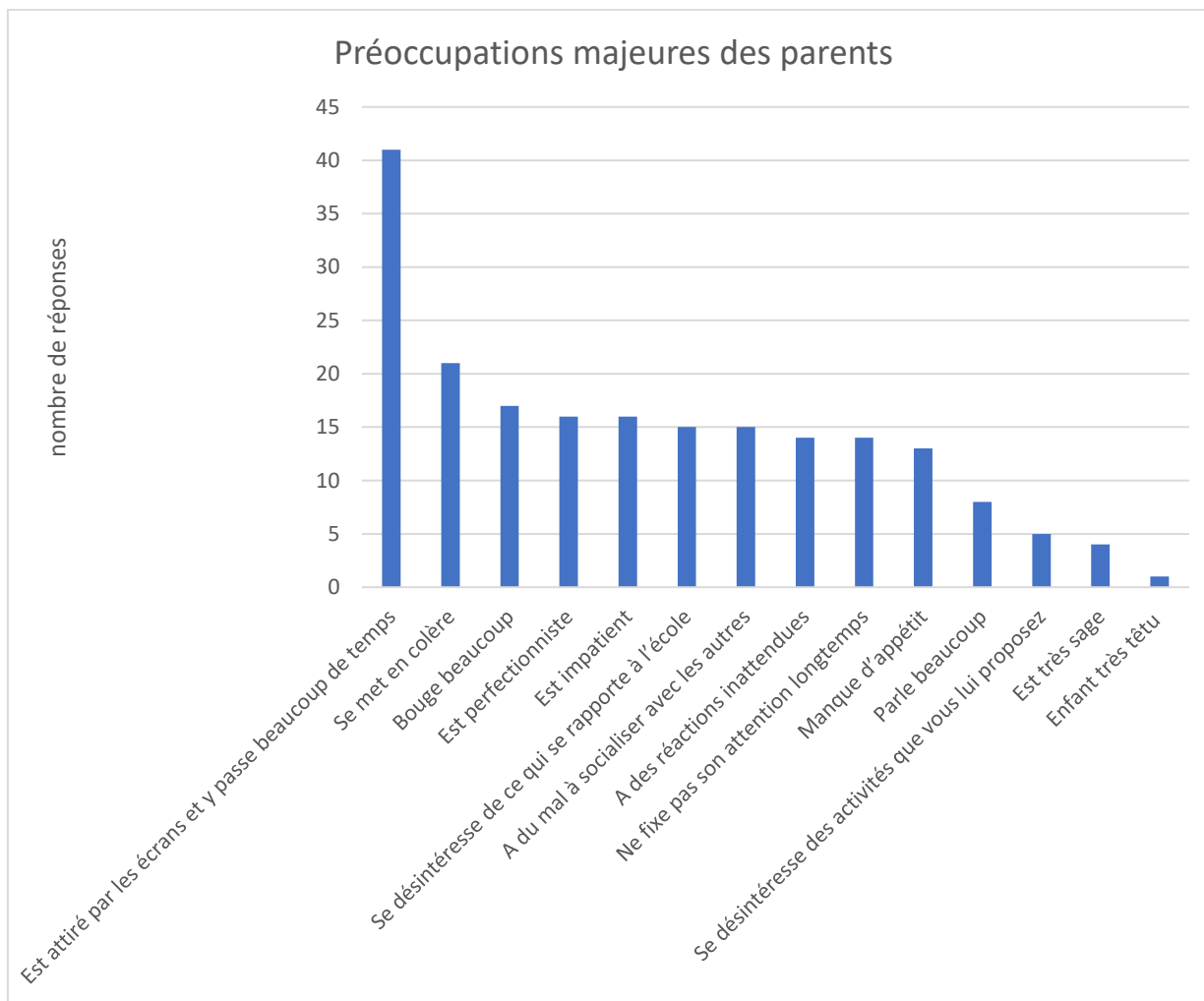


Figure 10: Préoccupations majeures des parents

La préoccupation majeure des parents d'aujourd'hui est liée à l'« hyperconnectivité » de la société actuelle : hyperconnectivité qui n'existait pas lors de l'enfance des plus de 40 ans, en effet il y a 25 ans, les technologies ne faisant qu'émerger à cette époque.

Les écrans sont partout à présent et certaines personnes en sont littéralement addictes ; une étude de la faculté de médecine de la Sorbonne (4) montre que le temps moyen passé devant les écrans par jour et en dehors du travail pour un adulte en France en 2020 était de 5h07, alors qu'il était de 3h10 en 2010. Cette étude montre également que les enfants entre 4 et 14 ans passent en moyenne 3h par jour devant les écrans et qu'ils ont en moyenne 10 écrans à leur disposition (téléphone portable, télévision, tablette, écran d'ordinateur, etc.).

Concernant la colère, nombreux parents sont préoccupés que leur enfant puisse la manifester. Il est important de rappeler que les plus de 40 ans sont issus d'une éducation souvent plus rigide, autoritaire où très souvent l'enfant n'était pas considéré comme une personne et n'avait aucun droit d'exprimer ses besoins, envies, goûts etc...

Ici la colère peut être vue comme une réponse à un conflit de génération, à une réponse de l'enfant à avoir le droit de mettre ses limites, d'imposer ses choix en tant qu'individu ayant des droits légitimes face au besoin du parent à élever son enfant à l'identique de ce qu'il a vécu, c'est-à-dire en tant que parent, prioritaire dans ses droits et besoins avant ceux de l'enfant. Ceci peut se comprendre et s'expliquer car on peut supposer que le parent se dise « *quand est-ce que c'est mon tour, quand est-ce que mes droits et mes besoins seront respectés ?* ». Quand il était enfant, ses besoins n'étaient pas respectés, et si maintenant qu'il est adulte il doit faire passer son enfant avant lui, la frustration devient trop grande et la solution inconsciente est de reproduire le modèle d'éducation qu'il a connu.

Concernant les autres items, ils concernent le comportement, l'attitude de l'enfant dans sa manière de faire et d'être. Certains parents s'interpellent sur ces comportements de l'enfant, le jugent positivement ou négativement.

On peut penser que le comportement de l'enfant interroge le parent par comparaison à une normalité, à des émissions, à des lectures ou autres ayant pu mettre un focus sur le danger pour l'avenir de l'enfant d'un tel comportement, par rapport au qu'en dira-t-on, etc...

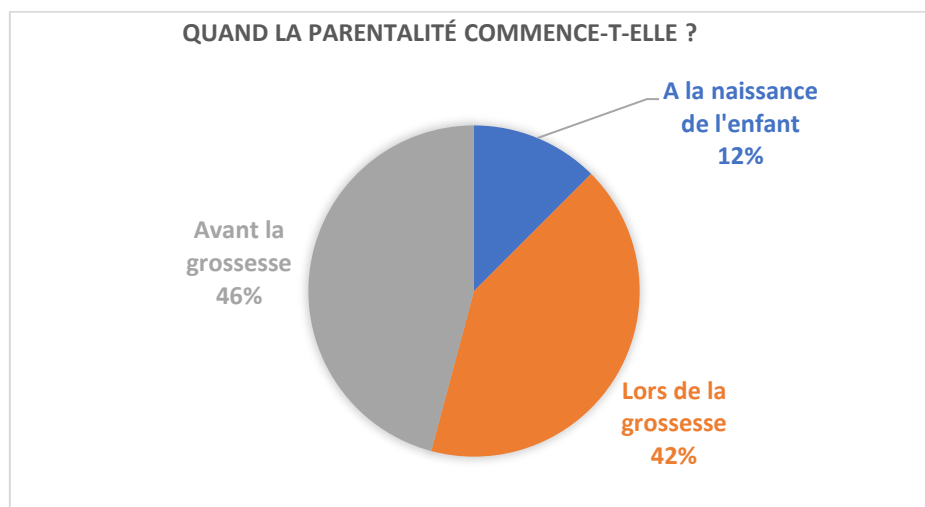


Figure 11: Quand la parentalité commence-t-elle ?

Pour les personnes interrogées, la parentalité commence, pour la majorité d'entre elles (88%), avant l'arrivée de l'enfant ; ce résultat est très intéressant car il démontre que certaines personnes se considèrent comme « parent » dès lors qu'elles ont l'envie de concevoir un enfant (46 % des personnes interrogées ayant répondu « avant la grossesse » à la question « selon vous, quand commence la parentalité ? »). Il est intéressant de constater que ces répondants ont tous plus de 40 ans, montrant que pour un adulte mature, être parent est un réel projet avec davantage de conscience et de questionnement sur la responsabilité et les devoirs que cela implique.

Sur 14 patients ayant répondu avant la grossesse, 5 sont des hommes (4 de plus de 50 ans et 1 de plus de 40 ans), et 9 sont des femmes, 1 de moins de 25 ans, 2 de plus de 25 ans, 2 de plus de 30 ans, 2 de plus de 40 ans, 2 de plus de 50 ans).

Sur 41 professionnels de santé en officine ayant répondu avant la grossesse, 29 sont des femmes (13 de plus de 50ans, 5 de plus de 40 ans, 5 de plus de 30 ans, 5 de plus de 25 ans, 1 moins de 25 ans) et 12 hommes (2 de plus de 50 ans, 6 de plus de 40 ans, 3 de plus de 30 ans, 1 de plus de 25ans).

Si l'on considère la pyramide des âges, on constate que tous les âges et genres sont conscients que la parentalité commence avant la grossesse, dénotant davantage une prise de conscience collective et sociétale que personnelle en 2022.

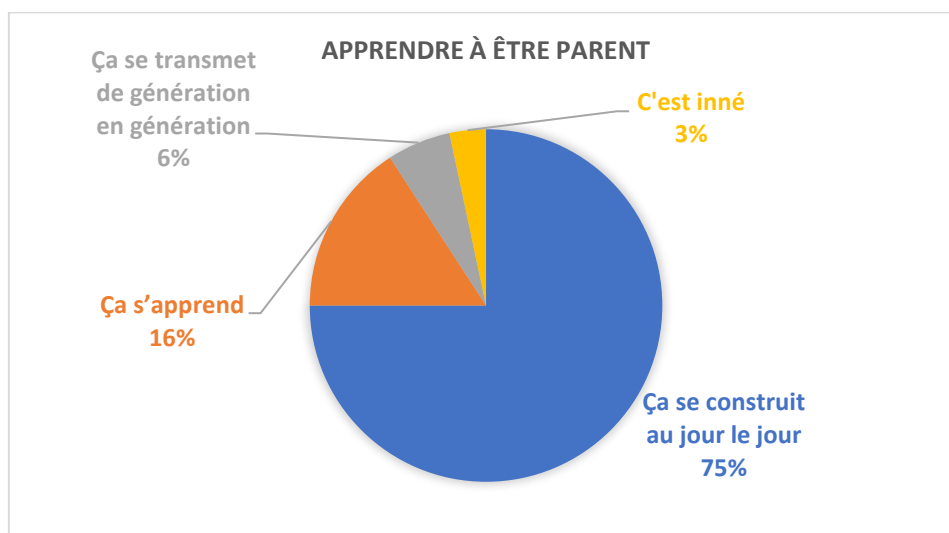


Figure 12: Apprendre à être parent

La majorité des répondants estime que la parentalité n'est pas innée (97 %) : on apprend à devenir parent, ce qui veut dire que les capacités à faire face aux préoccupations dues à la parentalité peuvent être acquises tout au long de la croissance de l'enfant. Dans cet apprentissage, le pharmacien peut être d'une grande aide comme nous le verrons par la suite.

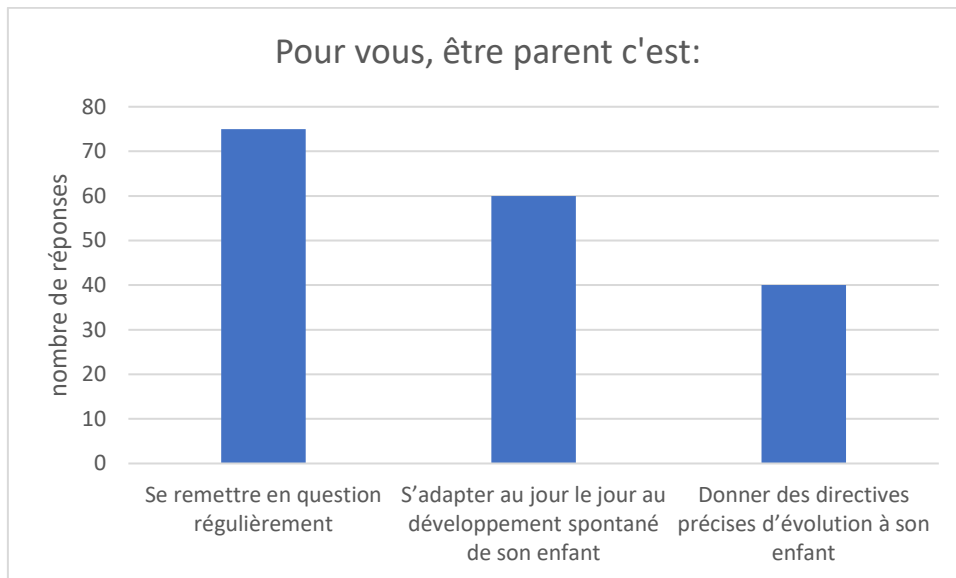


Figure 13: La définition de la parentalité

Si nous mettons en perspective la question concernant la définition de la parentalité avec l'âge des enfants des répondants nous obtenons les résultats suivants :

- la majorité des parents pour qui être parent c'est se remettre en question régulièrement (68 %), ont déjà des enfants adolescents ;
- pour les patients hommes, 90% le conçoivent ainsi, 60% pour les femmes ;
- en ce qui concerne les professionnels - officinaux, la remise en question concerne 43% des hommes et 40% des femmes : ces chiffres démontrent que le contexte professionnel aurait un impact fort sur la capacité à se remettre en question et que pour les femmes, globalement, cela serait moins facile ;
- Les parents pour qui être parent c'est donner des directives précises à son enfant sont, dans leur grande majorité, des parents d'enfants « adultes » (20 ans et plus) : 71 %.

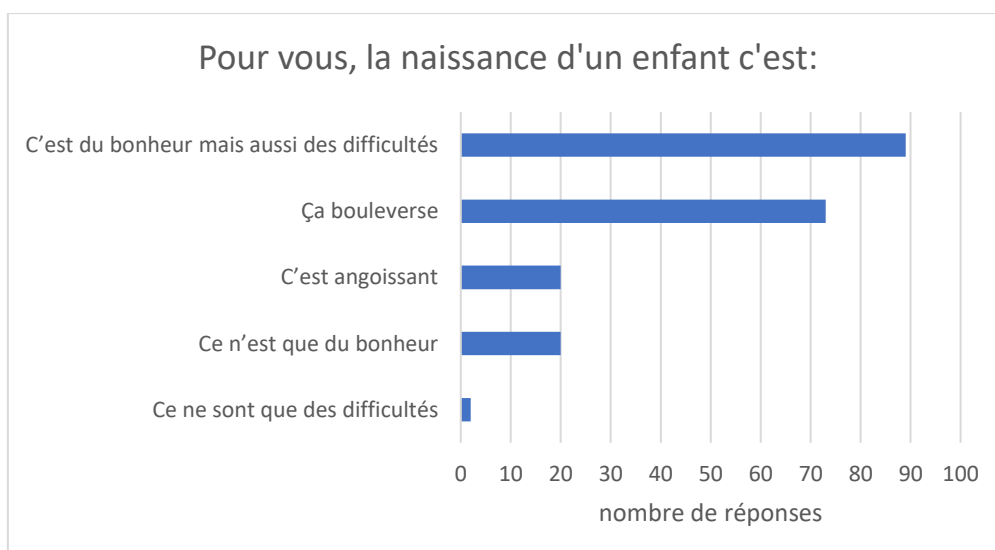


Figure 14: La naissance d'un enfant

La grande majorité des parents font également état de difficultés et d'un bouleversement suite à l'arrivée d'un nouveau-né. Certains vont jusqu'à exprimer l'angoisse que cela fait émerger en eux. Ces parents seraient probablement intéressés par une écoute et un accompagnement (comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des parents estimant que la parentalité « ça s'apprend »).

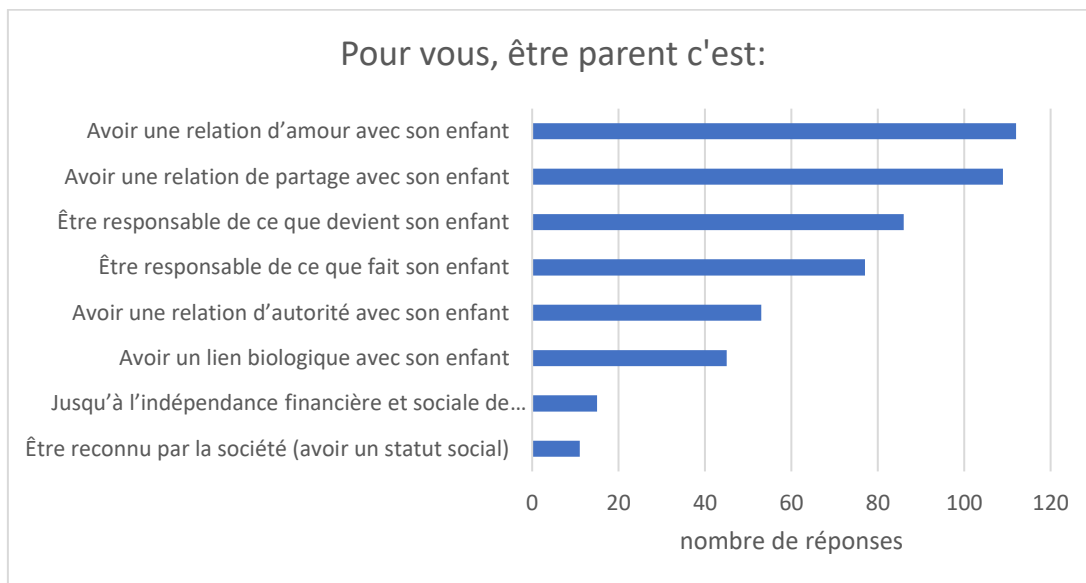


Figure 15: Relation parent/enfant

La figure 15 précise que la majorité des parents voit une relation d'amour et de partage avec leur enfant mais que cette relation de cœur est contrebalancée par une relation de peur quant à son avenir : ce qu'il va devenir, ce qu'il va faire et donc ce dont le parent va être responsable. Ainsi la relation de cœur se voit entachée par une relation d'autorité pour plus de la moitié, donc potentiellement avec un rapport de force ou de pouvoir sur l'enfant jusqu'à son autonomie financière et sociale.

Pour quelques personnes, avoir un enfant rentre dans une obligation sociétale qui leur permet d'avoir un statut dans la société et pour quelques autres, la relation est vue comme biologique uniquement. Pour ces parents, l'enfant n'était peut-être pas souhaité, le lien affectif n'est peut-être pas présent. Ils auront peut-être besoin d'être écoutés et accompagnés sans jugement quant à l'absence de ce lien ou de cette envie profonde.

L'image qu'ont les personnes de la parentalité est dans son ensemble relative au bonheur, à la joie et également beaucoup à l'éducation. Ceci est cohérent aux réponses reçues à la question « définissez en 4 mots ce qu'est la parentalité pour vous » :

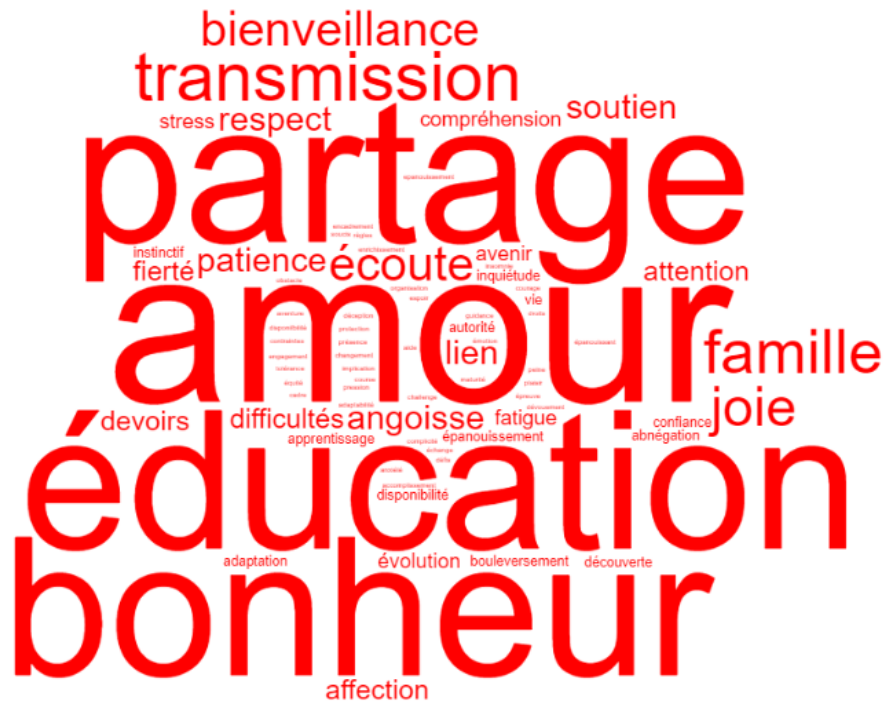


Figure 16: La parentalité en 4 mots

L'analyse des mots utilisés par les répondants (figure 16) souligne l'importance de la relation émotionnelle à travers les mots les plus fréquemment cités qui sont : « partage », « amour », « bonheur », auquel on peut ajouter « joie », « bienveillance », « patience », « affection », « lien », « compréhension », « respect », « attention ». Il est également à noter que le mot « éducation » revient avec la même fréquence que les trois premiers mots. Il aurait été intéressant de faire définir ce terme aux parents.

À cela s'ajoute massivement le mot « transmission » soulignant l'importance voire le souci pour certains parents de devoir transmettre à leur enfant quelque chose d'eux-mêmes, de leur lignée ou autre. Cette idée est renforcée par la présence des mots « famille », « fierté » à travers lesquels on peut entendre qu'il y a des attentes personnelles, familiales sur l'enfant.

Dans une plus petite mesure, les mots « bouleversement », « difficulté », « angoisse », « fatigue », « stress » et « inquiétude » ont été cités.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la parentalité demande au parent un aménagement psychique et affectif pour parvenir à répondre à la fois :

- aux besoins de l'enfant qui est entièrement dépendant de son parent dans ses premières années de vie ;
- à ses propres croyances selon lesquelles il doit nécessairement lui transmettre quelque chose ;
- à ses propres attentes concernant l'enfant.

Ainsi la parentalité devient un combat pour le parent souhaitant avoir une relation de cœur avec son enfant mais étant envahi par des peurs qui très souvent imposent leur loi.

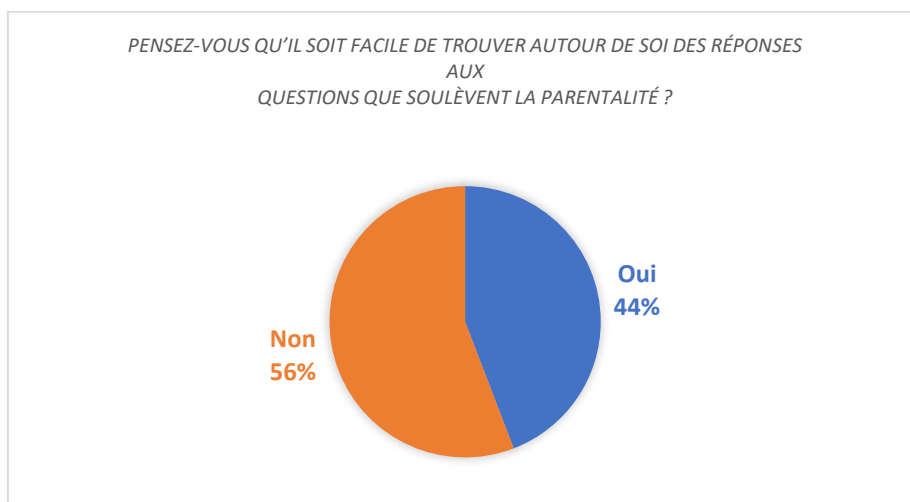


Figure 17: Réponses aux questions de parentalité

Plus de la moitié des répondants estime qu'il n'est pas aisé de trouver des réponses aux questions que soulèvent la parentalité ; ceci est une donnée importante sur laquelle nous reviendrons plus tard et qui peut se comprendre au vu de notre analyse ci-dessus, les parents et la société en général n'ayant pas conscience de ce combat intérieur.

1.3.3 La relation d'aide et d'accompagnement à l'officine

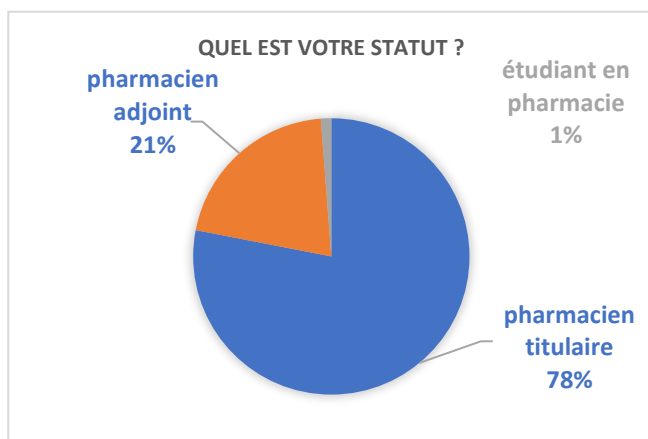


Figure 18: Statut des répondants au questionnaire pharmaciens

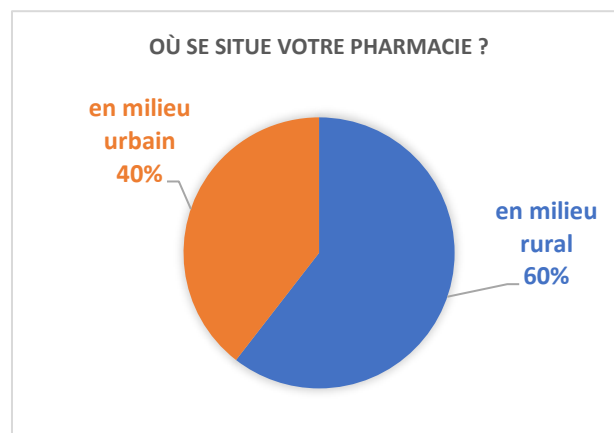


Figure 19: Localisation de la pharmacie

L'échantillon « pharmacien » est constitué en grande majorité de pharmaciens (titulaires ou adjoints) et exerçant dans des pharmacies qui sont pour la majorité, situées en milieu rural (60%). Les pharmacies de ville sont quand même représentées dans une proportion conséquente 40%.

Toutes les tailles de pharmacie sont représentées, de la pharmacie qui comprend un pharmacien à celles qui sont constituées de plusieurs pharmaciens et plusieurs collaborateurs.

Majoritairement les réponses sont issues de grosses pharmacies avec au moins deux pharmaciens (73% des réponses) pour 27% des réponses de pharmacie avec un seul diplôme de pharmacien.

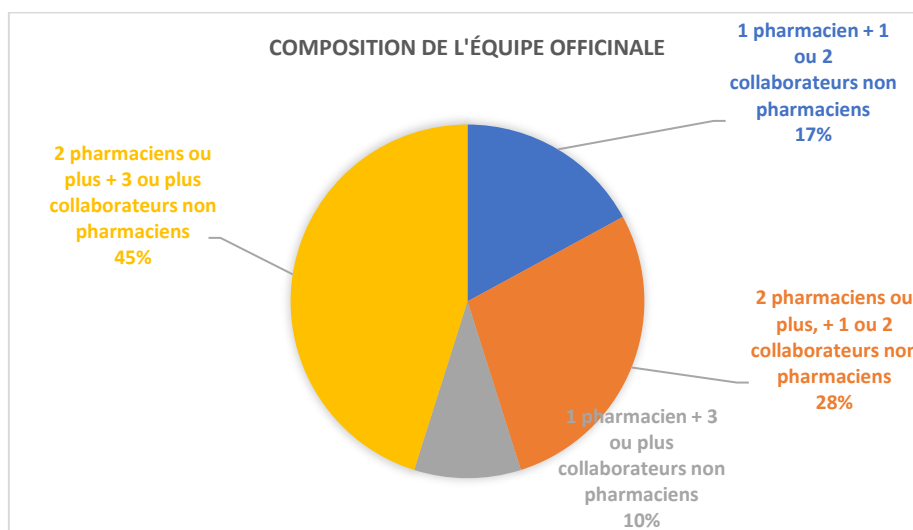


Figure 20: Composition de l'équipe officinale

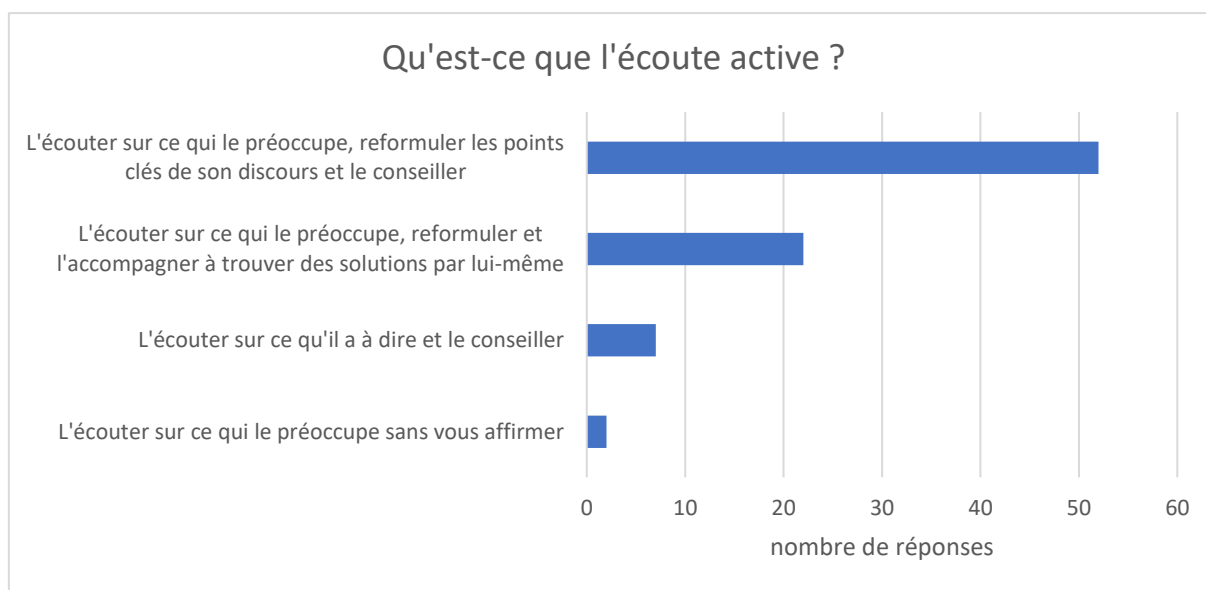


Figure 21: Définition de l'écoute active selon les pharmaciens interrogés

La grande majorité des pharmaciens a bien compris le concept de l'écoute active (dont nous reparlerons plus loin) au détail près que l'objectif de l'écoute active est d'amener celui que l'on écoute à trouver des solutions par lui-même et non pas à le conseiller. Or le conseil est devenu indissociable du métier de pharmacien et il est enseigné comme tel. Ainsi environ 70% des répondants mentionnent le besoin de conseiller lors de l'écoute active.

Environ 25% seulement des pharmaciens ont pleinement compris cette notion d'écoute active.

Deux répondants masculins pharmaciens, de plus de 50 ans avec des enfants de plus de 20 ans, ont mentionné une écoute sans s'affirmer alors qu'ils se sentent à l'aise dans l'écoute mais pour l'un il n'a pas été facile de comprendre les comportements et réactions de sa fille adolescente et ne se sent pas assez formé, et dans les deux cas, il n'a pas été facile pour eux d'accompagner leur enfant lors de ses difficultés. Cette analyse de l'ensemble de leurs réponses peut laisser supposer une connaissance voire compréhension insuffisante sur ce sujet pour savoir comment accompagner les patients dans ce contexte.

Ainsi concernant le conseil, cela demandera au pharmacien une petite gymnastique de discernement quand il s'agira d'écouter les patients sur des questions qui ne sont pas directement liées à la dispensation d'un médicament ou d'un dispositif médical. Cette méthode d'écoute active étant considérée par la Haute Autorité de Santé française comme un outil d'amélioration des pratiques professionnelles pour la préservation de la santé et la gestion des risques (5), les pharmaciens ont tout intérêt à s'en saisir (s'ils ne la connaissent pas déjà) et à l'appliquer avec discernement afin d'accompagner leurs patients qui, comme le prouvent les réponses suivantes, sont disposés à 87% d'après leur perception à se confier à eux sur toutes sortes de difficultés y compris en lien avec la parentalité.

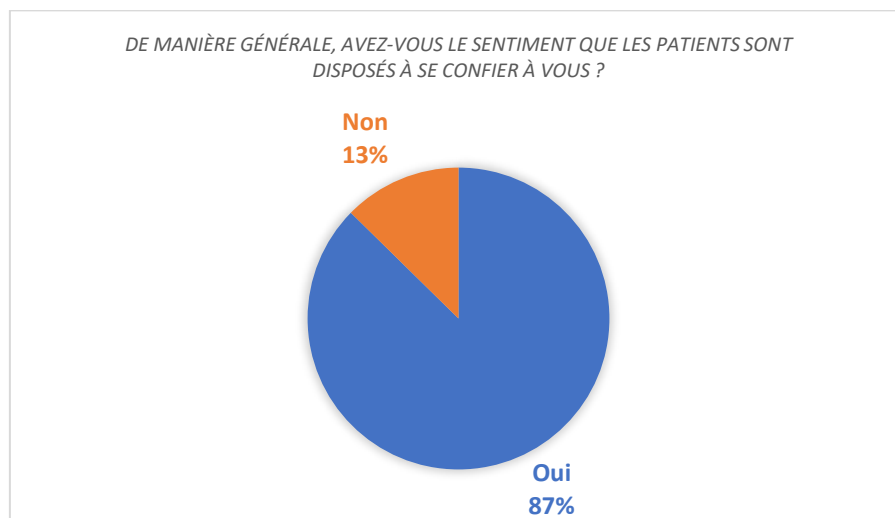


Figure 22: Confidences patients

Si nous nous plaçons du point de vue des patients, ces derniers confirment et même renforcent cette réponse puisqu'ils estiment à 94% qu'ils se sentent écoutés par leur pharmacien :

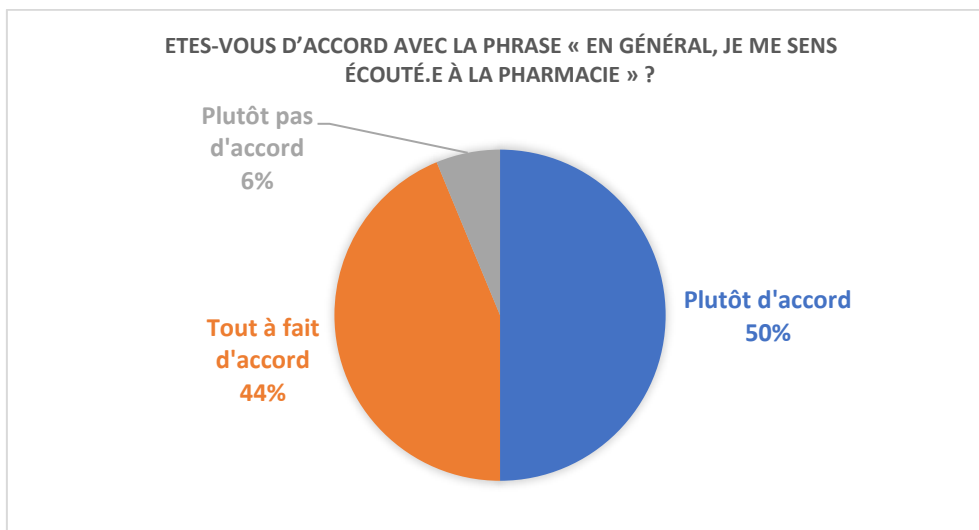


Figure 23: Les patients se sentent-ils écoutés à la pharmacie ?

Le fait que les patients se sentent écoutés à la pharmacie est un atout indéniable pour pouvoir envisager que le pharmacien accompagne ses patients sur leurs problématiques personnelles liées à la parentalité.

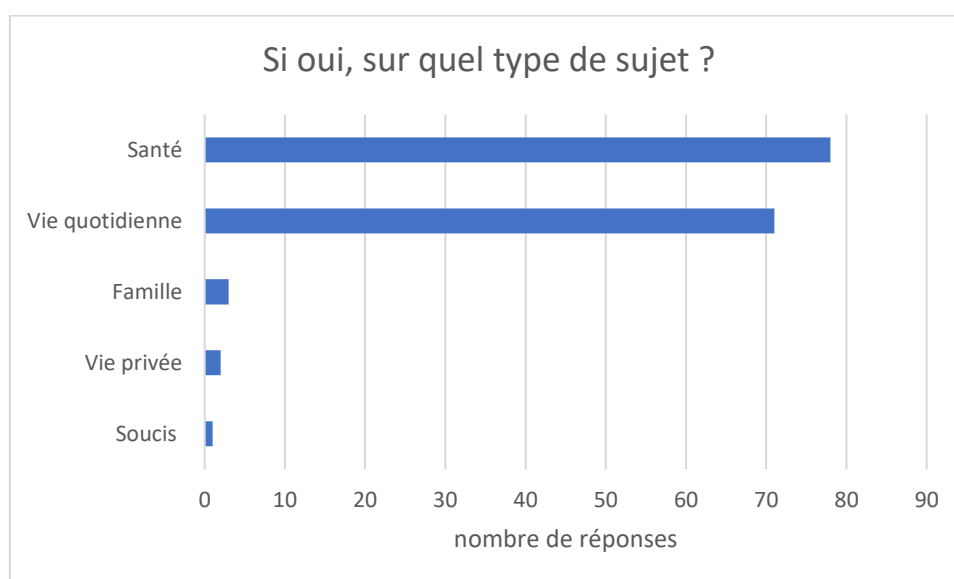


Figure 24: Sur quels sujets les patients se sentent-ils écoutés à l'officine

Selon les patients interrogés, le sujet numéro 1 sur lequel ils se confient est la santé, ce qui a du sens dans la mesure où le pharmacien est un professionnel de santé ; vient ensuite la vie quotidienne ; là encore c'est un résultat qui est facilement interprétable : la pharmacie est un des rares services qui ne soit pas « digitalisé », c'est un endroit qui favorise le contact humain et la communication spontanée et sans rendez-vous.

Cependant la définition de la vie quotidienne pour les patients est très large et n'engloberait pas la parentalité comme le démontre le très faible nombre de réponses positives quant à la possibilité de se confier sur sa famille ou sa vie privée.

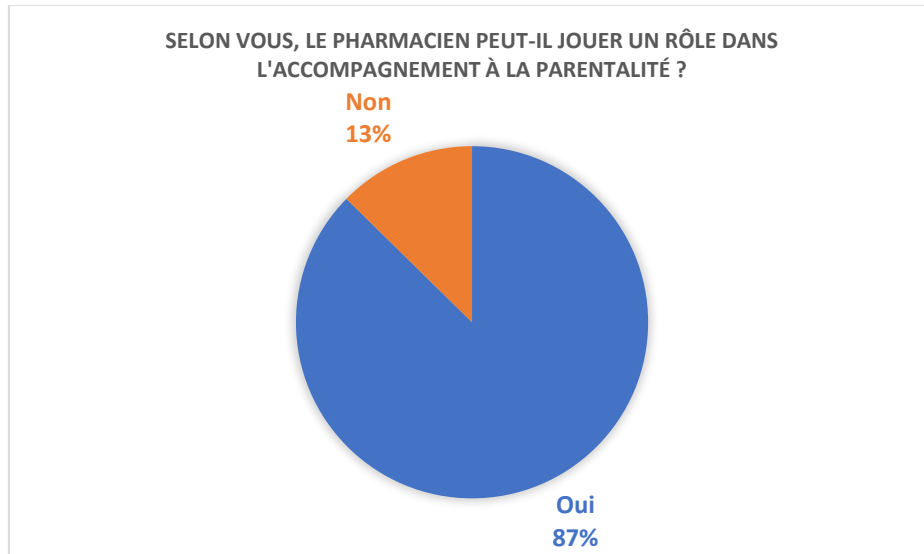


Figure 25: Le pharmacien se perçoit-il capable d'accompagner à la parentalité ?

A cette question, 87 % des pharmaciens estiment que le pharmacien peut jouer un rôle dans l'accompagnement à la parentalité ; il a toute légitimité à le faire car, nous l'avons vu, les patients sont disposés à se confier à lui majoritairement sur des sujets de santé et de vie quotidienne et le pharmacien est l'un des professionnels de santé que les parents sont le plus amenés à côtoyer (avec le pédiatre ou le médecin de famille).

Cet avis est confirmé par les patients (figure 26) qui estiment à 73 % que la pharmacie est un lieu propice d'accompagnement et de soutien dans leur rôle de parents :

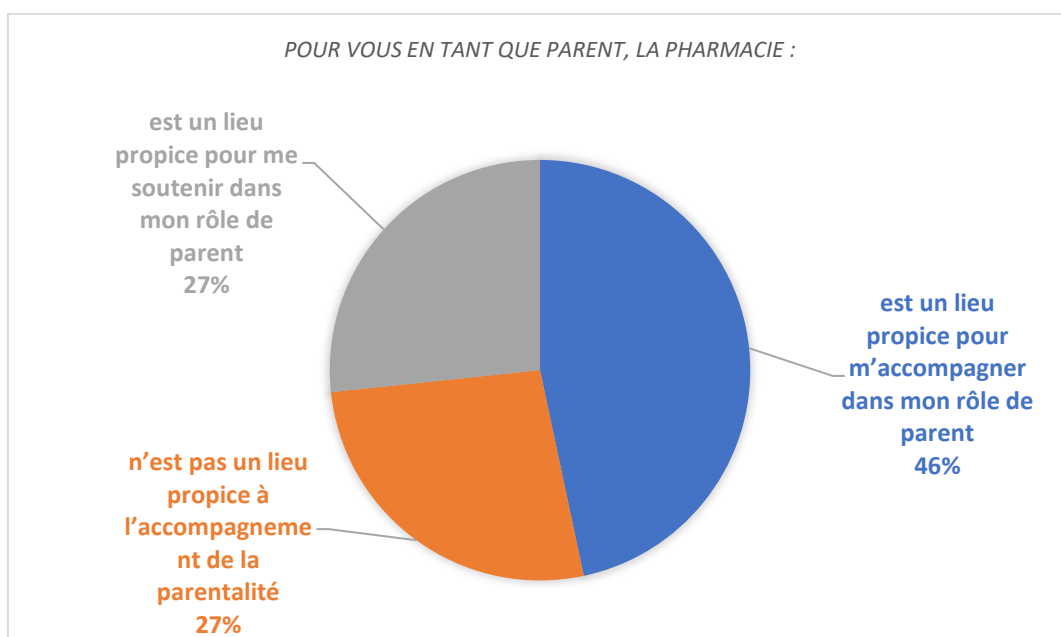


Figure 26: Pour l'ensemble des répondants, la pharmacie est-elle un lieu propice de soutien et d'accompagnement pour les parents ?

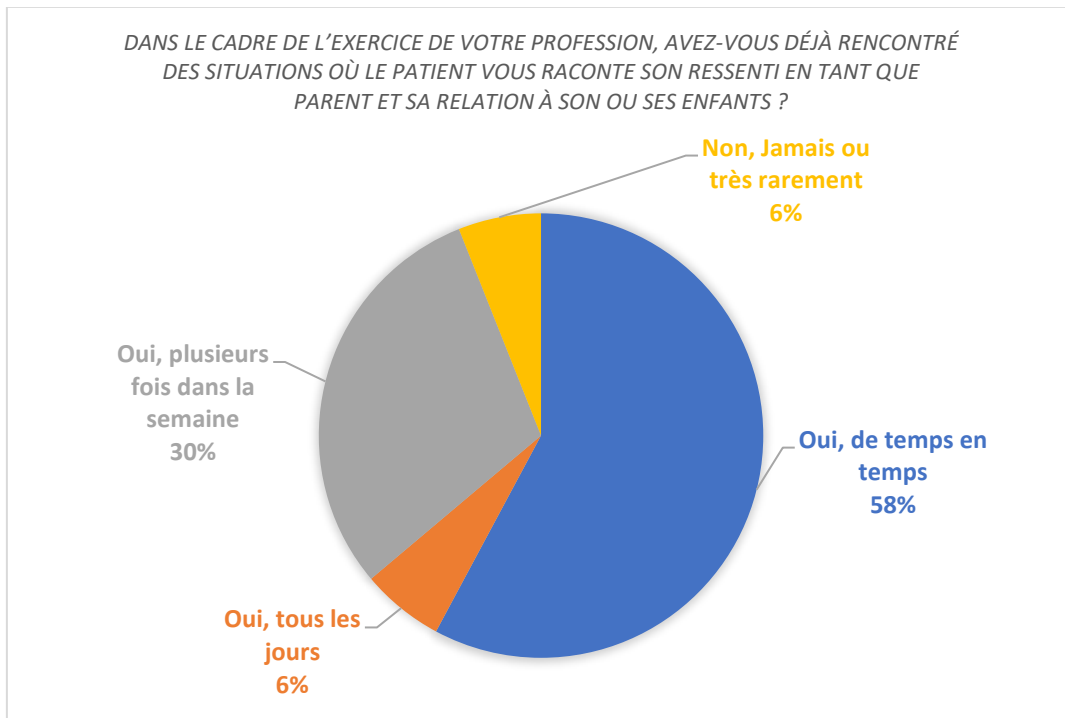


Figure 27: Les pharmaciens reçoivent-ils des confidences de leurs patients sur la parentalité ?

Selon les pharmaciens, leurs patients, à 94 %, se confient ou se sont déjà confiés à eux sur des sujets autour de la parentalité et plusieurs facteurs favoriseraient ces confidences : la confiance établie entre eux ou vis-à-vis de cette profession serait l'élément majeur. Puis leur disponibilité et leur écoute sont les éléments qui reviennent le plus souvent (figure 28). Établir une relation discrète avec empathie semble également pour les pharmaciens une compétence importante. Plus rarement mais néanmoins cités, l'ouverture et l'accessibilité ont également été cités par quelques pharmaciens.



Figure 28: Selon les pharmaciens, les critères importants pour que les patients se confient à eux

Plus de la moitié des patients interrogés (figures 29 et 30) ont déjà abordé à la pharmacie des questions qu'ils se posaient en tant que parents, mais seulement dans 46% des cas lorsqu'ils rencontraient des difficultés avec leurs enfants :

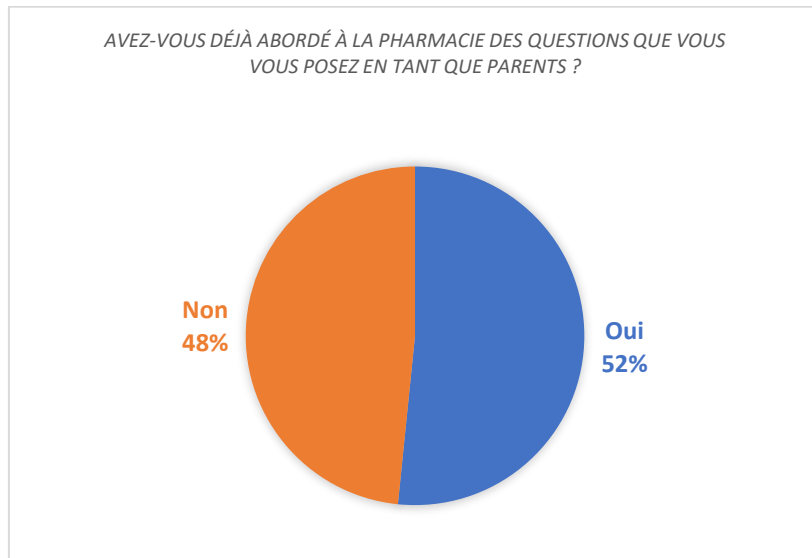


Figure 29: Les questions de parentalité à l'officine selon les patients

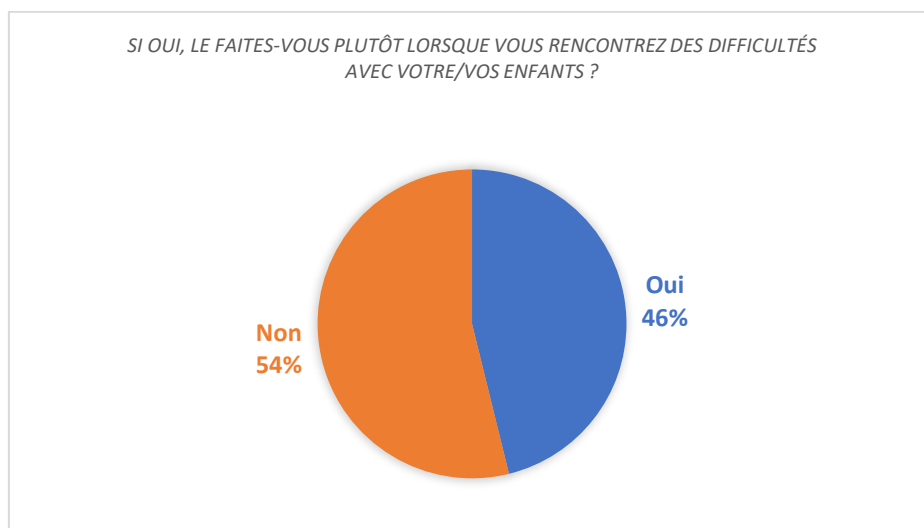


Figure 30: Les patients se confient-ils plutôt sur leurs difficultés avec leur enfant ?

Les patients confirment à 86% que c'est la relation de confiance avec leur pharmacien qui favorise leur confiance sur les sujets autour de leur parentalité :

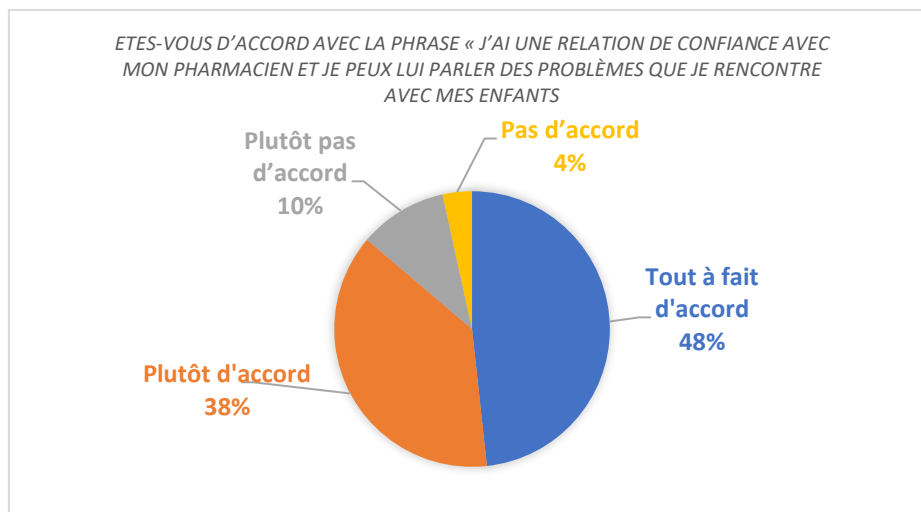


Figure 31: Les patients trouvent-ils que c'est la relation de confiance avec leur pharmacien qui leur permet de confier leurs soucis concernant leurs enfants ?

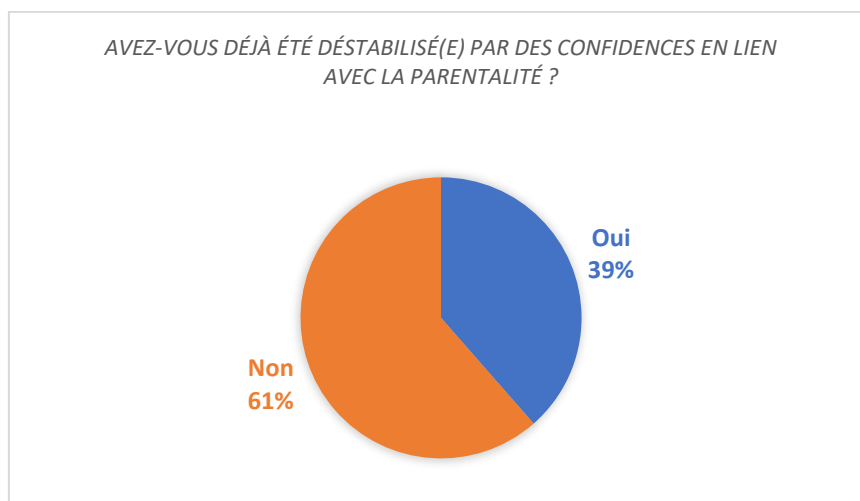


Figure 32: Les confidences concernant la parentalité ont-elles pu déstabiliser le pharmacien ?

Plus d'un tiers des pharmaciens a déjà été déstabilisé par des confidences de leurs patients en lien avec la parentalité. L'analyse lexicale des sujets de ces confidences (figure 33), montrent que le pharmacien a été confronté le plus souvent à des partages concernant le quotidien de leur patient face à des pathologies lourdes (incluant handicap physique lourd, retard mental, autisme), des grossesses non désirées, des cas de maltraitance, de violence et d'abus, et l'homosexualité de leur enfant. La déstabilisation du pharmacien face à ces sujets, souligne soit que celui-ci n'a pas été formé sur ces sujets, soit qu'il fait face à ses propres peurs sur ces sujets et l'empathie est alors difficile. Ainsi comme le patient, il est lui-même dépassé émotionnellement par ces sujets et ne sait comment y faire face.

abus
maltraitance
grossesse non désirée
pathologie lourde
homosexualité
parent dépassé
violence

Figure 33: Les confidences déstabilisantes des patients

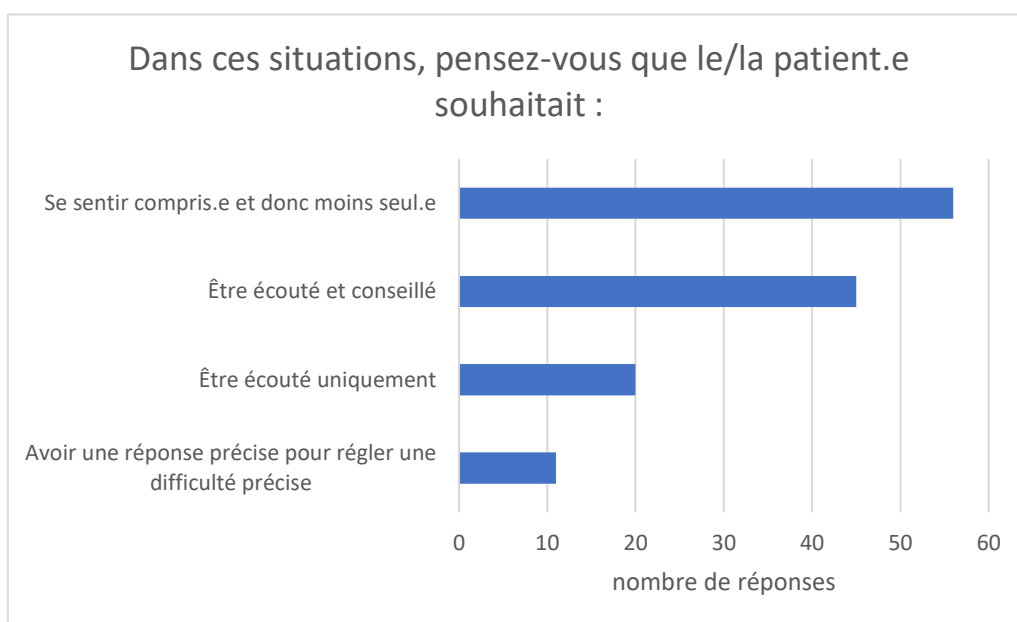


Figure 34: Les souhaits du patient, selon le pharmacien

Les pharmaciens supposent très majoritairement (97%), que lorsque les patients se confient à eux sur des sujets graves, la plupart du temps c'est qu'ils sont dans l'attente de quelque chose : soit d'être compris pour se sentir moins différents, soit d'être écoutés pour recevoir un conseil qui allègerait leur vie, et même recevoir du pharmacien la solution à leur problème (1 répondante). Seulement 3 pharmaciens sur 89 pensent que leur patient avait juste besoin d'un espace d'écoute. Cette analyse souligne ici que le pharmacien doit apprendre et mettre en pratique des méthodes d'écoute active et avoir en sa possession des outils de communication permettant d'accompagner ses patients dans ce qu'ils ressentent comme des épreuves.

Les six questions suivantes (figure 35) relatives à l'aisance du pharmacien vis-à-vis de sa patientèle, montrent que les pharmaciens sont tous à l'aise dans la communication avec leurs patients, mais 26 à 29% perdent cette aisance en cas de besoin d'aider ou d'accompagner leurs patients. Très étonnamment, quelques-uns, 8 à 11%, perdent cette aisance lorsqu'il faut les conseiller, les soutenir et les écouter activement.

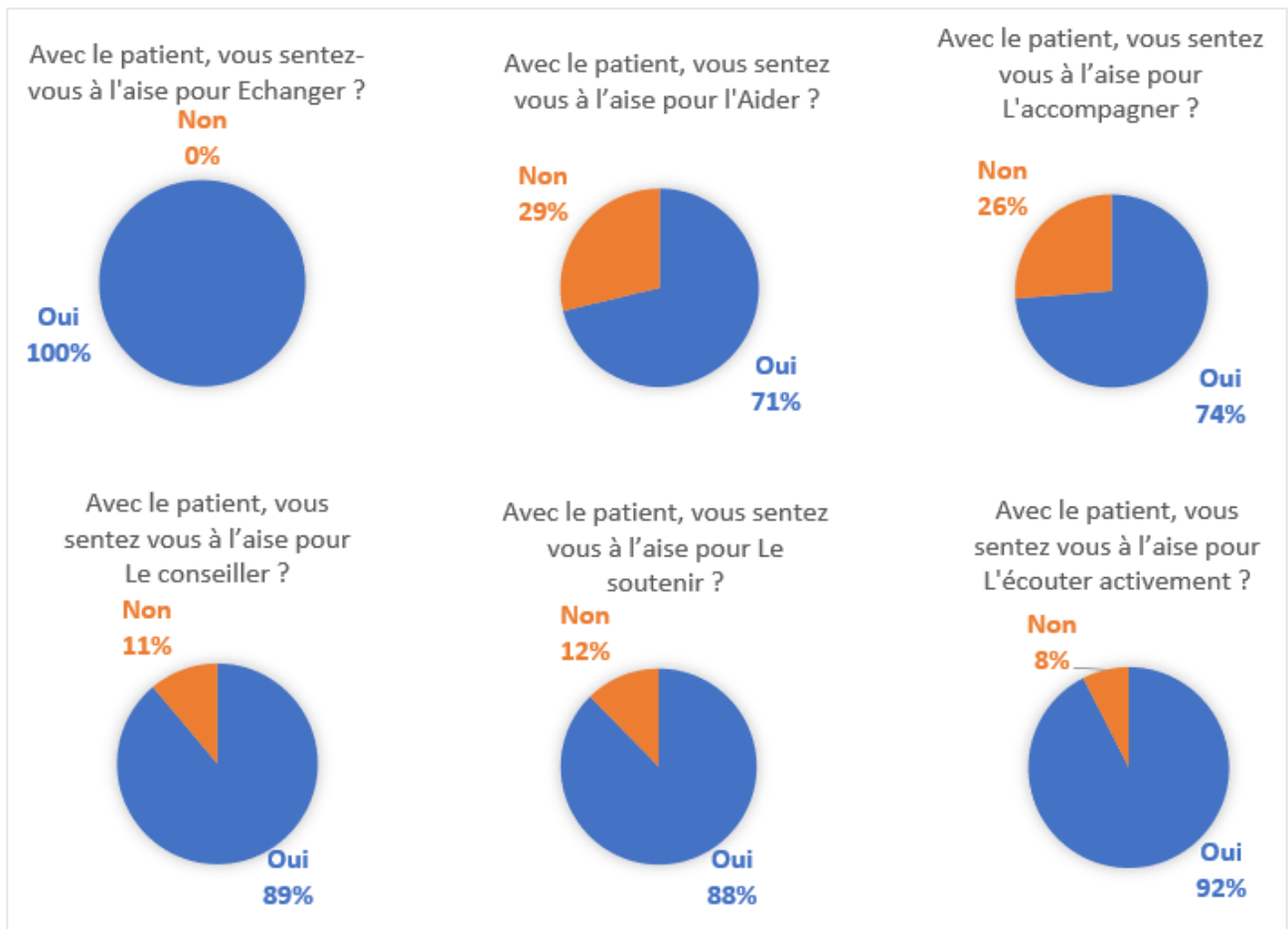


Figure 35: En quoi le pharmacien se sent-il à l'aise ?

Globalement les pharmaciens ne se sentent pas formés (figure 36) à l'accompagnement de la parentalité et sont demandeurs de formation en lien avec ce thème (figure 37) :

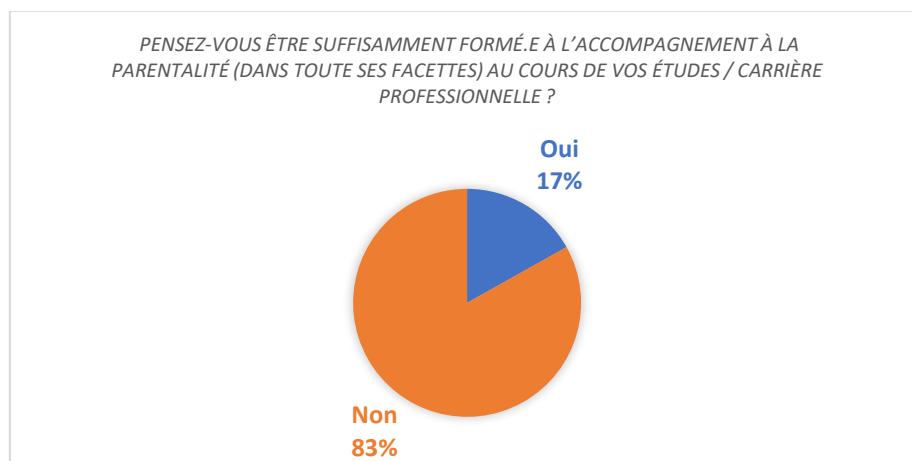


Figure 36: La formation

Notre enquête a montré que d'un côté, les patients sont disposés à se confier à leur pharmacien sur toutes les difficultés ayant trait à la parentalité et de l'autre, que les pharmaciens sont prêts à accompagner leurs patients sur les problématiques liées à ce sujet ; mais 83% des pharmaciens estiment qu'ils ont un manque de formation dans ce domaine.

Ils souhaiteraient (figure 37) être formés dans les domaines suivants : la psychologie, la puériculture, les pathologies infantiles, le développement de l'enfant, mais également la communication afin de savoir, sans doute au regard des réponses précédentes, comment aborder des thèmes sensibles ; les pharmaciens ressentent également le besoin d'avoir plus de connaissances juridiques (nous pouvons aisément imaginer que lorsque l'inacceptable leur est dévoilé ils se sentent démunis quant aux procédures, démarches et autres actions à mener pour que ce que leur patient dépose ne soit pas vain).

Les pharmaciens souhaitent acquérir ces connaissances à travers de formations professionnelles et de mises en situation :

communication
psychologie
puériculture
pathologies infantiles
développement enfant
juridique

Figure 37: Les besoins en formation selon les pharmaciens

L'enfance étant une période décisive dans la construction d'un individu et la parentalité n'étant pas innée (nous l'avons vu plus haut), nous avons donc demandé (figure 38) aux pharmaciens de préciser quelles seraient les thématiques en lien avec la parentalité sur lesquelles ils aimeraient être formés :

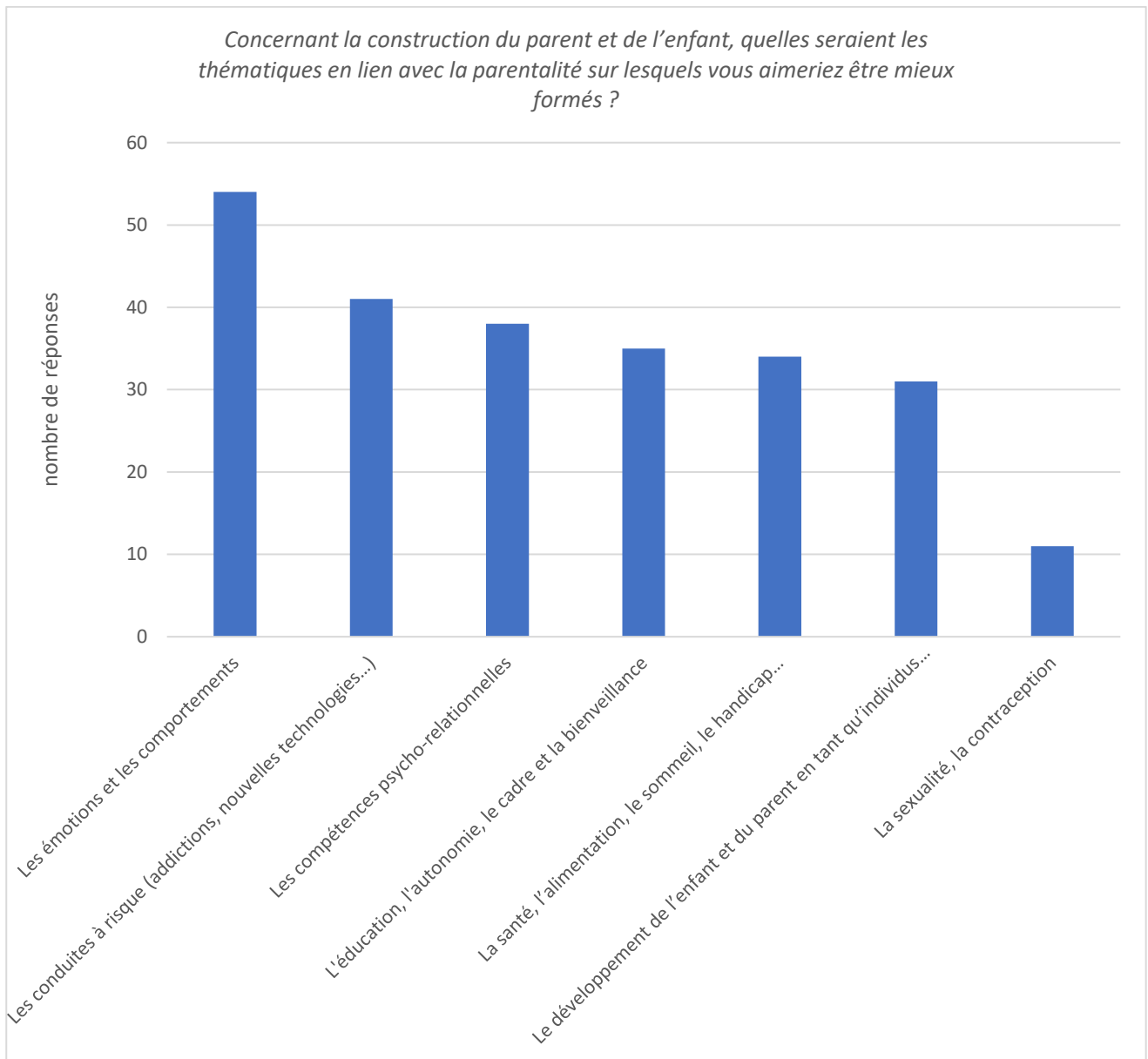


Figure 38: Les thèmes sur lesquels le pharmacien souhaiterait être formés pour comprendre la construction du parent et de l'enfant

Mis à part la sexualité et la contraception où seulement 12% des pharmaciens ressentent un besoin de formation, tous les autres thèmes ont souvent été choisis par le panel de pharmaciens répondants :

- Plus de 50% des pharmaciens souhaiteraient être formés sur des thèmes liés à la psychologie du comportement et donc sur la relation à soi et à autrui tant pour l'enfant, le jeune adulte que pour le parent :
 - Les émotions et les comportements
 - Les conduites à risque
 - Les compétences psycho-relationnelles

- 35 à 40% des pharmaciens sont intéressés par des thèmes relatifs au développement psychologique de l'enfant et comment accompagner son devenir dans la société :

- Le développement de l'enfant et du parent en tant qu'individus singuliers
 - L'éducation, l'autonomie, le cadre et la bienveillance
- Pour 35% des pharmaciens, les thèmes retenus sont ceux liés aux besoins physiologiques et physiques de l'enfant :
- La santé, l'alimentation, le sommeil, le handicap

La demande à plus de 60% de formation sur les émotions et les comportements est cohérente du fait que notre société n'enseigne jamais sur ces domaines alors que cela impacte toutes les relations humaines au quotidien dès le plus jeune âge. Les émotions, les comportements inhabituels peuvent faire peur et leur acceptation voire gestion n'est pas innée comme chacun de nous peut le constater lorsqu'il est débordé par une émotion (colère, tristesse, etc.)

Dans le même ordre, les conduites à risque font peur car non comprises et les pharmaciens demandent d'être mieux formés.

Pour le reste des thèmes fortement choisis, ils font référence à l'apport de connaissances permettant d'accéder à de possibles solutions de prévention ou de résolution face à ces émotions et comportements qui déclenchent des peurs.

1.3.4 Préoccupations des parents (tous répondants confondus)

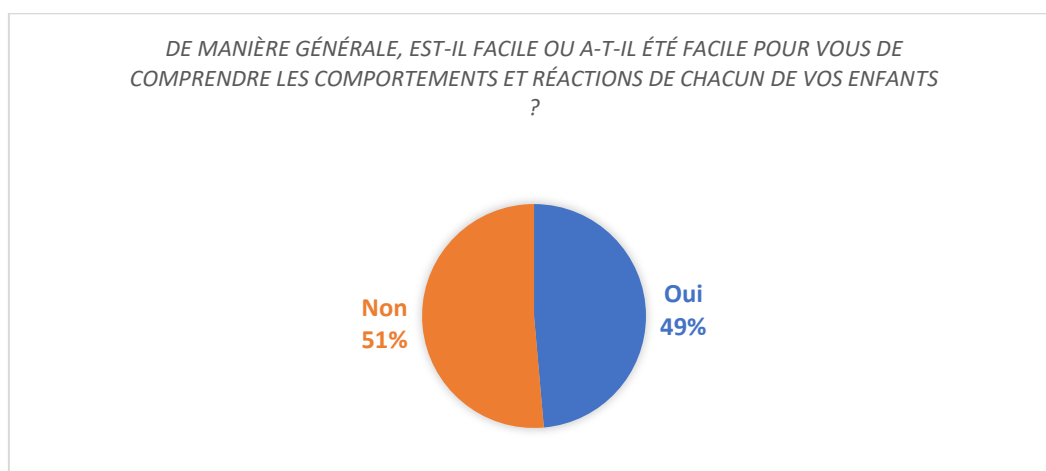


Figure 39: Les parents comprennent-ils leur enfant ?

La moitié des parents interrogés n'a pas de difficultés, l'autre rencontre des difficultés à comprendre le comportement de leurs enfants.

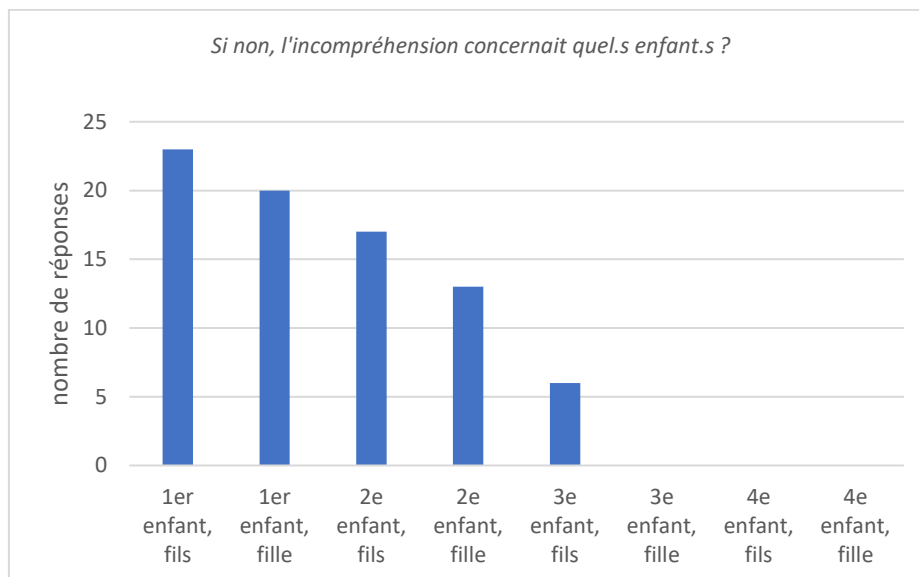


Figure 40: Quel enfant de la fratrie est le moins compris des parents ?

Notre enquête montre clairement que pour les parents ne comprenant pas leur enfant, cette incompréhension débute dès le premier enfant mais au fur et à mesure que le parent acquiert de l'expérience, il est capable de mieux comprendre ses enfants. Si nous mettons en relation ce résultat avec le fait que la majorité des parents estime qu'être parent n'est pas inné mais s'apprend (figure 9), ce résultat est tout à fait logique.

Il ressort également que quelle que soit la position dans la fratrie, le genre de l'enfant n'est pas un critère discriminant responsable de cette incompréhension.

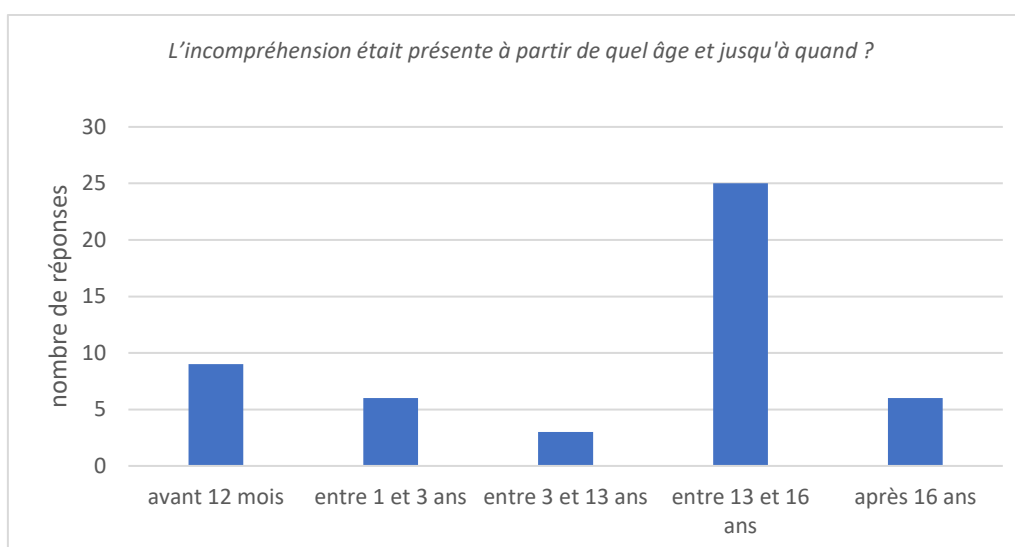


Figure 41: L'âge de l'incompréhension

L'analyse détaillée des résultats montre que l'incompréhension concerne principalement les adolescents or, il est de croyance publique, que les adolescents sont généralement « difficiles » : en cause, la succession de changements hormonaux pendant l'adolescence.

Mais la réalité est tout autre, certes les hormones peuvent être un facteur d'irritabilité mais c'est surtout la difficulté des parents à laisser l'enfant devenir adulte, l'égal de son parent, à avoir confiance en ses choix de vie, à accepter sa singularité et donc sa différence qui crée l'incompréhension à laquelle peuvent également s'ajouter des difficultés de communication.

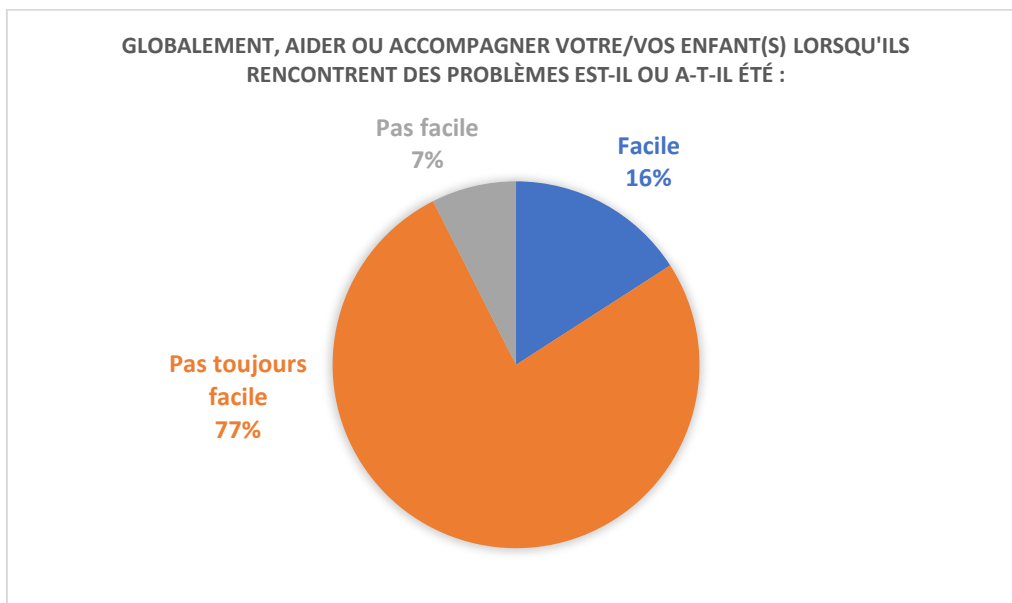


Figure 42: Est-il facile pour le parent d'aider et d'accompagner son enfant ?

Il est étonnant de constater que parmi les parents ayant répondu, 84 % déclarent avoir des difficultés à aider ou accompagner leurs enfants lorsque ces derniers rencontrent des problèmes. Cela signifierait-il que les parents sont démunis car ils ne comprennent pas leur enfant, le comportement qu'il adopte, ses besoins physiologiques, affectifs et/ou sécuritaire ?

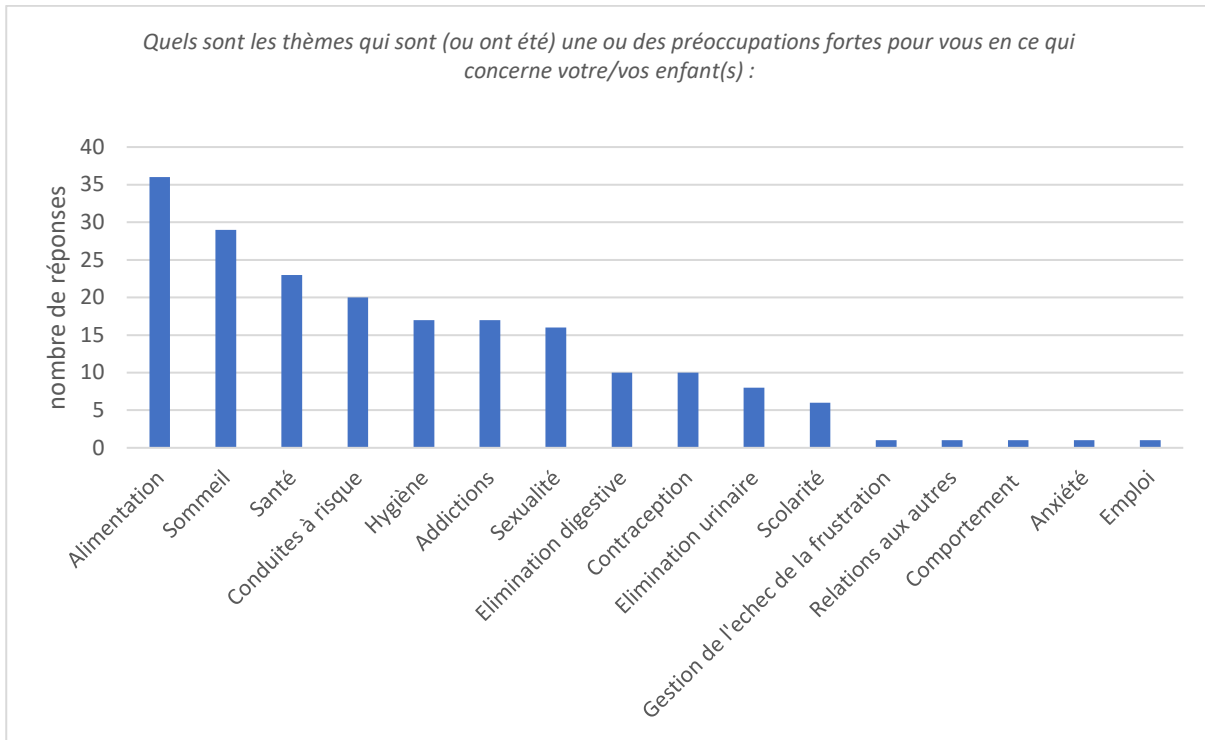


Figure 43: Quelles sont les préoccupations les plus fortes des parents ?

L'analyse de la figure 43 confirme cela : la majorité des préoccupations des parents concernent les besoins physiologiques vitaux de l'enfant : son alimentation et son sommeil. Les parents s'interrogent sur ces deux points alors qu'en réalité il n'y a rien à faire sinon laisser l'enfant se réguler face à une nourriture saine proposée régulièrement ou accessible et respecter son besoin de sommeil car instinctivement l'enfant sait ce qui est bon pour lui. Lui permettre de garder cet instinct c'est lui permettre de devenir un adulte sain capable de connaître ses besoins et d'y subvenir.

Cependant, il sera difficile pour les parents n'ayant pas eux-mêmes une alimentation saine et un sommeil sain, d'avoir le juste discernement pour leur enfant.

Les préoccupations suivantes sont liées à la santé de l'enfant et son hygiène : le pharmacien sera ici en mesure d'aider le patient-parent en difficulté.

Concernant les conduites à risques, les addictions, ces préoccupations concernent plutôt les adolescents et les pharmaciens ne se sentent pas suffisamment formés à faire face aux questions des patients. Il sera donc préférable d'orienter les patients vers des centres spécifiques plus à même de les aider. Pharmaciens et parents sont démunis.

Concernant les éliminations digestives et urinaires, ces préoccupations sont davantage dues aux étapes d'apprentissage du jeune enfant à être « propre ». Le parent souhaitant toujours qu'il le soit le plus tôt possible parfois avec l'injonction sociale d'une proche entrée à l'école. Il sera important pour le pharmacien de rassurer le parent et de l'inciter à laisser l'enfant suivre son propre rythme qui

dépend de sa physiologie et qui ne peut répondre à un rendez-vous à un âge précis défini par une croyance.

Quant aux dernières préoccupations : scolarité, frustrations, relations aux autres, comportement et anxiété, elles relèvent du jugement de l'enfant par le parent sur ce qu'il fait ou ce qu'il est. Il sera intéressant que le pharmacien puisse l'accompagner à accueillir son enfant dans sa singularité et sans jugement.

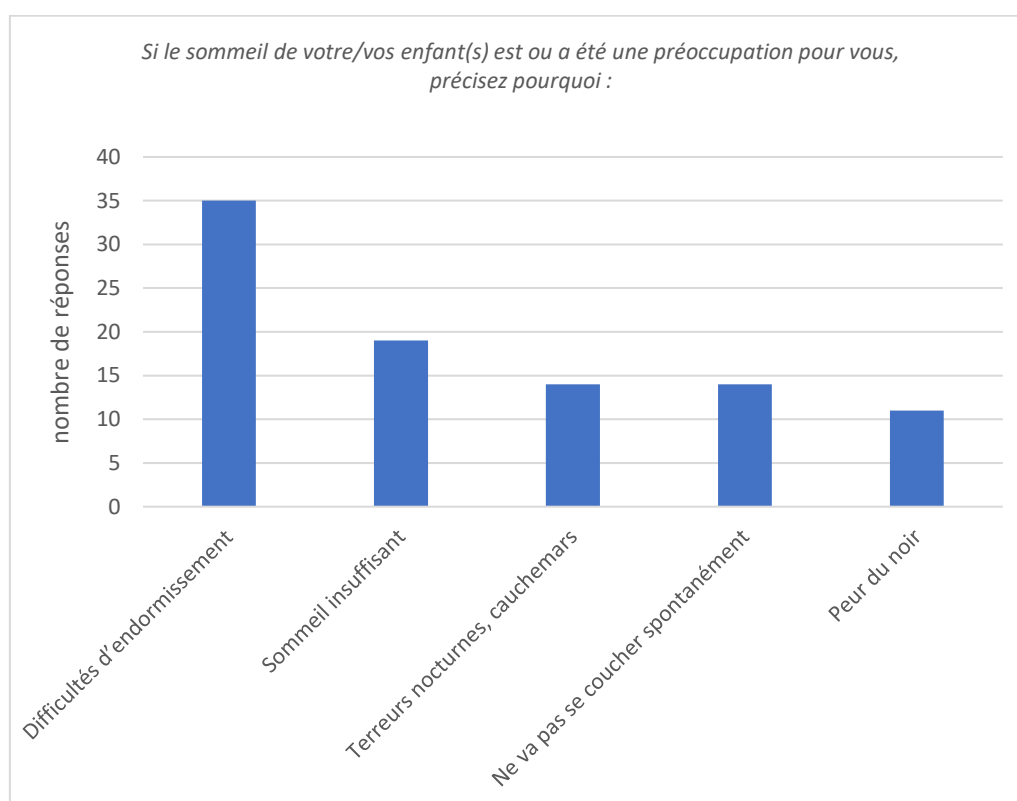


Figure 44: Quelles sont les raisons pour lesquelles le sommeil est une préoccupation pour le parent ?

Concernant les parents pour qui le sommeil de leur enfant est une préoccupation, les difficultés d'endormissement occupent la première place des raisons pour pratiquement 100% d'entre eux. Si nous mettons ceci en perspective avec la figure 10, ceci peut s'expliquer par le fait que ces parents ont des enfants en âge de regarder les écrans avant de dormir ; de ce fait ces enfants auraient beaucoup plus de mal à trouver le sommeil. Il a été montré au cours d'une enquête de 2020 du Réseau Morphée (association, financée principalement par l'ARS d'Ile-de-France, consacrée à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil, principalement composée de professionnels de santé spécialisés dans le traitement des problèmes liés au sommeil) auprès des collégiens et lycéens franciliens que pour 30 minutes d'utilisation des écrans en cours de nuit, les risques de privation de sommeil, d'insomnie, de restriction de sommeil, de sommeil non reposant sont multipliés par deux (6).

Cependant il est intéressant de préciser ici qu'un seul parent répondant à notre questionnaire a mentionné les écrans comme cause de ce problème.

L'analyse des réponses de ces parents mentionnant ce **problème d'endormissement** montre que nombreux ont des enfants de moins de 3 ans, pour lesquels il est difficile d'incriminer les écrans comme cause de cette difficulté. La méconnaissance des cycles du sommeil semble plutôt la cause de ces difficultés. Si les parents ne savent pas repérer chez l'enfant les signes permettant de savoir qu'il est en phase de pré-endormissement, ils risquent de coucher l'enfant en dehors de cette phase et de ce fait être en parfait décalage avec la physiologie de l'enfant. Le parent ne peut imposer à l'enfant de dormir quand il l'a décidé en tant que parent. L'enfant a sa propre physiologie et c'est au parent d'en prendre compte. Il sera ici intéressant de permettre au pharmacien d'expliquer cela au patient.

Concernant le **sommeil insuffisant**, c'est une notion subjective qui concerne essentiellement les parents répondants qui ont des enfants adolescents et jeunes adultes. Ces nombreux parents semblent avoir une méconnaissance de la physiologie de l'adolescent et du jeune adulte qui est en plein développement voire en pleine explosion de sa vitalité et de ce fait a besoin de beaucoup moins d'heures de sommeil car la qualité de ce sommeil est meilleure et permet de récupérer en moins de temps qu'un enfant en pleine croissance ou qu'un adulte arrivé au plateau de l'expansion de sa vitalité. Par ailleurs, le besoin de ce jeune adolescent et adulte de s'autonomiser, de s'émanciper de l'emprise parentale, amène celui-ci à inverser ses périodes de veille-sommeil laissant voir aux parents, en début d'après-midi un adolescent émergeant fatigué par cette inversion du rythme.

Ce phénomène n'existe pas lorsque le jeune adulte n'habite plus avec ses parents et ceux-ci n'ont pas cette notion concernant leur enfant.

Concernant la **peur du noir**, les **terreurs nocturnes**, les **cauchemars**, ces notions font souvent référence à un sentiment d'insécurité ou d'incompréhension dans sa vie que l'enfant exprime de différentes manières et que le parent doit explorer avec l'enfant pour trouver avec lui les réponses et les solutions.

Quant à **ne pas se coucher spontanément**, cela concerne 10% des parents répondants et les enfants sont majoritairement des adolescents et jeunes adultes pour lesquels nous pouvons donner les raisons similaires à celle du sommeil jugé insuffisant.

Les autres préoccupations auxquelles les parents doivent souvent faire face sont les suivantes :

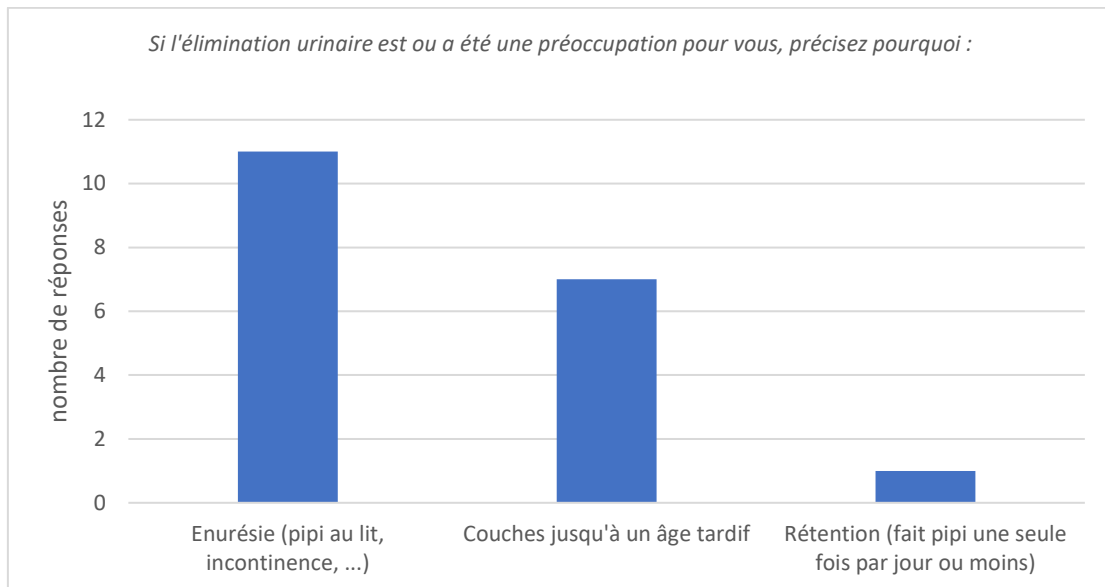


Figure 45: Pourquoi l'élimination urinaire est une préoccupation

L'énurésie est le cas qui préoccupe le plus de parents et cela peut se comprendre car en dehors des conséquences désagréables de logistique que cela occasionne, il est délicat d'en trouver la cause.

L'enfant montre par cet acte, un courage à exprimer un souci d'ordre psychique. Une approche psychologique résout généralement facilement la problématique.

Concernant l'âge de la propreté, comme nous l'avons évoqué plus haut, c'est une notion subjective qui se résout si le parent accueille l'enfant dans sa singularité et respecte la physiologie de son développement plutôt que de vouloir imposer son attente envers son enfant.

Quant à la rétention urinaire, cela peut dénoter le sentiment d'insécurité ou d'inconfort que vit l'enfant à uriner en dehors d'un cadre bien défini pour lui, l'enfant de cet unique cas ayant entre 6 et 10 ans. Ce même enfant alterne d'ailleurs constipation et fréquences des selles, semblant confirmer un souci d'ordre émotionnel.

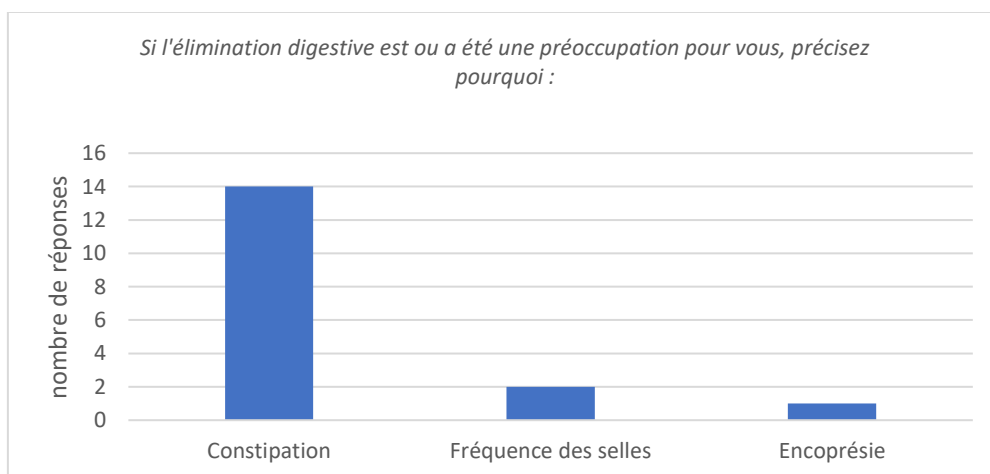


Figure 46: Pourquoi l'élimination digestive est une préoccupation

Concernant les préoccupations d'ordre digestif, la constipation, la plus citée, est souvent due à l'impossibilité pour l'enfant de trouver le cadre adéquat pour éliminer tranquillement et confortablement.

Ces besoins physiologiques dans notre société sont souvent bafoués, ridiculisés, rejetés car considérés comme honteux ou sales alors qu'ils assurent la pleine santé de l'enfant. Face à toutes les manifestations négatives, l'enfant peut finir par apprendre à se retenir ce qui provoque l'assèchement des selles et la difficulté ensuite de les évacuer.

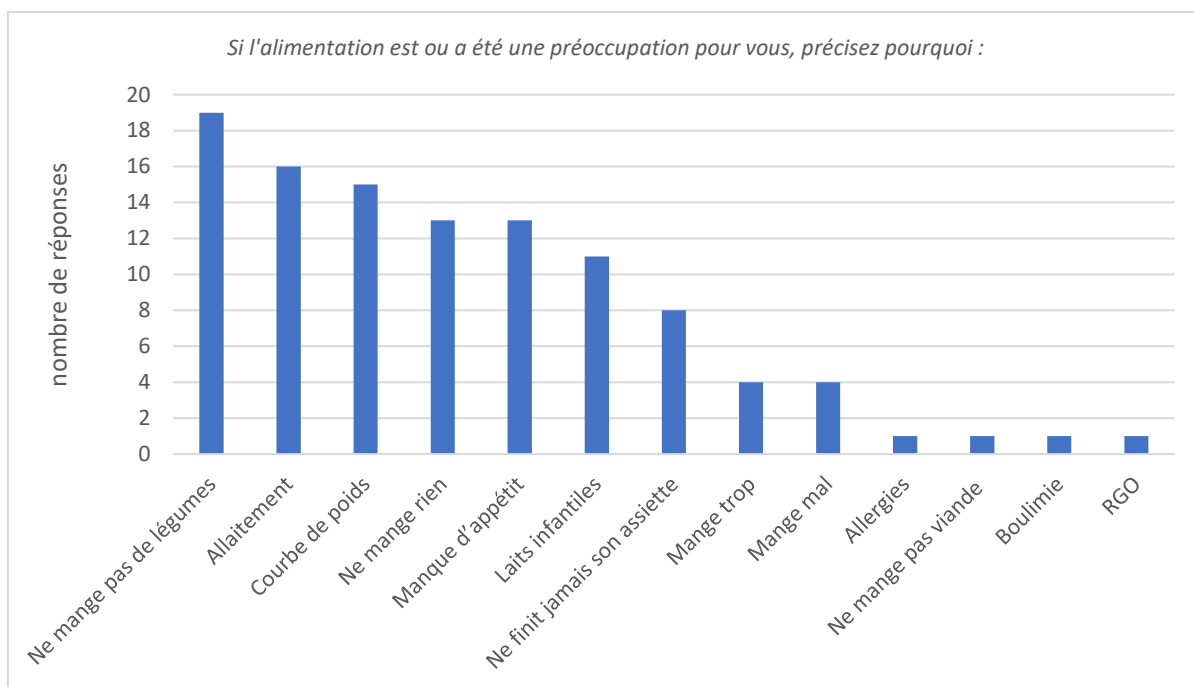


Figure 47: Pourquoi l'alimentation est une préoccupation

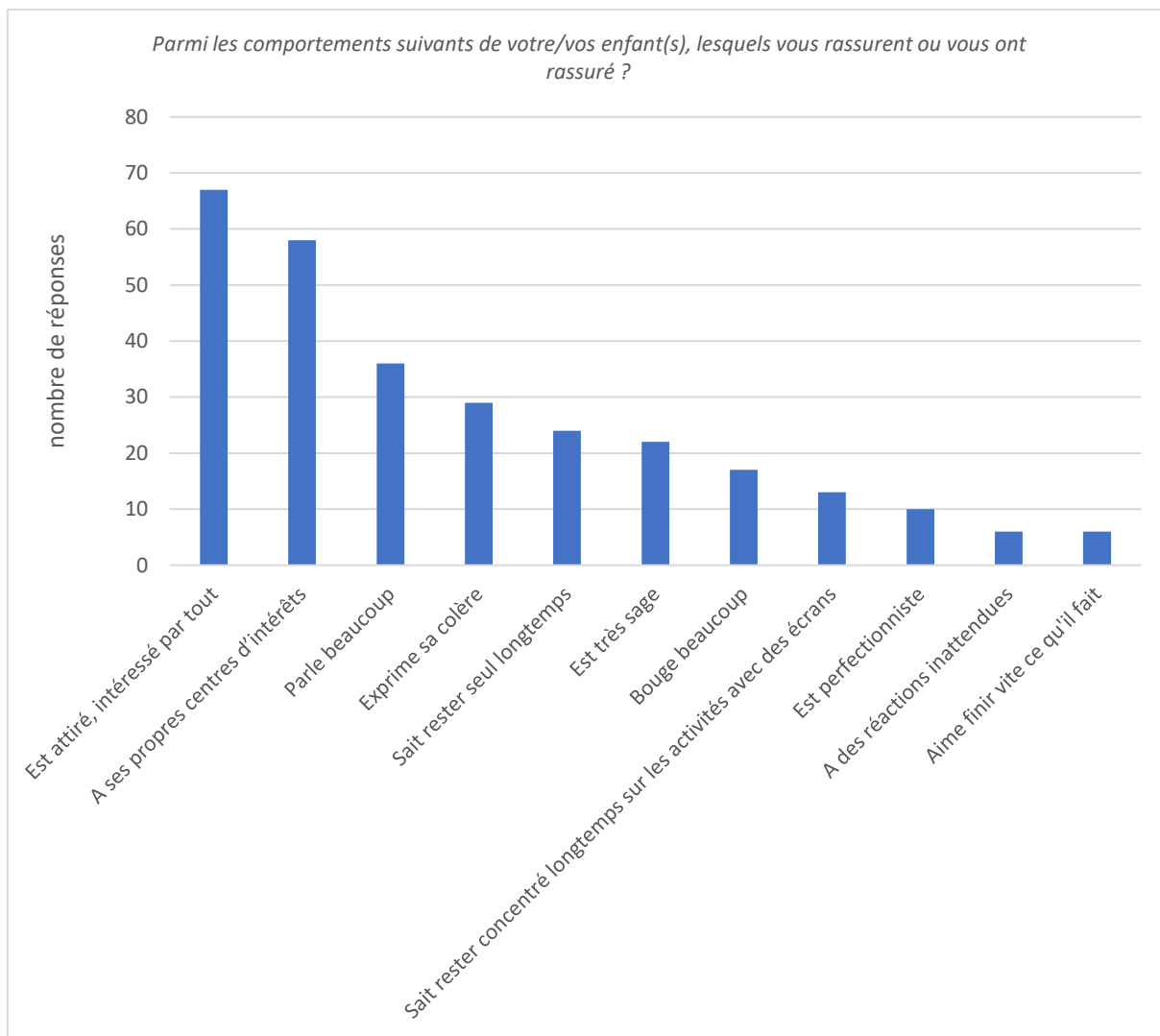


Figure 48: Les comportements de l'enfant qui rassurent le parent

Près de 60% des parents, quel que soit leur âge, le genre et l'âge des enfants, sont principalement rassurés si l'enfant est curieux, attiré par tout, s'il a ses propres centres d'intérêt. En d'autres termes : « si l'enfant montre une relation au monde tout en sachant être seul ». Ce qu'on confirme dans le « parle beaucoup » et « sait rester seul longtemps ».

Près de 25% des parents acceptent la colère de leur enfant et sont rassurés qu'il l'exprime, avec pour certains le fait « qu'il bouge beaucoup » et parle « beaucoup ». Le fait que ces signes soient considérés comme « rassurants » par les parents peut dénoter une crainte de certains parents que leur enfant se renferme sur lui-même ; tous les signes opposés les rassurent donc.

A contrario, pour d'autres parents il est rassurant que l'enfant sache rester seul, qu'il soit très sage, qu'il sache rester longtemps sur des activités numériques, laissant supposer que ces parents ont besoin de calme, d'être tranquille et que l'enfant adopte le comportement permettant de répondre aux besoins du parent.

En revanche, certains parents expriment être rassurés à la fois lorsque l'enfant bouge beaucoup, s'intéresse à tout mais aussi lorsqu'il est très sage, ce qui laisse supposer que l'enfant aura du mal à adopter le comportement juste au regard de ses parents. En effet ces mêmes parents mentionnent des difficultés et des incompréhensions quant aux comportements inattendus de l'enfant de moins de 6 ans.

Il est intéressant de constater de nombreux comportements opposés qui rassurent les parents, démontrant qu'être parent n'est pas établi et dépend de chacun. « Être perfectionniste » et « aimer finir vite ce qu'il fait » traduit bien comment les parents se rassurent avec des opposés.

L'analyse de ces comportements rassurants pourrait être plus poussée mais demanderait plus de connaissance quant à la psychologie du comportement.

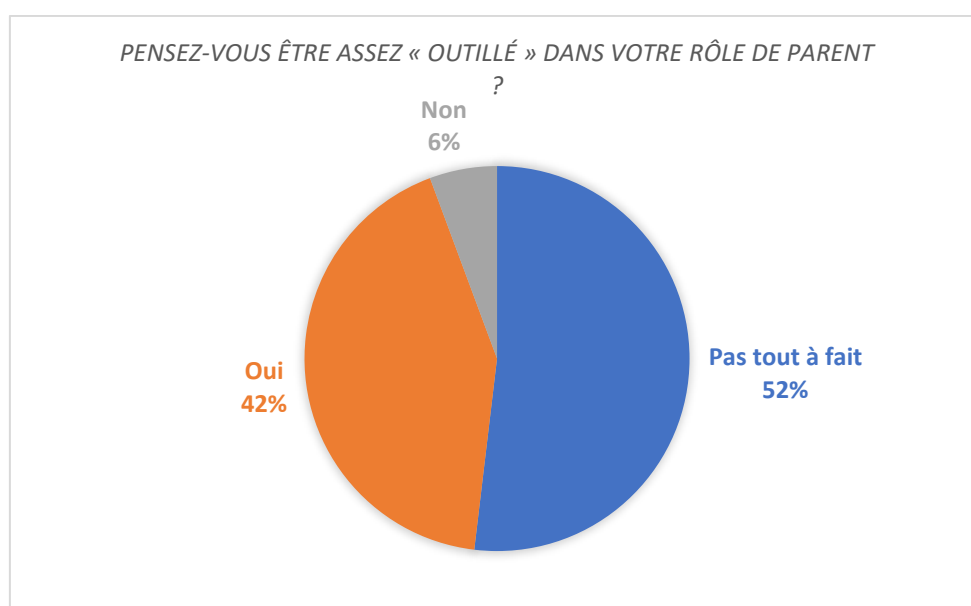


Figure 49: Les parents se sentent-ils suffisamment outillés ?

L'analyse montre que 58 % des parents répondants estiment ne pas être assez outillés dans leur parentalité ; ceci est à mettre en relation avec les pharmaciens (70% des parents répondants) qui estiment ne pas être assez formés à l'accompagnement de la parentalité et qui sont prêts à se former tant pour eux que pour l'accompagnement. On peut donc proposer de former les pharmaciens sur la parentalité afin d'aider les patients dans leur rôle de parent, et comme on l'a vu précédemment ; être parent n'est pas inné, on peut donc aussi proposer aux patients certaines formations d'aide à la parentalité, permettant la compréhension de la psychologie du développement de l'enfant pour les aider à mieux appréhender leur rôle et les difficultés qu'ils pourraient rencontrer.

1.3.5 Connaissance sur le développement cérébral de l'enfant

Pour faire suite à ces propositions de formation, il est intéressant de comparer les connaissances des pharmaciens sur le développement cérébral de l'enfant à celles des patients ; ceci nous permettra de voir si les pharmaciens, du fait de leur formation et/ou de leur expérience professionnelle ont su répondre plus justement ou si une formation à ce sujet serait souhaitable.

La réponse correcte à chacune des questions posées est « vraie ».



Figure 50: Le contexte de la grossesse sur le développement de l'enfant

La bonne réponse est « vrai » : les patients semblent ne pas avoir exactement le même niveau de connaissance que les pharmaciens mais majoritairement les patients savent aussi. C'est un point sur lequel les pharmaciens pourraient aider certains patients en leur expliquant que certains comportements peuvent influencer sur la santé du bébé à naître (ex : expliquer que boire de l'alcool pendant la grossesse est toxique pour le développement cérébral du fœtus et peut entraîner diverses complications telles que des retards de croissance, des atteintes du système nerveux central, des malformations, des retards cognitifs...).

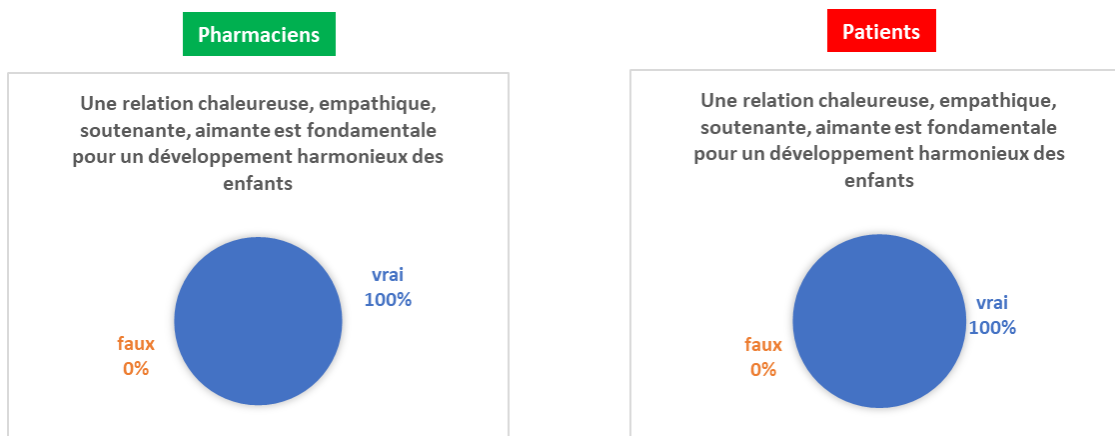


Figure 51: Le contexte familial a un impact sur le développement cérébral de l'enfant

Les deux publics ont répondu correctement démontrant la conscience de cet impact sur le développement de l'enfant mais n'assurant pas une mise en pratique pour autant. Le rappeler sera possible lors de l'accompagnement des parents surtout lors des difficultés, où le parent devra être l'adulte et donc garant de cette qualité de relation. Parfois l'adulte est blessé et n'y parvient pas.

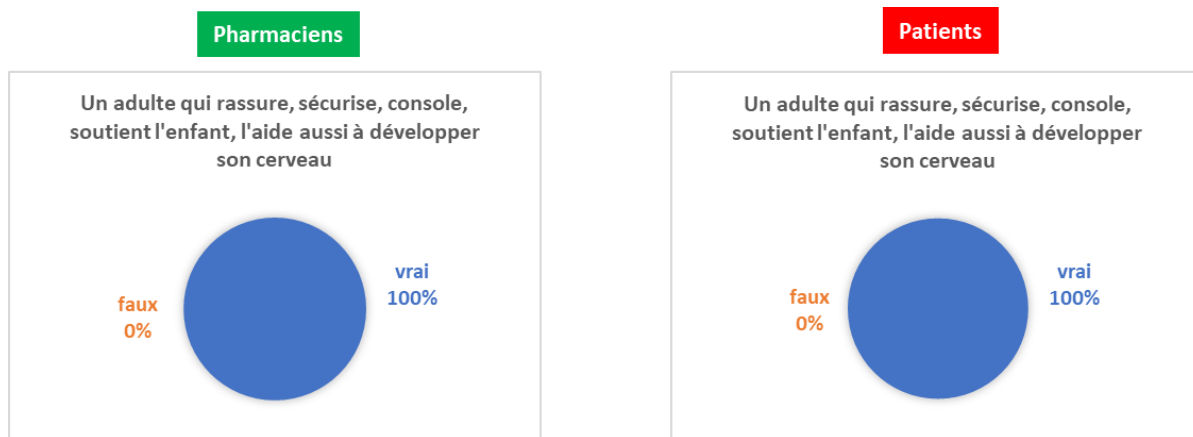


Figure 52: Un adulte bienveillant aide au développement de l'enfant

Les deux publics ont répondu correctement et confortent le point précédent.

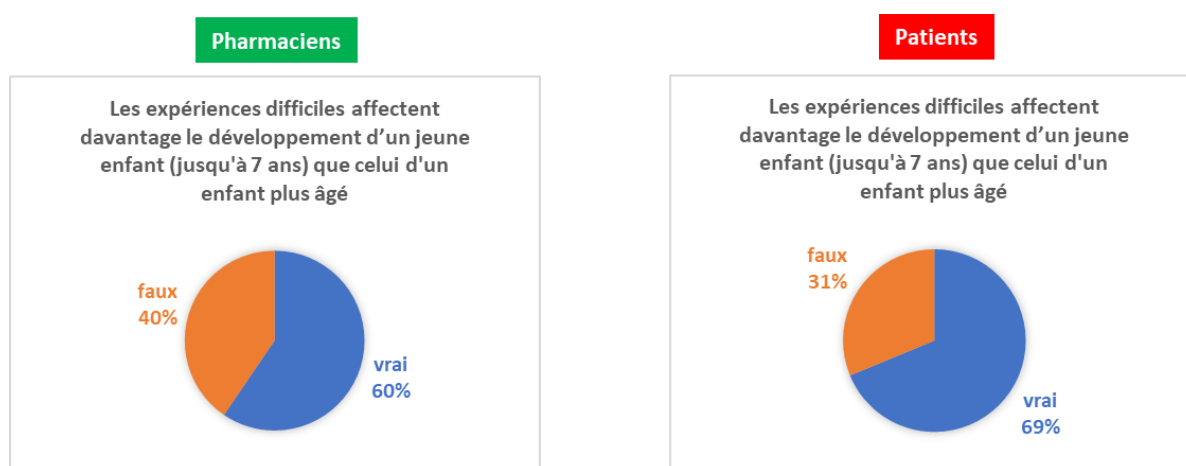


Figure 53: L'impact des expériences difficiles de l'enfant sur son développement

La bonne réponse est « vrai » : les pharmaciens n'ont pas le même niveau de connaissance que les patients, c'est un axe sur lequel les pharmaciens pourraient s'améliorer par le biais de formation. Il y a ici pour 31 à 40% des répondants une méconnaissance de l'impact des 7 premières années de vie de l'enfant sur toute sa vie à venir.

Cependant, en dehors de la connaissance, cette question pouvait être comprise autrement par les répondants. Cette différence entre patient et pharmacien pourrait être reliée avec les moindres dispositions des femmes pharmaciens à se remettre en question sans se juger et sans se sentir coupable car à travers cette question on peut voir que ne pas parvenir à protéger un jeune enfant d'expériences difficiles est souvent culpabilisant et les parents ont des difficultés à accepter que les soucis rencontrés plus tard et à l'adolescence puissent être liés à cela et qu'ils ont pu en être les artisans par manque d'échanges, d'accompagnement avec leur enfant lors de ces expériences difficiles.

Autre angle de compréhension de cette réponse est que les parents répondants ont voulu répondre que les expériences difficiles affectent autant un jeune enfant qu'un enfant plus âgé et cela se confirme dans la question suivante.

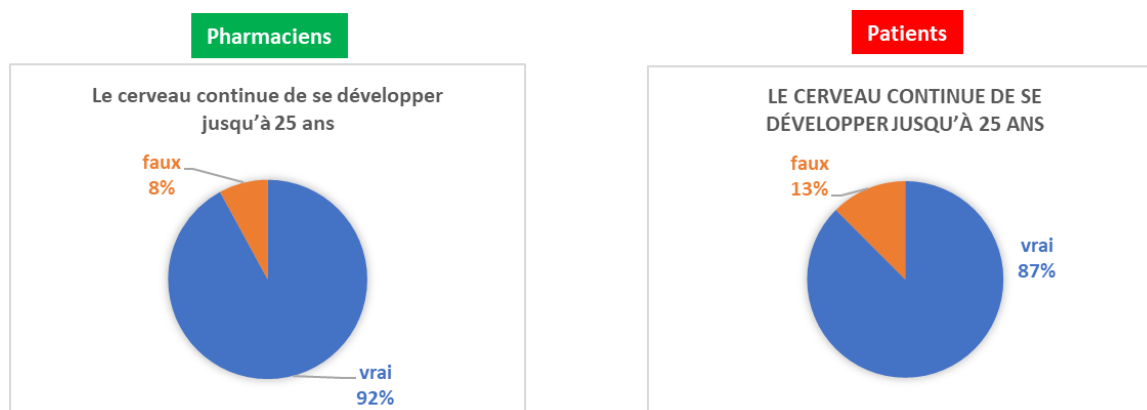


Figure 54: Le développement du cerveau de l'enfant

Là encore, tous les patients ainsi que tous les pharmaciens n'ont pas cette connaissance et encore une fois la formation du pharmacien sur ces thèmes pourrait être bénéfique.

2 Synthèse

Il y a une forte implication dans les sujets liés à la parentalité à la fois du côté des patients et du côté des pharmaciens.

Les parents-patients sont disposés à aborder les problèmes relatifs à la parentalité avec le pharmacien, qu'ils considèrent comme un professionnel digne de confiance à qui ils peuvent se confier, demander support et aide afin de les accompagner dans leur rôle de parent.

Nous avons vu que les parents sont parfois démunis pour pouvoir à la fois faire respecter leurs propres besoins et respecter ceux de leurs enfants :

- Soit car ils n'ont pas la créativité de faire autrement ;
- Soit car ils craignent de mal faire en faisant autrement car ils ne savent pas à l'avance ce que cela peut donner ;
- Soit parce qu'ils sont dans des croyances « enfermantes » rigides et déformées de ce qu'est la mission d'être parent.

Les pharmaciens sont ainsi disposés à aider leurs patients dans les problématiques liées à la parentalité mais pour cela les pharmaciens sont demandeurs de formation autour de sujets qui ont un rapport avec la parentalité dans les domaines de la psychologie, la puériculture, les pathologies infantiles, la communication et le juridique.

**PARTIE II : TRAVAIL
BIBLIOGRAPHIQUE**

1 La relation d'accompagnement à l'officine

1.1 Qu'est-ce que l'accompagnement ?

1.1.1 Définition de l'accompagnement

Depuis une vingtaine d'années, l'accompagnement est devenu une norme dans la relation à autrui dans les secteurs professionnels de l'aide à la personne, de la protection et du soin entre autres (7).

Il résulte de l'association de problématiques et de logiques ; c'est ce qui fait sa popularité et lui permet d'être ajusté à toute situation.

Dans la mesure où la notion d'« accompagnement » est vaste et où elle doit cette caractéristique au fait qu'en s'ajustant à chaque situation, particulièrement, l'accompagnement est différent avec chaque personne, est-il possible cependant d'en définir un socle ? Peut-on identifier ce que sont « les fondations » d'une posture dite d'accompagnement ?

Afin d'initier cette réflexion, nous pouvons nous reporter à la définition du verbe « **accompagner** » : « *Se joindre à quelqu'un/pour aller où il va/en même temps que lui* » (8).

Si nous analysons cette définition, on remarque que la relation est primordiale : « *se joindre à quelqu'un* », que nous avons un mouvement qui se définit en fonction de l'autre : « *pour aller où il va* » et que les deux sujets vont ensemble, c'est-à-dire « *en même temps* », d'un même pas. Il en résulte une définition minimale, accompagner c'est « être avec » et « aller vers ».

De cette définition découlent quelques éléments de réflexion :

La dimension relationnelle est présente par une capacité à « être avec ».

« Être avec » suppose être à l'écoute, disponible, présent. e, attentif.ve et être capable de mobiliser notre présence, notre ouverture, notre attention ; c'est une dimension que l'on retrouve dans l'officine où, confidentialité oblige, le pharmacien se rend disponible exclusivement pour le patient qu'il accueille à son comptoir.

L'accompagnement en officine est un acte qui répond plus à la « sollicitation de l'accompagné » que d'une attention affectueuse initiale de l'accompagnant : l'accompagnement ne signifie pas que l'« accompagné » est « diminué ». Ce n'est pas une « aide », une « solution » mais un « moyen », un « outil » ; c'est ici une notion très importante afin d'éviter de tomber dans des biais de « dominant/dominé » psychologiquement parlant.

Si l'accompagnant et l'accompagné avancent « en accord l'un avec l'autre », si cette avancée est concertée, s'ils cheminent l'un avec l'autre, en se concertant, cette relation interpersonnelle pourra être qualifiée de « coopérative ».

Mais, afin de mieux comprendre comment est compris l'accompagnement, aujourd'hui, il est nécessaire de comprendre le contexte qui l'a amené sur le devant de la scène sociale :

L'accompagnement est aujourd'hui déployé sous forme de « dispositif ». Un dispositif, comme l'a défini le philosophe Michel Foucault, est « *ce qu'une société met en place pour lutter contre ce qui, pour elle, fait problème*. Un dispositif est mis en place dans le but de produire « *dans le corps social* » un certain effet (9).

Mais le fait qu'un professionnel se voit attribuer aujourd'hui par son institution une fonction d'accompagnement, parce que l'institution a reçu comme mission de mettre en place un dispositif d'accompagnement, n'offre aucune garantie sur la posture que le professionnel prendra ou pas car il n'existe aucune approche concrète de ce qu'est véritablement l'accompagnement. L'accompagnement aujourd'hui n'est pas reconnu comme un métier. Il ne dépendrait pas d'un cursus de formation identifié comme tel (Et ceci a été vérifié au cours de l'enquête qui a été faite auprès des pharmaciens). La fonction d'accompagnement est assurée par des personnes dont le métier est d'être enseignant, consultant ou soignant (pharmacien) dans le cas qui nous intéresse ici... sans aucune formation en accompagnement et à qui on demande de procéder subitement autrement avec une autre manière d'être et de faire.

La posture désigne une façon d'être dans la relation à autrui à un moment et dans un espace donnés.

On demande aux professionnels de changer de posture, d'en adopter une prédéfinie, en d'autres termes : de remettre en question leur manière d'être. Par exemple, lorsque une éducation thérapeutique est mise en place pour un patient entouré de ses proches, on demande, à des professionnels de santé, dont la fonction première est avant tout de soigner, de faire preuve de compétences d'un autre type que celles intrinsèquement liées à leur formation première, avec pour objectif d'aider les patients et leurs proches, à comprendre la maladie ainsi que le traitement associé, à collaborer et à être responsable de leur propre prise en charge, et ainsi de les aider à maintenir (et le cas échéant, améliorer) leur qualité de vie.

Différentes postures sont à considérer dans l'accompagnement des patients.

1.1.2 Une posture « éthique »

L'accompagnement est associé à une posture éthique, car réflexive et critique : celui qui souhaite faire de l'accompagnement doit sincèrement se poser un certain nombre de questions : « Pour qui je

me prends ? Pour qui je prends la personne que je souhaite accompagner ? Quel est le type de relation que je souhaite instaurer ? Et pour quel monde, quelle humanité je travaille ? ».

C'est une posture éthique au sens où le philosophe J. Derrida définit la relation éthique comme un « *rapport non-violent (...) à autrui* » (10).

Cette posture amène à un principe fondamental : « Ne pas se substituer à autrui ». Car le premier tort que l'on pourrait causer à l'autre est de dire, faire, penser à sa place. C'est-à-dire le considérer comme incapable à faire ses propres choix, à décider, à utiliser son libre-arbitre.

Il y a toute une rhétorique qui peut être utilisée par le pharmacien dans la posture d'accompagnement de son patient : *Oui, « j'entends » que cette situation vous cause des difficultés ... Oui, « j'entends » que vous souhaiteriez qu'elle cesse ... Oui, « j'entends » que vous avez envie que cette situation évolue ... Oui, « j'entends » que vous souhaitez que je vous aide... Alors oui, nous allons « ensemble » travailler à améliorer cette situation.*

Cette rhétorique permet de rester récepteur de la demande du patient, accompagnant sans être sauveur et sans apporter des solutions toutes faites, trop généralisées et donc inadaptées.

1.1.3 Une posture de « non-sachant »

Le non-savoir fait référence à la position du professionnel. En adoptant cette posture, « ne sachant pas », l'accompagnant peut accueillir et privilégier les idées qui résultent des échanges, du dialogue avec l'autre, et ne pas imposer des théories dominantes. Le professionnel doit privilégier l'interrogation plutôt que l'affirmation. Cette posture de non-savoir amène à laisser de côté nos discours personnels et professionnels dominants (ce que nous savons ou pensons savoir mais qui n'est pas de la connaissance), se défaire de l'idée de comprendre l'autre, de savoir à sa place les choix qu'il devrait faire et ainsi amène à garder l'esprit ouvert au changement, à l'imprévu, à d'autres solutions.

« Ne pas savoir » ne signifie pas prétendre l'ignorance ou la neutralité (le pharmacien n'est pas un être inanimé dénué d'idées, sans opinions ou préjugés), mais anime le dialogue tout en encourageant une recherche mutuelle de sens et de solutions. Car, lorsque les certitudes dominent, elles diminuent et limitent les possibilités.

1.1.4 Une posture de « dialogue »

En l'occurrence, le type de parole le plus approprié lors de l'accompagnement est le dialogue et non pas le monologue avec conseils. Car c'est, entre autres dans des modalités de dialogue, que chacun trouve sa juste place : on procède ainsi à un échange de personne à personne et non plus de professionnel à patient. La relation de dialogue définit, à côté d'un cadre établi qui définit les rôles

(pharmacien/patient dans le cadre qui nous intéresse), un espace « instituant » une relation équilibrée qui met en jeu deux personnes, deux sujets, s'entretenant à propos d'une situation pour laquelle les compétences de chacun sont requises.

1.1.5 Une posture d'« écoute »

Écouter, c'est prêter son attention certes, mais c'est aussi reformuler, répondre, solliciter, demander, interagir, donner du dynamisme à un questionnement permettant aux personnes de « se » questionner elles-mêmes sur la situation.

C'est à la fois une technique et une posture, c'est elle qui soutient la démarche, qui contribue au cheminement. L'écoute est dite active et peut aussi bien être tant dans le silence réceptif qui acquiesce et valide le discours d'un autre que dans l'interpellation qui permet de confronter ses idées pour aller plus loin.

1.1.6 Une nouvelle logique sociale : individualisation et autonomisation

Les travaux de sociologues contemporains ont montré que l'accompagnement est associé à une nouvelle logique sociale : une nouvelle conception de la régulation sociale, passage d'une régulation « collective » à une régulation « individuelle » (I. Astier) (11). Ce n'est pas que nous devenions plus égoïstes : mais la société nous individualise et reconnaît la singularité de chaque individu : « *Ce nouvel individualisme signale moins un repli généralisé sur la vie privée que la montée de la norme d'autonomie* » (A. Ehrenberg) (12). L'autonomie, idéal à conquérir dans les années 1960, est devenue une norme. L'objectif est alors de permettre aux personnes de résoudre par eux-mêmes leurs propres problèmes, mais en les accompagnant.

C'est ainsi, par exemple, que les hôpitaux, à travers le maintien à domicile ou l'hospitalisation à domicile, enjoignent les malades à apprendre à gérer leur maladie et leur traitement afin qu'ils dépendent moins des structures hospitalières et pour qu'ils soient en mesure de vivre une vie plus ordinaire à leur domicile. Le pharmacien s'inscrit pleinement dans cette démarche.

1.2 La pharmacie d'officine : lieu propice à la communication et à l'écoute

1.2.1 L'officine

Afin de comprendre la place importante qu'occupent les officines dans la vie des patients et comment elles peuvent répondre au besoin d'accompagnement de leur patientèle, il est important de rappeler certaines données (13) :

- On estime que, chaque jour, 4 millions de personnes franchissent les portes des pharmacies.

- Au 1^{er} octobre 2022, la France compte 20787 pharmacies.
- Il y a en moyenne 31 officines pour 100 000 habitants soit 1 officine pour 3236 habitants et 3 pour 100 km².

La répartition des officines est homogène sur l'ensemble du territoire. Le pharmacien titulaire n'est pas totalement libre de son installation, il doit obtenir ou reprendre une licence avec l'accord de l'ARS qui assure un maillage équitable du territoire.

Par ailleurs plus du tiers (35 %) des officines françaises constitue le cœur même de l'offre de proximité car elles sont installées au sein des communes de moins de 5 000 habitants. 31 % des officines sont situées dans des communes ayant entre 5 000 et 30 000 habitants.

Ce réseau important est la base primordiale et essentielle qui garantit un maillage territorial efficace et permet une desserte optimale en conseils pharmaceutiques, en médicaments et en soin de premier secours sur l'ensemble du territoire français.

Malgré l'existence de territoires fragiles, le maillage pharmaceutique français reste efficace. En moyenne, la distance entre le patient et la pharmacie la plus proche pour l'ensemble des communes françaises est de 3,8 kilomètres.

Ces indicateurs traduisent ainsi un accès homogène aux soins, objectif prioritaire de la mission de santé publique des pharmaciens.

La plupart des pharmacies sont ouvertes sur de grandes plages horaires, de 8h à 20h en moyenne.

La nuit, les weekends et les jours fériés, un système de garde organisé par les syndicats représentatifs de la profession garantit un accès à une pharmacie quelle que soit l'heure. Il permet de répondre aux besoins du public en dehors des jours ou des heures d'ouverture (14).

Dans une étude réalisée en 2009 par l'ordre des pharmaciens, la réponse à la question : « *en partant de chez vous, considérez-vous qu'il soit facile de se rendre dans une pharmacie quand vous en avez besoin ?* » est à 84 % « oui tout à fait », à 13 % « oui plutôt » et seulement à 3% « non ». Cette réponse est homogène quel que soit le milieu, urbain ou rural (15).

Le système de santé français garantit ainsi l'accès à un pharmacien quels que soient le jour, l'heure et l'endroit.

Cette proximité avec la population fait de l'officine un lieu où l'on peut, sans prise de rendez-vous préalable, rencontrer un professionnel de santé à l'écoute que ce soit dans des cas d'urgence ou bien pour des cas moins urgents.

1.2.2 Le pharmacien : son métier, sa posture professionnelle

1.2.2.1 Un métier pluridisciplinaire

Une des missions du pharmacien d'officine telles que définies par le Code de la santé publique est « **la participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients** » (16). Cela signifie réaliser des actes de premiers secours, effectuer des actes de prévention, de conseil pharmaceutique, ou d'entretien thérapeutique pour certaines pathologies chroniques.

Ainsi, le travail qu'est celui du pharmacien est compliqué, puisqu'il doit non seulement effectuer la bonne délivrance mais également s'assurer que le patient comprenne parfaitement à quoi sert son traitement, s'il le prend bien, ce qu'il a compris de sa pathologie, s'assurer qu'il ne présente pas d'effets indésirables liés au traitement ...

Et lorsque le patient vient sans ordonnance, le pharmacien d'officine doit, avant tout, savoir déceler les bonnes informations dans ce que lui dit le patient, et, dans certains cas, savoir les faire ressortir face à un patient avare de paroles.

Tout ceci s'effectuant en gérant les émotions du patient mais également celles qui lui sont propres avec le soin dont le pharmacien doit faire preuve afin de ne pas faire attendre les autres patients qui s'accumulent dans la file.

La relation entre le pharmacien et le patient est donc essentielle afin de pouvoir assurer la meilleure prise en charge possible de ce dernier.

Le pharmacien est l'objet de sollicitations diverses et est le relais permanent entre le système de santé et le patient, toujours au fait des dernières directives ou informations de santé qui lui permet d'accompagner au mieux le patient ; les différentes épidémies nous ont montré que le pharmacien a toujours su, en lien avec le fort maillage territorial que nous avons vu précédemment, rester au plus proche de la population et de ses besoins (dispensateur de masques, de tests, vaccinations, gestions des ruptures de stocks, etc.).

Ici donc, son atout essentiel est la proximité avec la population.

Ces dernières années, le législateur a renforcé le rôle du pharmacien en tant qu'acteur dans le système de santé par le biais de la loi HPST ; cette dernière enjoint aux pharmaciens d'officine d'exercer de nouvelles missions :

- prévention et dépistage ;
- conseils personnalisés ;
- correspondant d'équipe de soins ;

Toutes ces nouvelles prérogatives sont autant de domaines où l'accompagnement est primordial.

Une nouvelle convention nationale pharmaceutique organisant les rapports entre l'Assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine a été publiée au journal officiel du 10 avril 2022 ; elle renforce le rôle qu'a le pharmacien d'officine sur l'explication des modalités de prise des médicaments et la vérification de la bonne compréhension du schéma de prise. Mais surtout, suite au rôle central qu'a joué le pharmacien d'officine dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19 dans les domaines de la vaccination et du dépistage, il a été décidé d'élargir ses missions en matière d'accompagnement des patients en ce qui concerne notamment les traitements anticoagulants, anticancéreux ou encore l'accompagnement des personnes âgées polymédicamentées.

1.2.2.2 Un métier de rencontres

Le pharmacien est le professionnel de santé avec qui les Français sont le plus souvent en contact. Il est un professionnel de santé indispensable pour 96 % de la population (15).

À travers sa mission, le quotidien du pharmacien est fait de rencontres : il rencontre tout profil de personnes, de tous âges, des personnes à qui l'on vient d'annoncer une maladie, des personnes qui ont peur, qui ont pris des coups, des personnes qui guérissent, qui entrent ou sortent de l'hôpital, des jeunes parents, etc.

Les pharmaciens disposent de nombreux atouts qui leur permettent d'intervenir dans l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. De plus par les échanges fréquents sans rendez-vous donc spontanés, et la relation de confiance qu'ils ont avec ce dernier, ils bénéficient d'une relation particulière et sont souvent les premiers confidents sur des sujets qui peuvent préoccuper les patients qu'ils concernent directement leur santé ou plus largement leur vie quotidienne. L'accompagnement est très important grâce à la fréquence et au temps investis dans la relation au patient.

L'enquête réalisée dans ce travail sur la parentalité auprès des patients va dans ce sens. Le patient se sent non seulement en confiance avec le pharmacien mais il se sent écouté par lui et considère l'officine comme un lieu propice pour être soutenu et accompagné dans sa parentalité.

1.2.2.3 La relation d'aide au centre du métier de pharmacien

Le pharmacien, à travers ses missions, réalise ainsi un véritable travail d'accompagnement.

Étant donnée sa proximité, ses obligations déontologiques (17) et grâce au fait que ses patients lui font confiance (vu lors de l'enquête dont l'analyse a été faite en première partie de ce travail), le pharmacien est amené à exercer diverses missions qui consistent à :

- aider le patient à exprimer ses inquiétudes, ses éventuels doutes et/ou difficultés en lien avec la maladie et son traitement, sans toutefois les minimiser ;
- être à l'écoute, disponible, sans jugement ;
- être empathique ;
- montrer de l'intérêt au patient ;
- valoriser les efforts réalisés par le patient ;
- l'orienter, au besoin, vers une structure d'éducation thérapeutique et/ou association de patients.

Cet accompagnement est aujourd'hui officiellement reconnu ; par exemple, en ce qui concerne l'accompagnement des patients à la parentalité, à n'importe quel moment de la grossesse, le pharmacien peut à présent proposer un entretien pour sensibiliser la femme enceinte aux risques liés à la prise de substances tératogènes ou fœtotoxiques (18).

1.2.3 La pharmacie d'officine : lieu propice à l'accompagnement ?

Les officines du fait de leur accessibilité et leur maillage uniforme sur l'ensemble du territoire français, sont des lieux d'accueil à part entière.

Le pharmacien et de manière plus générale, l'ensemble de l'équipe officinale étant tenus au respect du secret professionnel, sont disposés à accompagner les patients.

Lors d'une enquête en 2015, effectuée dans le cadre d'un travail de thèse réalisé à l'Université de Lorraine par Thomas GENDRE sur « *les critères de choix d'une officine et de satisfaction des patients* » (19), il a été demandé aux patients « quel est le critère le plus important pour choisir votre officine ? » ; lorsque l'on trie les réponses des patients par ordre décroissant d'importance (du plus important au moins important), on obtient le classement suivant :

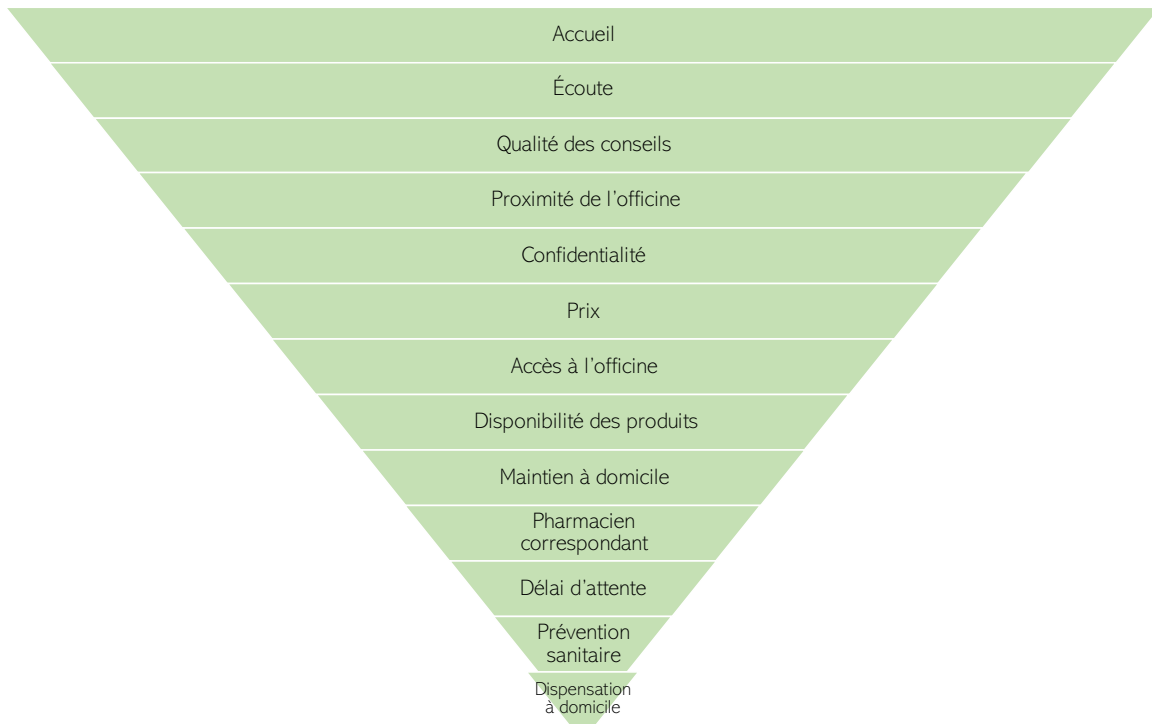


Figure 55: Critères du patient pour le choix d'une officine

On voit bien que l'accueil, l'écoute et la confidentialité sont parmi les 5 critères les plus importants pour les patients : le patient a besoin d'être accueilli et écouté en toute confidentialité. Cela veut dire aussi qu'à l'officine, avec le pharmacien il sait qu'il peut trouver un climat de confiance et un temps propice aux confidences. L'entretien en officine dure en moyenne 12 min contre 7 minutes en cabinet de médecine générale.

2 Écouter pour accompagner

L'outil le plus approprié selon moi pour accompagner le patient à l'officine est **l'écoute active selon Carl Rogers**. Je ne développerai donc que cet outil qui a fait ses preuves.

2.1 Le principe de la méthode

Carl Rogers, un psychologue humaniste américain du XXe siècle, a dit : « *Il existe un curieux paradoxe : c'est quand je m'accepte tel que je suis que je peux changer.* » Et pour s'accepter tel que l'on est, il faut parfois du temps et parfois, on a besoin de quelqu'un qui nous entend, qui nous écoute et nous permet de prendre conscience de qui nous sommes sans jugement.

« *Entendre ne veut pas dire écouter, car l'ouïe est un sens mais l'écoute est un art* ».

Entendre ne nécessite pas forcément d'attention : j'entends les bruits de la rue, j'entends ma voisine chanter. C'est simplement le sens de l'audition qui fonctionne. Mais dans la rhétorique utilisée plus haut, « *j'entends votre demande* » cela permet une entrée en relation sans intrusion et permet au pharmacien d'informer le patient qu'il est disponible et qu'il met en place une écoute active entre autres à travers ce sens de l'audition.

Car, écouter est un acte qui implique la volonté. Il engage l'attention de celui qui décide d'écouter : j'écoute les informations à la radio, j'écoute ma voisine qui chante (j'essaie de reconnaître l'air qu'elle fredonne).

Selon Marshall Rosenberg, un psychologue américain spécialiste de la « Communication Non Violente » : « *Lorsque nous écoutons, nous n'avons besoin ni de connaissance en psychologie, ni de formation en psychothérapie. L'important est de savoir être présent aux sentiments et aux besoins spécifiques que ressent un individu **ici et maintenant*** » (20).

L'écoute active selon Carl Rogers, ou écoute centrée sur la personne, implique de se centrer littéralement sur ce que notre interlocuteur « vit » et pas uniquement sur ce qu'il « dit ».

Il s'agit de s'intéresser à cette personne plus qu'au souci qu'elle évoque : plutôt que de voir le problème comme nous le comprenons et l'appréhendons, il s'agit de voir le problème du point de vue de l'autre personne.

Rogers dit par ailleurs qu'il y a trois conditions nécessaires et suffisantes pour être à l'écoute : trois aspects qui sont liés entre eux, pas toujours symétriques et dont le dosage est fait par l'écouter en fonction de la personne et qui est à reconsidérer à chaque écoute en fonction de la situation évoquée :

- **La congruence** : c'est un mot anglais qui pourrait se rapprocher du mot « authenticité ». Quel que soit le ressenti ou l'émotion que nous éprouvons, on reste toujours à l'écoute de ce qui nous traverse et on reste en lien, en accord avec nous-même, avec ce que l'on pense être authentique, avec nos valeurs, nos principes. On est là face à ce qu'on entend, on réagit intérieurement et éventuellement, extérieurement par rapport à ce qui vient de se passer avec qui nous pensons être.
- **L'attitude empathique** : c'est la capacité à faire abstraction de tout ce qui fait la congruence, c'est-à-dire tous nos cadres de références, nos normes, nos valeurs, nos croyances... En fait, on met cela de côté pour entrer par tous nos sens dans le monde de l'autre qui a lui-même ses

propres valeurs, ses principes, son propre cadre de références dans lequel il évolue, mais tout en gardant la juste distance pour ne pas être affecté par le vécu de l'autre. C'est cette capacité à percevoir le cadre de l'autre, à le ressentir que l'on appelle l'empathie tout en restant à distance, c'est être neutre, sans jugement, sans l'envahir de notre cadre de référence. Quand on a cette capacité-là, on a vraiment ce privilège de capter le monde de l'autre, ce qui permet de percevoir ce qui se passe, de comprendre pourquoi l'autre réagit comme cela, raisonne comme cela. On montre alors à l'autre qu'on le respecte dans sa singularité, on lui donne l'assurance que l'on a du respect pour sa manière de vivre ou de voir les choses même si elles sont différentes des nôtres et cela sans ingérence, sans jugement, sans conseil.

- ***La considération positive inconditionnelle*** : c'est l'accueil avec une attitude suffisamment chaleureuse, positive, réceptive de qui est l'autre dans toute sa singularité, de ce qu'il nous dit avec ses sentiments avec ce qu'il nous démontre par ses comportements. C'est accueillir la personne dans toutes ses dimensions, dans sa totalité, sans jugement, sans conditions. C'est une attitude pleine de respect et de considération qui permet de gagner la confiance de l'autre et ainsi susciter un réel engouement des deux (écoutant et écouté) pour la démarche d'accompagnement.

En adoptant ces trois attitudes, on peut arriver à une véritable attitude d'écoute qui peut permettre à l'autre (le patient) d'oser :

- nommer, mettre des mots sur ce qu'il vit intérieurement et extérieurement ;
- parler, décharger d'un « trop plein » qui encombre son esprit et qui l'empêche de prendre du recul et ainsi de se sentir écouté;
- être entendu cela veut dire compris : il y a quelqu'un sur cette terre qui a entendu ce qu'il traverse, ce qu'il vit ;
- être reconnu c'est-à-dire qu'il existe vis-à-vis de l'autre qui l'écoute à ce moment-là ;
- être accepté ;
- sortir de l'isolement ;
- évoluer dans son registre émotionnel.

Le patient n'a pas toujours conscience des émotions qu'il est en train de vivre. Quand il arrive à les nommer et à être accepté avec ses émotions, ses sentiments qui l'animent, il peut alors changer, être acteur car il en a conscience.

C'est seulement quand on s'entend, que l'on comprend et que l'on s'accepte, que l'on peut changer. C'est une étape indispensable : voir et accepter qui on est au moment de la situation pour peut-être accepter de remettre en question ce qui n'est pas juste pour soi et ainsi avoir la possibilité d'aller vers quelque chose de meilleur pour soi.

2.2 Les outils utiles à l'écoute

Pour l'accompagnant, se mettre en observation est aussi très important : c'est une manière de se décentrer de lui-même pour pouvoir être dans l'empathie.

Le recueil d'informations comporte l'observation de l'expression non verbale du patient (80 % de la communication est non verbale) et l'écoute du verbal. L'attitude, fermée ou ouverte du patient, ses gestes, ses mimiques, les intonations de sa voix, tout cela va ajuster l'orientation de ce que l'on entend ou plutôt de ce que l'on comprend.

Attention : les informations que le pharmacien accompagnant recueille ne sont que des hypothèses qu'il conviendra de vérifier.

2.2.1 La reformulation

L'outil principal qui va lui permettre de mesurer la situation, d'ajuster au mieux sa compréhension du patient est la **reformulation** au plus près de ce que le patient a exprimé.

Cela va consister parfois à utiliser le questionnement pour s'assurer qu'il a saisi au mieux la situation verbale et non verbale de son interlocuteur et de le lui démontrer.

Il existe différents types de reformulation :

- **écho ou perroquet** : l'accompagnant répète les mots, il souligne ce qui lui semble important. Parfois, il reprend le dernier mot pour que le patient puisse rebondir dessus ;
- **reflet ou miroir** : lorsque le patient raconte son vécu, ses émotions et ressentis, l'accompagnant reflète avec ses propres mots ce qu'il perçoit et comprend globalement de la situation : par exemple « je perçois que vous semblez inquiet par les effets secondaires de ce nouveau traitement » et en finissant éventuellement par une question telle que: « *c'est bien cela ?* ». Il est important de demander cela à la personne sinon on peut mal interpréter ses propos, entrer dans des quiproquos et même juger sans le vouloir.

- **clarification** : pour ce type de reformulation, l'accompagnant doit déjà avoir une bonne expérience d'écoute, des aptitudes empathiques importantes et une très bonne connaissance de soi. Lorsque le patient effectue son récit, l'écouter arrive à entendre ce qui n'est pas dit, à voir autre chose que la personne ne voit pas encore, ne comprend pas, trop enfermée par ses émotions ou par la pudeur : il y a ce qui est dit (contenu manifeste, socialement acceptable) et ce que le patient n'ose pas dire. Et puis le non verbal qui fait penser aussi à autre chose. L'accompagnant peut alors aider le patient à aller plus loin et clarifier avec lui ce qui se passe vraiment pour lui : « *oui mais quand vous dites cela, cela ne vous rappelle pas cela ? ou encore « vous pensez à quoi en disant cela ... »* » Ce qui est important c'est de toujours reformuler en demandant au patient : « *c'est bien cela ?* ».

2.2.2 La synchronisation

Un autre outil pouvant être utilisé est la **synchronisation** : il s'agit d'imiter les gestes de la personne en face de soi : c'est un signe fort, on peut entrer en contact avec la personne grâce cette communication non verbale. Même dans un endroit bruyant, on peut rester en lien avec l'autre. Par la communication non verbale (posture, rapprochement du corps, regard, sourire), on peut signifier à la personne qu'on est avec elle, à son écoute.

Globalement que ce soit pour la reformulation ou la synchronisation, ce qui est essentiel dans l'utilisation de ces outils, c'est l'intention qu'on y associe : c'est-à-dire que notre objectif est d'accompagner la personne à développer et structurer sa pensée, à percevoir son ressenti de la situation, à la comprendre pour être en mesure de la gérer et non de satisfaire notre curiosité ou notre besoin de la sauver, de la gérer.

On parle le plus souvent d'écoute active dans le milieu professionnel, notamment dans le cadre de management. Mais en réalité, il est conseillé pour des relations saines que tout le monde la mette en pratique dans sa vie professionnelle, mais aussi dans sa vie personnelle ou familiale, de le faire à son échelle et surtout de l'adapter à sa personnalité, aux individus et aux situations.

La réussite d'un accompagnement dépend du degré d'implication, d'affectivité, d'empathie, du tempérament des deux parties et d'un tas d'autres facteurs qui affectent l'humeur personnelle de l'une ou de l'autre des parties.

2.3 Les attitudes qui peuvent gêner l'écoute

Il existe cinq attitudes principales de l'accompagnant à éviter et qui peuvent gêner l'écoute :

- *Le jugement* : il est important d'être dans un état de non-jugement de ce qui va être dit, et d'être capable de recevoir ce que dit l'autre avec une intention bienveillante ;
- *Les croyances* : il existe des croyances aidantes (qui sont alors des ressources) et des croyances limitantes mais qui dans les deux cas vont empiéter sur le libre arbitre du patient. Il est important pour celui qui écoute de repérer ses propres croyances afin de ne pas les projeter sur l'histoire de l'autre et ne pas les imposer ;
- *L'interprétation* : lors de l'écoute il est important de prendre conscience que ce que l'on voit, ce que l'on entend et ce que l'on ressent ne constitue qu'une « carte » selon l'angle de vu de l'accompagnant de ce qui est vraiment. Il ne doit pas être fait de suppositions qui ne seront que le reflet du cadre de référence de l'accompagnant et en aucun cas du cadre du patient.
- *La généralisation* : l'écoute active permet de se mettre en lien avec la personne dans l'ici et maintenant, dans son émotion présente. Il ne peut donc pas y avoir d'écoute active s'il y a généralisation qui ôte toute la singularité du patient et son unicité.
- *Le conseil* : l'erreur à ne pas commettre est de vouloir conseiller la personne qui souffre. Ce faisant, l'écouter n'est plus dans son rôle d'écoute. S'il conseille, même avec la meilleure volonté du monde, il est passé par une phase de jugement, de croyance et d'interprétation et donc il est passé par son propre cadre de référence et de valeurs.

L'attitude courante de tout à chacun est de vouloir apporter rapidement une solution face à un problème. Ce n'est pas forcément aider la personne que de lui apporter une solution immédiate. C'est rassurant, gratifiant pour l'accompagnant qui écoute : il apparaît comme un sauveur mais ce n'est pas respectueux et rassurant pour la personne écoutée, cela lui donne un statut d'assisté. Il perd son autonomie, son libre arbitre.

L'écoute doit permettre au patient de faire quelques pas supplémentaires dans son propre espace, pour aller un peu plus vers lui-même, pour se comprendre, conscientiser et progresser à son rythme.

2.4 Les impératifs d'une bonne écoute

En résumé, afin que l'écoute et l'accompagnement soient de bonne qualité, il y a un certain nombre d'attitudes à adopter :

- accepter les autres tels qu'ils sont. C'est une attitude de respect et de considération qui inspire confiance et témoigne d'une réelle sollicitude ;
- être concentré sur le ressenti de l'autre et pas seulement sur ce qu'elle dit ;
- s'intéresser à l'autre plus qu'au problème lui-même : il faut voir le problème du point de vue de l'autre personne plutôt que de regarder le problème et l'analyser avec notre vécu ;
- montrer du respect à l'autre : c'est lui apporter l'assurance que l'on respecte sa manière de vivre ou de voir les choses ;
- être un véritable miroir et/ou écho pour son interlocuteur afin qu'il prenne conscience de sa réalité.

« *Chaque individu est unique. Il détient au plus profond de lui sa propre vérité, sa vie et le tracé potentiel de son chemin, qu'aucune science du psychisme ne peut enfermer... Il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris, accepté, non jugé* » Carl Rogers (21).

3 Accompagner la parentalité

3.1 La parentalité : qu'est-ce que c'est ?

3.1.1 Les définitions de la parentalité dans les dictionnaires

Le mot parentalité a été introduit en France dans les années 1980. Il est construit à partir du mot « *parental* » qui date de 1536. Il se distingue de « *parenté* » qui « *renvoie à la place juridique du parent et inscrit l'enfant dans une lignée généalogique* ».

Le terme « Parentalité » figure dans les textes officiels depuis 1997 : « *Ensemble des savoir-être et savoir-faire affectifs, techniques, intellectuels et sociaux que les hommes et les femmes doivent mettre en œuvre pour éduquer les enfants* » (Ministère de l'emploi et de la solidarité).

« Parentalité » figure dans les dictionnaires depuis 2001 :

- dans le Larousse : « *Fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel* » (22) ;
- dans Le Petit Robert : « *Qualité de parent, de père et de mère* » (23) ;

- dans le dictionnaire Hachette : « *Ensemble des relations entre parents et enfants* » (24).

On notera que le terme « parentalité » ne distingue pas père et mère puisque l'on s'adresse au « parent ».

3.1.2 Les définitions du Conseil de l'Europe

La recommandation du 13 décembre 2006 du Conseil de l'Europe définit la parentalité comme « *l'ensemble des fonctions dévolues aux parents pour prendre soin des enfants et les éduquer. La parentalité est centrée sur la relation parent-enfant et comprend des droits et des devoirs pour le développement et l'épanouissement de l'enfant* ».

L'idée de « *parentalité positive* » a également été introduite par Le conseil de l'Europe : celle-ci fait référence à une attitude des parents fondée sur l'intérêt supérieur de l'enfant qui vise à le responsabiliser et à l'élever, c'est un comportement non-violent qui lui fournit reconnaissance et assistance et qui lui permet de se développer selon certains repères établis.

3.1.3 Définition donnée par le Comité national de soutien à la parentalité

Entité qui existe en France depuis novembre 2010, le Comité national de soutien à la parentalité a proposé en 2011 cette définition : « *La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant* ».

3.1.4 La parentalité selon Didier Houzel

En 1998, un groupe dirigé par Didier Houzel, un pédopsychiatre et psychanalyste français, procède à l'analyse du concept de parentalité autour de trois axes (25) :

- la pratique de la parentalité (ce que l'on voit dans la relation parent-enfant) qui fait référence aux compétences parentales : cela concerne les soins du quotidien, schématiquement ;

- l'expérience parentale qui a attrait à la dimension subjective, singulière (c'est ce qui s'exprime de la part du parent vis-à-vis de l'enfant) : c'est le « devenir parent » dans sa propre individualité et dans son fonctionnement psychique. C'est un long processus d'évolution et de transformation psychique, chaque parent doit retrouver une nouvelle place dans la constellation familiale (qui implique 2 voire 3 générations au-dessus de lui), un nouveau rôle. Ce processus peut « échouer » plus ou moins ou être émaillé de troubles selon les injonctions, croyances imposées ou liberté permises par les anciennes générations ;
- l'exercice de la parentalité qui définit les droits et responsabilités liés à la fonction parentale (c'est ce qui est imposé par la loi) : c'est tout ce qui fonde et organise la parentalité (désignation du parent, exercice de l'autorité parentale, droit de filiation, transmission du nom, etc.) aux yeux de la loi.

Ces trois axes s'articulent les uns avec les autres. C'est parce que l'un est « réalisable » que les autres sont possibles et inversement. Ainsi, c'est parce que l'on devient parent (expérience parentale), que l'on endosse la responsabilité juridique de l'enfant (exercice parental) et que l'on s'engage dans les soins à lui apporter (pratique parentale).

Être parent est un fait mais aussi un processus, un long chemin. On ne naît pas parent, on le devient.

3.1.5 La parentalité : entre bonheur et doutes

Au-delà des définitions générales que l'on peut donner à la parentalité, cette dernière s'accompagne d'une multitude de sentiments plus ou moins contradictoires.

Elle place, quand il y accède et qu'il l'attend, l'individu dans un immense bonheur, une joie, une fierté et un grand sentiment d'accomplissement indéniables. Mais aussi dans un rôle de responsable du bien-être d'un petit être qui dépend entièrement de lui. Cela peut générer de l'angoisse, des inquiétudes, des doutes, des peurs ; tout cela étant motivé par une envie de bien faire les choses et d'assurer son rôle le mieux possible.

C'est une période où les émotions sont multiples et variées et où le parent peut vite perdre confiance en lui.

Beaucoup de personnes considèrent qu'être parent est le plus beau métier du monde : faire le choix de devenir parent, c'est décider de donner la vie et de transmettre ses valeurs et ses principes à ce nouvel être. C'est bien souvent câliner, observer, apprendre, voir grandir et évoluer son tout petit mais également grandir et évoluer soi-même. Évidemment, la parentalité n'étant pas un « long fleuve

tranquille », les nouveaux parents ont parfois des doutes, des craintes, des remises en question et ils éprouvent de la fatigue, voire parfois de la peur (et tant d'autres choses).

L'enquête menée auprès des parents, patients ou pharmaciens va dans ce sens. Les mots que citent le plus souvent les répondants pour définir la parentalité appartiennent au champ lexical de l'amour, du bonheur, du partage mais aussi à celui de la responsabilité, de l'angoisse et des difficultés. (Voir figure 16).

3.1.6 Être parent : s'affranchir des attentes et des idéaux sociétaux ?

Une maman, un papa, seul.e ou en couple, est littéralement projeté.e, après l'arrivée d'un premier bébé et même dès la grossesse comme notre enquête a pu le souligner, dans la parentalité (elle-même indéfinie, inconnue ou sinon toujours nouvelle et changeante), parfois dans un nouveau milieu, mais surtout dans un monde où l'on attend de lui qu'il soit responsable.

La société, comme la famille elle-même, définit et transmet de nombreuses règles et attentes. Elles se transmettent de génération en génération soit de manière explicite ou de manière implicite. Ce sont des injonctions, des valeurs, des façons d'être ou de se comporter qui sont en général acceptées pour ne pas faire offenses aux anciens et qui sont, au premier abord, incontestables.

Cependant, il arrive que ces attentes familiales, sociétales et culturelles (totalement extérieures à la relation intime parent-enfant), pour certaines personnes, à un moment de leur vie, contredisent leur singularité, leur individualité et/ou leurs objectifs. L'adoption de ces obligations crée un stress pour les parents par la dissonance qu'il existe entre ce qu'on leur propose comme images idéalisées de la maternité ou de la paternité et ce qu'ils ressentent juste ou ont envie de donner comme éducation à leurs enfants voire simplement ce qu'ils vivent au quotidien entre bonheur d'être parent mais aussi difficultés, expériences peu favorables et fatigue. Cela influence de manière directe l'éducation qu'ils donnent à leurs enfants. Ils oscillent entre l'élan de leur cœur (être simplement en lien avec leur enfant) et la peur de mal faire au regard de la société et de leur responsabilité.

Lors de l'éducation de leurs enfants, les parents placent inconsciemment en leurs enfants beaucoup d'attentes, de rêves, d'idéaux, de projets et d'objectifs qui vont imposer un savoir-être et un savoir-faire tant sur eux parents que sur leurs enfants. Parfois, ces parents ne se rendent pas compte que tout cela devient pour leur enfant mais pour eux également des obligations, des « il faut », « Je/tu dois » que chacun doit assumer sans en comprendre ni le sens ni la raison. Mais aussi, ces obligations vont imposer des manières d'être que chacun doit adopter même si elles ne respectent pas qui il est.

Ces attentes extérieures à la relation intime parent-enfant déterminent ainsi, dans une plus ou moins juste mesure, la possibilité pour les parents de construire leur propre projet de vie en adéquation avec la famille, la société et la culture qui les entourent mais très souvent en inadéquation avec eux-mêmes, ou leur enfant, ou les deux, oubliant que chaque relation est unique et ne peut être définie par des attentes extérieures. En s'affranchissant de ces attentes extérieures à la relation intime parent-enfant, non seulement le parent se libère de toutes ces pressions pour vivre une meilleure parentalité mais aussi et surtout il en libère son enfant et se permet de créer une relation unique respectueuse évolutive qui promet un avenir serein.

Avec chaque enfant, le parent aura une relation unique. Avec chaque parent, l'enfant aura une relation unique.

3.1.7 La confiance en soi au cœur du rôle de parent

Et si les parents apprenaient tout simplement à se faire confiance ? Un jeune père, une jeune mère ont besoin de repères qui leurs conviennent, mais pas de conseils ; ils ont besoin d'apprendre à se faire confiance et à faire confiance à leur enfant.

Souvent, par manque de confiance en eux, les parents se retrouvent à chercher des informations sur la parentalité dans les livres, sur Internet, ou cherchent des conseils de l'entourage... c'est tout naturel et parfois salutaire, mais ils oublient qu'ils connaissent leur enfant mieux que n'importe quel expert généraliste puisqu'eux, parents, sont aux côtés de leur enfant depuis sa conception dans la majorité des cas.

Si tant est que le parent accepte de s'écouter et qu'il se libère de ses peurs de mal faire ou de ne pas faire aussi bien que d'autres, il saura créer la juste relation avec son enfant car l'enfant dit ou exprime ce dont il a besoin à chaque étape de son développement et il suffit que le parent sache les observer, les écouter et/ou décoder son langage.

Les enfants n'attendent pas de leurs parents qu'ils soient parfaits mais seulement qu'ils soient des humains aimants, leur apportant la sécurité pendant leur développement. On ne peut éviter toute erreur. Elle est inhérente au processus d'apprentissage, mais il est nécessaire d'apprendre de ses erreurs et donc de les conscientiser.

3.1.8 Suivre l'évolution naturelle de son enfant

L'enfant et son développement peuvent être vus à l'image d'une graine qui a un potentiel et qui sait intrinsèquement ce qu'elle doit devenir. Le rôle du jardinier (le parent) est de permettre à cette graine

de grandir en lui fournissant le meilleur terreau, la nourriture dont elle a besoin, en tuteurant avec délicatesse la jeune pousse, en détectant ses besoins en fonction de ses réactions. Si le jardinier possède un certain nombre d'informations théoriques sur les besoins de telle ou telle espèce, c'est la plante elle-même qui, au final, lui dit ce qui lui est vraiment nécessaire, ce qui lui plaît et ce qui lui plaît moins. Elle s'exprime en s'épanouissant, en fournissant fleurs et fruits ou au contraire en jaunissant, en s'atrophiant. Il ne nous viendrait pas à l'idée d'apporter le même soin à un chêne et à un pommier. Chacun se développe à son rythme, selon un environnement adapté et chacun donne ses propres fruits en conséquence.

De la même façon, le parent en observateur et en jardinier, est à l'écoute des besoins de son enfant et suit son évolution naturelle en comblant ses besoins physiques mais aussi affectifs. Deux enfants d'une même famille ne se développeront pas de la même manière, chacun ayant sa singularité. Les comparer n'a pas de sens et peut même générer des inquiétudes chez les parents et des dysfonctionnements chez chacun des enfants.

3.1.9 S'affranchir ou non du modèle parental hérité de ses propres parents

Les parents peuvent comprendre leur enfant et avoir une attitude juste envers eux pour autant qu'ils se donnent l'autorisation de ne pas obéir de manière automatique à des principes éducatifs, qu'ils ne se soumettent pas aveuglement aux jugements des soi-disant experts, qu'ils ne soient pas enfermés dans des schémas rigides issus de l'éducation qu'ils ont reçue. Jusqu'à environ l'âge de 7 ans, ils resteront toujours les meilleurs parents pour leur enfant. C'est dans les âges suivants que la relation va être testée et que les inadéquations peuvent se révéler.

Les parents peuvent-ils parler de l'éducation de leurs enfants sans parler de celle qu'ils ont reçue et combien elle a pu les marquer, consciemment ou pas ?

Isabelle Filliozat (psychothérapeute française) (26) explique que vouloir être un parent parfait n'a jamais aidé personne. Ce qui nous nourrit en tant que parent est l'épanouissement de notre enfant et la qualité de la relation que nous entretenons avec lui. Or vouloir être parfait, c'est ne plus être en relation authentique et intime. Un enfant n'a pas besoin de parents parfaits qui jouent un rôle, il a besoin de parents suffisamment bons, avec leurs émotions et leurs propres besoins, leurs pensées et leurs valeurs, leurs compétences et leurs limites.

Elle explique par ailleurs que notre inconscient est plus puissant que ce que nous pouvons penser. Au-delà des théories et des envies de faire « autrement », il y a notre inconscient, marqué par nos blessures et notre histoire personnelle. En résultent des passions contradictoires qui nous animent en tant que parents. Même en s'étant juré qu'on ne ferait jamais comme nos propres parents (ce qui

signifie que nous sommes toujours dépendants d'eux puisque nous faisons en fonction d'eux et de ce qu'ils ont fait et non pas de notre ressenti singulier), qu'on ne reproduirait pas les mêmes schémas éducatifs voire les mêmes erreurs (mais est-ce des erreurs ?), on se surprend parfois à utiliser les mêmes mots. Consciemment, nous désirons tous ce qu'il y a de mieux pour nos enfants mais parfois, une partie de nous, inconsciemment, va dans le sens opposé : nous nous mettons à crier, à punir, à faire taire les émotions... Des mots désagréables non prémédités nous échappent, ils nous surprennent même parfois et s'accompagnent d'un sentiment de culpabilité.

Nos « débordements » parlent de nous, de notre histoire, de ce que nous n'avons pas compris, pas guéris. Plus nous tenterons d'en comprendre l'origine, le sens, et moins nous serons gouvernés par des automatismes inconscients (26). Ne pas imiter le passé incompris permettra de créer une autre relation parent-enfant bénéfique et épanouissante pour chacun, et de donner du sens à ce que nos aïeux ont vécu.

Alexandro jodorowski et Marianne Costa : « le passé cherche à imposer un sens au futur, mais c'est en réalité le futur qui donne un sens au passé en lui accordant une signification nouvelle » (27).

3.2 L'écoute Rogérienne au service du cheminement du parent

Se centrer sur la personne à l'image du modèle de Carl Rogers, c'est mettre de côté la question d'exercice parental et provisoirement la question de pratique de la parentalité au profit de l'expérience de la parentalité (cf. 3.1.4).

Prenons l'exemple suivant : un parent vient confier au pharmacien ses difficultés pour faire manger des légumes à son enfant.

On s'intéresse alors non pas au problème de faire manger des légumes à l'enfant mais à la façon dont le parent se pose le problème, et pourquoi cela lui pose un problème. Qu'est ce qui se joue pour le parent lorsque l'enfant ne mange pas de légumes ?

La tentation et facilité pour celui qui écoute serait d'aider le parent à ce que l'enfant mange ses légumes en lui donnant des conseils pour y parvenir : « *vous devriez les cuisiner ainsi* », « *vous devriez les dissimuler dans des recettes plus attirantes pour lui* », « *vous pourriez essayer...* » etc.

Un autre conseil tentant serait par exemple de dire : « *Peut-être que vous lui servez les légumes trop tard dans la journée et qu'il est fatigué, si vous lui donniez plus tôt ?* ».

Soumis aux questions de son patient, l'accompagnant lui donnerait ainsi une réponse directe ne correspondant qu'à la question brute de départ, pensant ainsi l'aider à résoudre son problème. Mais

en réalité, l'accompagnant ne s'intéresse pas à la raison fondamentale qui crée ce désarroi chez son patient ou ce refus chez l'enfant.

Le problème des légumes n'est qu'un arbre qui cache la forêt.

Ainsi la question brute ayant trouvé une réponse terre à terre :

- le parent n'a plus l'occasion de s'exprimer et de trouver la solution par lui-même ce qui lui aurait permis de gagner davantage en confiance en lui ;
- le patient ne peut parvenir à comprendre pourquoi cela est si important pour lui, d'arriver à faire manger des légumes à son enfant ;
- le parent ne peut s'interroger sur les raisons fondamentales qui expliqueraient le refus de l'enfant.

Le conseil de l'accompagnant devient un simple guide-pratique de la parentalité au détriment de l'expérience de la parentalité et surtout au détriment d'un accompagnement à être dans la relation parent-enfant. Ce problème-là serait peut-être résolu (ou pas) mais le parent n'a pas été aidé à se faire confiance en cherchant à comprendre le problème et donc ensuite à trouver ses propres résolutions.

Le conseil ne soutient ni l'autonomie du parent, ni le développement d'une relation saine parent-enfant.

Quand l'accompagnant écoute et s'intéresse plutôt aux émotions de son patient en utilisant les outils d'écoute active, le patient est invité à prendre conscience de ses ressentis, il se voit reformuler ses dires comme une invitation à les préciser. Seuls comptent la vision, la perception, le ressenti, la compréhension du patient.

L'écoute authentique exige à l'accompagnant de se poser : se mettre au niveau et à côté du patient, le regarder régulièrement dans les yeux...savoir utiliser le silence ou les relances passives : « *hummm, d'accord* » ou bien la reformulation en miroir et/ou perroquet « *j'entends que c'est difficile pour vous de faire accepter les légumes à votre enfant* ». On peut aussi nommer le sentiment : « *vous avez l'air déçu* », etc.

Ainsi si on permet à l'interlocuteur d'exprimer ses émotions, d'apercevoir l'enjeu qu'il met dans ce problème, sa réflexion se dégage peu à peu et il va trouver sa juste solution. En effet, l'émotion (souvent associée à une peur), trop forte risque d'encombrer la personne au point de bloquer sa réflexion, de le priver de discernement. On peut ainsi aider le parent à voir ce qui le touche dans la situation et d'en comprendre les raisons et ainsi cheminer et avancer dans sa parentalité, dans la relation à son enfant. Il apprend non seulement à respecter ses émotions, à accepter la perception qu'il a de son enfant et de sa relation à lui puisqu'il n'est pas jugé, et ainsi à se faire confiance pour réajuster sa relation à son enfant.

3.3 La parentalité face à un enfant différent et/ou en situation d'handicap.

3.3.1 Enfants à besoins particuliers

Lorsqu'un enfant souffre d'une différence au sujet d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou cognitive, il nécessite des soins particuliers. Il a les mêmes besoins fondamentaux que les autres enfants de son âge (que nous verrons plus tard) mais aussi des besoins particuliers.

De même pour les enfants ayant des troubles du développement, des troubles d'apprentissage ou du langage ainsi que pour les enfants atteints de maladie chronique.

Ces enfants ont besoin que l'on s'occupe d'eux de manière bien particulière. Ils nécessitent souvent de la part du parent, plus d'attention ou plus de temps et d'aide, et avec eux la relation parentale intime et authentique (loin des attentes extérieures familiales, sociétales et culturelles) devient une évidence.

Les parents sont davantage sollicités pour les soins du quotidien (mais aussi parfois pour les nombreux rendez-vous médicaux) ; ils sont plus exposés aux risques de fatigue physique et mentale extrême.

Le soutien et l'accompagnement à apporter à ces parents sont primordiaux, car les parents sont les principaux points d'ancrage de l'enfant, ils sont difficilement remplaçables, ce sont eux qui donnent à l'enfant un sentiment de sécurité, de permanence.

Il est donc d'autant plus important d'écouter et d'accueillir leurs peurs et inquiétudes, leurs fatigue et lassitude.

3.3.2 Conséquences de ces différences pour l'enfant et sa famille :

La liste qui suit n'est pas exhaustive ; elle regroupe les situations rencontrées par l'enfant porteur d'une différence, d'un handicap et par sa famille, et qu'il est important de garder en tête pour améliorer l'écoute et la compréhension de ce que peuvent vivre les familles concernées.

Il s'agit tant pour l'enfant que pour le parent de :

- souffrances physiques ;
- souffrances affectives et émotionnelles ;
- souffrances psychiques ;
- difficultés sociales ;
- organisation et dynamique familiale avec possiblement un impact fort sur le couple parental.

Plus spécifiquement pour l'enfant :

- difficultés scolaires, difficultés pour les apprentissages.

Plus spécifiquement pour le ou les parents :

- difficultés financières liées aux déplacements, aux rendez-vous médicaux non remboursés etc... ;
- inquiétudes pour l'autonomie future de l'enfant : c'est un enjeu fort dans les familles touchées par le handicap chez qui la temporalité n'est pas la même et qui voient très loin dans le futur de leur enfant.

Ces situations sont plus ou moins présentes selon les cas et ne seront pas appréhendées de la même façon d'un parent à l'autre. Les ressources propres à l'individu ou son entourage peuvent être des facteurs plus ou moins facilitants.

3.3.3 Enfant imaginé vs enfant réel et lien d'attachement

Le psychanalyste Michel Soulé explique que la différence chez l'enfant vient troubler le processus de renoncement qui se produit chez tout parent lors de la naissance (28).

Pendant la grossesse, les futurs parents projettent leurs attentes sur l'enfant à naître. Le parent en devenir imagine un enfant « parfait » selon ses critères, qui lui ressemblerait ou qui serait l'enfant qu'il aurait aimé être, etc.

C'est l'enfant « imaginaire », l'enfant imaginé.

A la naissance, cet enfant « imaginé » est confronté à l'enfant « réel ». Or même sans différence physique, sensorielle, mentale ou cognitive, aucun bébé ne correspond tout à fait aux attentes du parent, à son imaginaire. Cela implique de la part de tout parent un processus sain d'adaptation à la réalité qui est le renoncement à cet enfant imaginé de la naissance et tout au long de son développement.

Dans le cas des enfants présentant une différence physique, sensorielle, mentale ou cognitive, le processus de renoncement pour accueillir l'enfant réel est plus complexe, perturbé ; la différence observable souvent avant le processus d'attachement en est une cause.

L'enfant réel vient remplacer l'enfant « parfait » dont le parent rêvait. Pour le parent, cela vient troubler la construction de son identité en tant que parent et vient ainsi troubler sa parentalité.

Le parent est dépossédé de la représentation de la vie qu'il s'était construite et de ses repères présents et futurs. Cela peut être vécu comme un véritable choc qui peut provoquer un traumatisme. Il doit faire le deuil d'un futur qu'il avait pu imaginer.

Les sentiments éprouvés dans un premier temps sont alors nombreux : désarroi, déception, culpabilité, détresse, sentiment d'injustice etc. Ces sentiments peuvent venir perturber les liens d'attachement. Or l'attachement est une condition essentielle à la construction de la place de l'enfant dans la famille. Ce sont les besoins d'appartenance de l'être humain et les besoins d'appartenance à une famille qui sont mis en difficulté pour cet enfant.

Ces sentiments doivent être accompagnées avec le plus grand soin auprès de ces parents et ce d'autant plus que ces derniers sont et restent les personnes les plus à même d'apporter les bons soins à leur enfant mais également d'apporter l'ouverture d'esprit et de cœur au reste de leur famille.

3.3.4 Honte et culpabilité

La honte et la culpabilité sont deux émotions souvent retrouvées chez les parents mis à l'épreuve d'une différence chez leur enfant.

Cela peut aller de **la honte** d'avoir mis l'enfant au monde, la honte du regard des autres, la honte de ne pas réussir à le faire surmonter cette différence, la honte de ne pas avoir pu éviter cela à leur enfant voire même la honte d'avoir honte, ce qui peut engendrer un sentiment de tristesse très puissant qui peut mener jusqu'à un état dépressif profond. Chez l'enfant, cette honte peut également est ressentie avec un impact supplémentaire sur le parent.

La **culpabilité** peut-être également présente chez ces parents mais également chez les membres de la famille et parfois chez l'enfant ; elle est plus facilement exprimée par le parent et les membres de la famille, chacun à travers ses croyances, son histoire, s'appropriant une responsabilité dans ce que vit l'enfant. Pour l'enfant, la culpabilité d'être un poids pour sa famille peut-être également présente. De ce sentiment découle généralement chez chacun la mise en place d'un mécanisme de réparation contrairement à la honte qui coupe le lien social et peut entraîner le parent dans la solitude et dans un repli familial.

3.3.5 Mécanismes de défense

Maurice Ringler met en avant cinq types de mécanismes de défense psychologiques liés aux émotions négatives provoquées par une différence chez l'enfant (29). Il est important de les avoir en tête afin de mieux accompagner les parents concernés :

Besoin de réparation :

La majorité des parents s'efforcent de comprendre et d'accepter la situation afin d'apporter les réponses et les solutions les plus adaptées. La plupart d'entre eux trouve tout seul les gestes et les attitudes adaptés à la situation de leur enfant. Cette position innée de réparation, de recherche d'un équilibre devient une fonction parentale dans le cas de la différence de l'enfant. C'est un mécanisme normal activé par la culpabilité que nous avons évoquée plus haut. Une recherche de compensation.

Besoin de surprotection :

Il naît du manque de confiance des parents vis-à-vis de la société, de la famille, des autres. Qui d'autre qu'eux-mêmes veillera le mieux sur leur enfant ? Ils estiment devoir apporter plus d'attention et de soin face à la fragilité de leur enfant. Ce mécanisme de défense met souvent le parent dans un état d'extrême fatigue et l'amène à se priver d'aide extérieure.

Projection sur l'autre :

Afin de préserver sa santé mentale, cela se manifeste par la projection des sentiments négatifs (agressivité, colère, culpabilité) du parent sur une personne de l'entourage. Il s'agit d'un mode de défense archaïque, non conscientisé mais qui permet au parent de trouver un coupable pour décharger la colère qu'il ressent vis-à-vis de sa situation. Parfois ce coupable choisi est un professionnel de santé ou un membre de la famille. Cette étape de projection est une étape du deuil à faire du futur imaginé et remis en question du fait de la situation.

Déni :

Le déni est décrit comme le mécanisme le plus radical. Il est très puissant. Il s'agit de ne rien savoir en partie ou en totalité pour ne rien ressentir. Il constitue pour le parent une période de repos psychique. C'est après le choc de l'annonce, la seconde étape du deuil qui si elle est dépassée amènera à l'étape de la projection de sa colère sur l'entourage, puis à l'étape de la dépression nécessaire pour parvenir à l'étape de l'acceptation qui ensuite permettra au parent de se réinvestir totalement et d'envisager un nouveau futur en tenant compte de la situation réelle. Chacune de ces étapes est de durée variable et dépendante de la capacité psychique du parent ou de l'enfant à les vivre et à les dépasser. Elles sont progressives mais le parent peut avoir des comportements régressifs d'une étape à l'autre dans certains cas avant de progresser à nouveau. L'accompagnement ici est très important.

Dans la forme active du déni, le parent va déployer une énergie énorme pour prouver que son enfant n'est pas plus différent que les autres. Les attentes et exigences vis-à-vis de l'enfant vont alors être les mêmes que ceux attendus d'autres enfants voire de ses frères et sœurs. Il n'est alors pas toléré par le parent que l'enfant exprime ses différences ou sa souffrance. L'enfant devra trouver en lui d'énormes ressources pour être résilient.

Dans la forme passive du déni, le choc est tellement fort que le parent en arrive à se couper de ses sentiments. Il nie autant la déception liée à ce qu'il qualifie d'échecs que le bonheur des réussites. Les besoins de l'enfant et du parent sont alors niés. L'enfant peut alors pendant cette période se sentir abandonné affectivement et moralement, et se couper lui aussi de ses émotions.

Besoin d'expiation ou besoin de punition :

Dans certains cas, le parent a atteint un tel niveau de culpabilité, qu'il peut entrer dans une phase destructrice de dépréciation, où il a le sentiment de n'être pas capable en tant que parent et il étend ainsi ce sentiment à tous les domaines de sa vie. Ne rien réussir en dehors, lui permet selon sa croyance de se punir ou d'expiation sa faute. La vigilance est de mise car ces parents ont besoin d'être davantage accompagnés et orientés vers une thérapie d'ordre psychologique pour éviter qu'ils ne tombent dans une dépression sévère.

Recherche d'équilibre :

Le jeu d'ambivalence entre sentiments négatifs et positifs amène généralement à un équilibre qui permet au parent d'adopter une position juste et spontanée de réparation envers et pour l'enfant. Cela prend plus ou moins de temps selon les individus. C'est l'acceptation pour permettre de réinvestir sa vie de parent en considérant chaque jour avec justesse la situation.

Cet équilibre n'est jamais parfait et certains obstacles liés au quotidien peuvent réactiver momentanément certains mécanismes de défense comme le déni. Cela est sain et normal. C'est quand les mécanismes de défense se figent que la situation devient compliquée. Un des objectifs d'accompagnement pour faciliter le cheminement de chacun est de rassurer sur le fait que cette ambivalence de sentiments, ces allers et retours entre les étapes est tout à fait normale pour que le parent puisse garder sa lucidité et sa force pour avancer.

3.4 Autour de la grossesse

L'accompagnement de la parentalité peut commencer avant la naissance de l'enfant, parfois même avant la conception d'un enfant, en accompagnant les futurs parents dans leur projet parental. Le pharmacien ainsi que les professionnels de santé qui accompagnent la grossesse sont bien souvent les premiers avec qui les parents partageront leur questionnement et leurs difficultés. La bienveillance

des soignants et la qualité de la relation qu'ils tissent avec les futurs parents est un levier important pour construire une relation de confiance dont ils auront besoin pour être accompagnés ensuite dans leur parentalité.

3.4.1 Déroulement de la grossesse : entre angoisses, doutes et excitation

La grossesse est une période pendant laquelle la future maman peut passer par plusieurs émotions : du bonheur à la peur en passant par le doute et l'impatience. L'arrivée future d'un enfant représente un bouleversement majeur dans la vie d'une femme. C'est un changement qui peut générer de l'impatience, de l'appréhension et qui est parfois accompagné de ce que l'on appelle communément « maux de grossesse » : nausées, douleurs dorsales, brûlures gastriques. Le corps change pour s'adapter à la croissance du bébé mais au niveau hormonal, il y a du changement aussi.

Sentir son bébé bouger pour la première fois, « voir » et « entendre » son enfant lors des échographies sont des moments souvent attendus et participent à la projection de la mère dans le futur rôle qui l'attend. Car elle ne nait pas mère, elle le devient.

C'est souvent là que le conjoint commence à s'investir en tant que parent de ce petit être à venir.

Le pharmacien au détour d'un conseil pharmaceutique lié à un des désagréments de la grossesse est très souvent celui qui écoute les inquiétudes des futurs parents et celui qui les rassure pour une grossesse plus sereine.

En accueillant sans jugement les doutes et questionnements de sa patiente (ou des futurs parents) : « *Ai-je choisi le bon moment pour être mère ? Serai-je une bonne mère pour mon bébé ? Mon bébé se porte-il bien ? Et si l'accouchement était difficile ?* » ; et en adoptant une posture d'écoute active, le pharmacien amène la future mère à se faire confiance, à prendre de la hauteur avec ce qui la remue intérieurement sur le plan émotionnel et psychique et à en comprendre les raisons. Il l'aide à cheminer vers son futur rôle parental.

3.4.2 Place du père, naissance ou élargissement d'une famille, responsabilités

La grossesse et l'accouchement sont également bouleversants pour le futur père. Il attend lui aussi cet enfant mais contrairement à la mère, sans le sentir dans son ventre. Ce qui ne l'empêche pas consciemment ou non, de lui avoir déjà fait une place dans sa vie et de s'inquiéter tout autant d'être un futur bon père pour lui. C'est un processus qui se met en place avant même la conception de l'enfant et qui mature au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse si tant est que le père soit inclus dans cette dernière par la mère au quotidien et/ou via la participation aux différents examens, au cours de préparation à la naissance ou encore à l'accouchement lui-même.

A la naissance du bébé, chaque père commence à prendre la place qu'il pense lui revenir et s'établit ainsi un équilibre au sein de la famille nouvelle ou qui s'élargit, parce un homme ne naît pas père, il le devient.

3.4.3 Allaitement et sevrage

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont largement soutenus dans la littérature avec des bénéfices à court et à long terme pour la mère et l'enfant.

L'allaitement maternel exclusif est même recommandé par l'OMS jusqu'aux 6 mois de l'enfant. En effet, il améliore la santé des mères : il est associé à une réduction du risque des cancers du sein, de l'ovaire et de l'endomètre, à une réduction du risque des maladies cardio-vasculaires, du diabète ou encore de l'endométriose (30).

Cependant, un allaitement difficile, douloureux, forcé ou arrêté brutalement peut entraîner chez la mère des sentiments d'échec, d'incompétence et de difficulté dans la relation mère-enfant, et chez l'enfant des ressentis de rejet, d'abandon, de culpabilité. C'est pourquoi la décision d'allaiter son enfant doit être mûrement réfléchie, anticipée et préparée. C'est la raison pour laquelle il est important de prendre le temps d'écouter les besoins et attentes des mères, et de soutenir chacune individuellement dans son projet.

Le père doit également être impliqué dans cette décision afin qu'il soit facilitateur et soutienne la mère dans l'allaitement. La juste place du père doit alors être rappelée et valorisée : protecteur de la vie de l'enfant et de la mère et non pas nourrice de l'enfant.

Néanmoins, il est également important de soutenir celles qui auraient fait le choix de ne pas allaiter ou qui n'y seraient pas parvenues en les rassurant sur le fait qu'allaiter son enfant doit avant tout être un moment d'échange serein où se crée la relation d'attachement mère/enfant. Ce moment est d'autant plus bénéfique qu'il est vécu sans culpabilité et en total accord avec ses propres envies.

Pour le pharmacien qui est amené à conseiller autour de l'allaitement maternel ou autour des laits infantiles, il est important de pouvoir véhiculer ce discours pour éviter aux parents de ressentir de la culpabilité, pour accompagner le père à accepter les choix et les possibilités de la mère.

Plusieurs problématiques peuvent toucher les parents autour de la grossesse, nous étudierons les plus fréquentes d'entre elles : le « baby blues » et la dépression post-partum.

3.4.4 Le baby blues

Le baby blues, appelé encore « syndrome du troisième jour », fait son apparition chez la mère au cours des premiers jours après l'accouchement. Les symptômes peuvent varier d'une femme à l'autre mais les plus communs sont : une irritabilité, des pleurs sans raison apparente, un état anxieux, l'impression d'être débordée ou ne pas être à la hauteur en tant que maman, de la mélancolie, une perte d'appétit, des insomnies, des difficultés à se concentrer et des sautes d'humeur.

Le baby blues est un état passager qui s'explique par des modifications physiologiques (chute hormonale importante), une augmentation du stress et un manque de sommeil.

Le baby blues peut toucher jusqu'à 8 femmes sur 10 (80%) (31). Il est généralement passager et dure de quelques heures à deux semaines. Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent sans engendrer de séquelles et sans intervention extérieure.



Figure 56: Surmonter le baby blues

Comme présenté sur la figure 55, il y a toutefois quelques moyens permettant de se sentir mieux :

- ne pas hésiter à solliciter de l'aide ;
- se reposer et bien manger ;
- appeler ses proches, ne pas rester seule ;
- prendre soin de soi ;
- exprimer ses émotions.

Le pharmacien pourra donc conseiller dans ce sens la patiente dans cette période de baby-blues ; si toutefois, la patiente, après plusieurs semaines, se sent encore malheureuse ou dépassée par les événements ou si elle exprime qu'elle porte peu d'intérêt à son bébé, elle ne souffre sans doute plus de baby blues mais plutôt d'une dépression post-partum.

3.4.5 La dépression du post-partum

La dépression du post-partum (ou dépression postnatale) correspond à un syndrome dépressif qui apparaît post-accouchement (la période dite du « post-partum » est une période qui commence à la fin de l'accouchement et qui s'étend jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire jusqu'au moment des premières règles après la grossesse) ; cet état peut aussi bien toucher les femmes que les hommes.

Aussi appelée dépression postnatale, la dépression post-partum peut se manifester à tout moment au cours des premiers mois suite à l'arrivée du bébé. Elle est plus sérieuse que le baby blues et nécessite des soins.

La dépression du post-partum touche 15 à 20 % des nouvelles mères (une à deux sur dix). Parmi ce nombre, moins d'une maman sur dix présentera des symptômes sévères de dépression au cours des 90 premiers jours suivant l'accouchement (7%) et deux sur dix, des symptômes légers ou modérés (19%) (31).

Le taux de dépression postnatale est, dans la majorité des cas, plus élevé trois mois après l'accouchement et diminue progressivement.

À ne pas confondre avec les mamans présentant des symptômes dépressifs sans souffrir de dépression postnatale qui surviennent au cours de la période des 3 à 6 mois après l'accouchement (environ 40 % des mamans). Attention toutefois, durant la période post-partum, les symptômes dépressifs peuvent être confondus avec des signes de fatigue (31) : certains parents peuvent ainsi ne pas se rendre compte qu'ils souffrent de dépression. D'autres personnes n'osent pas en parler parce qu'elles ont peur de ce que les autres (leurs proches) pourraient penser d'elles.

Les symptômes les plus courants de la dépression postnatale sont :

- une profonde tristesse sans raison apparente ;
- des pleurs fréquents inexplicables ;
- une anxiété extrême (surtout en ce qui a un rapport au bien-être de son enfant) ;
- un épuisement permanent ou des problèmes de sommeil (dormir trop ou pas assez) ;

- l'impression d'être un mauvais parent (un sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive) et plus généralement une dévalorisation de soi ;
- une irascibilité (la personne s'énerve et s'emporte rapidement, pour des raisons futiles) ;
- une incapacité à s'occuper de son bébé ;
- absence de plaisir si le parent est capable de s'occuper de son enfant ;
- désintérêt pour les activités appréciées auparavant ;
- troubles alimentaires ;
- un sentiment que les choses ne pourront pas aller mieux ;
- un isolement de plus en plus importante ;
- des idées suicidaires (dans les cas les plus sévères).

Les spécialistes du sujet sont d'accord pour dire qu'il n'existe pas une seule cause à la dépression post-partum, mais plutôt un ensemble de facteurs qui s'additionnent et qui peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de cet état dépressif ainsi que dans son maintien.

La dépression du post-partum peut ainsi trouver son explication dans des causes physiologiques (ex. : épuisement/manque de sommeil ou changements hormonaux de la jeune mère), mais elle peut aussi être déclenchée par les changements qui découlent de l'arrivée du bébé. Elle peut également avoir comme cause le ressenti de la maman qui se sent dépassée par les contraintes et par un manque d'équilibre entre les tâches « obligatoires » et les activités agréables. Elle peut réveiller des mémoires enfouies c'est pourquoi il sera important de l'orienter vers un spécialiste si besoin.

La venue d'un enfant est quelquefois porteuse de grandes attentes réparatrices pour l'un ou les deux parents, comme resouder un couple fragile, « abîmé » par les années, redonner à une mère vulnérable confiance en elle ou combler un manque affectif. Dans de pareils cas, la naissance de l'enfant n'apportant pas ce qui est attendue, elle peut parfois être démoralisante durant les premiers jours et provoquer d'importants sentiments dépressifs.

Dans la société actuelle, il est communément véhiculé que devenir parent doit toujours être une expérience positive (comme le démontre les photos qui circulent sur les réseaux sociaux). Pourtant, ce n'est pas toujours le cas.

Cette image idéalisée de la parentalité peut contribuer à l'apparition d'un sentiment de culpabilité ou encore causer une perte d'estime de soi chez les femmes et les hommes pour qui l'expérience de la parentalité n'est pas « un long fleuve tranquille » et qui doivent composer avec des difficultés plus ou moins importantes.

Le pharmacien amené à accompagner des parents souffrant de dépression postnatale doit faire passer le message suivant à ses patients : « *souffrir de dépression post-partum ne fait pas de vous un mauvais parent* ». Il ne faut pas que ces parents hésitent à informer leur entourage de leur mal-être. Solliciter de l'aide est responsable et arrive à tout le monde dans sa vie de parent.

Comme nous l'avons vu au début de cette partie, les pères peuvent aussi être touchés par la dépression postnatale. Ils présentent toutefois des symptômes moins marqués que ceux des mères. Qui plus est, les hommes, pour la majorité d'entre eux, demandent de l'aide avec difficulté et peuvent ne pas se sentir légitimes à la demander ; c'est pourquoi ils peuvent avoir tendance à exprimer leur mal-être davantage par de la colère, de l'impatience, de l'irritation, de la violence conjugale et des abus de toutes sortes (alcool, drogue) que par de la tristesse et des pleurs.

Au cours des 90 premiers jours suite à l'accouchement, la dépression postnatale est présente chez environ 8 % des pères, et ce taux augmente 3 à 6 mois après la naissance de l'enfant. Par la suite, la proportion de pères touchés diminue (31).

Les pères risquent davantage de faire une dépression postnatale s'ils présentent un ou des facteurs de risque suivants :

- occuper un emploi peu épanouissant ;
- être dans une relation conjugale insatisfaisante ;
- ne pas avoir voulu l'enfant (grossesse imprévue) ;
- avoir de mauvaises relations sociales ;
- avoir un faible niveau socioéconomique ;
- avoir une conjointe souffrant de dépression ou avoir soi-même déjà fait une dépression.

Certains pères peuvent commencer à ressentir un état dépressif plus tôt, au cours de la grossesse, et un père sur deux qui est déprimé durant la période de grossesse le serait encore deux mois après l'accouchement de sa partenaire.

De récentes études indiquent que la proportion de troubles anxieux diagnostiqués chez les pères varie de 4 à 16 % durant la grossesse et de 2 à 18 % durant la période post-partum (31).

Le pharmacien accompagnant peut donc aussi avoir affaire à de nouveaux papas qui auront besoin d'aide durant cette période et qui ne devraient pas hésiter à consulter.

Nous avons vu que la dépression post-partum touchait les pères ainsi que les mères, cependant elle a également une incidence sur l'enfant : elle réduit la capacité du parent à s'occuper adéquatement de son enfant, ce qui diminue les interactions parent-enfant. Si elle n'est pas traitée, la dépression post-partum peut donc non seulement nuire aux parents, mais aussi au développement du lien d'attachement entre le bébé et le parent dépressif avec une conséquence sur le développement de l'enfant.

S'il apparaît que les troubles dépressifs maternels ont un impact sur le développement de l'enfant, il faut souligner que ces répercussions ne sont pas systématiques, qu'elles ne sont pas encore bien connues, et qu'elles peuvent être atténuées par d'autres personnes de l'entourage (présence du père ou d'un substitut maternel, par exemple).

Il est donc primordial de savoir détecter le plus précocement possible les patients en situation de dépression post-partum afin de leur proposer un accompagnement, de les orienter vers un spécialiste.

3.5 L'enfant

3.5.1 Les 1000 premiers jours de l'enfant

Une commission dite des « 1000 premiers jours » présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik a regroupé en 2020 plusieurs experts : psychiatres, spécialistes de l'éducation, travailleurs sociaux, cliniciens spécialistes de la grossesse et du jeune enfant, sage-femmes.

Les travaux de cette commission ont démontré que cette période des 1000 jours, allant globalement du quatrième mois de grossesse aux deux ans de l'enfant, est une période charnière pour le développement et la sécurisation de l'enfant ; elle contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie. C'est un vrai enjeu de santé publique (32).

Les connaissances autour de l'importance des liens précoces bébé-parent ont montré que le bébé est aussi initiateur de la parentalité, consacrant une part importante de son activité à s'assurer de la proximité et de l'attention de ses parents, gages de son sentiment de sécurité. Assuré de leur disponibilité, de leurs réponses ajustées à ses besoins, il est plus libre ensuite de découvrir le monde.

Ces connaissances ont été enrichies de recherches sur la vie mentale des bébés, leur curiosité, mode de pensée et créativité, qui permettent les extraordinaires apprentissages dont ils sont capables. Ces premiers apprentissages commencent très tôt – in utero - et sont complexes.

Le langage y occupe une place cruciale. Ce sont les interactions sociales où l'enfant se sent écouté et encouragé qui sont les plus efficaces.

Le jeu, la musique, la danse, l'activité motrice sont ainsi essentiels dans le développement cognitif de l'enfant. Ces activités conjointes sont sources d'émotions positives. La mise en évidence de cette période clé dans la vie de l'individu a également été renforcée par la meilleure connaissance de l'influence de l'environnement (qualité de l'air...), des modes de vie (alimentation, activité physique, sommeil...) et de la qualité des relations sur l'expression des gènes et la santé globale de l'individu.

C'est grâce à ces connaissances que peuvent être identifiés les nombreux facteurs qui ont des effets sur le bien-être physique, psychique et le développement émotionnel et cognitif de l'enfant. Cette influence factorielle peut avoir des effets immédiats, comme les interactions réelles évoquées plus haut, mais aussi des effets à long terme et s'exprimer tout au long de la vie.

3.5.2 Sa construction psychique, affective, cognitive et sociale

La qualité de l'évolution psychique et affective d'un petit enfant est la base de son bien-être, de son équilibre et détermine son développement mental futur et ses capacités d'ouverture sur le monde(32).

Pour celui qui souhaite donner au petit enfant des conditions de vie favorisant son développement et son équilibre, il est intéressant de connaître les principales données des nombreuses études faites depuis plus de 50 ans sur l'évolution psychologique et affective de l'enfant de 0 à 6 ans ; nous allons voir ci-après les besoins essentiels du petit enfant qui sont malheureusement encore bien souvent ignorés par manque d'informations.

Le développement psycho-affectif de l'enfant n'est pas un phénomène simple ; il est constitué de mécanismes complexes qui mêlent génétique, physiologie et environnement extérieur.

L'histoire de l'enfant ne commence pas à sa naissance. À la suite des neuf mois de grossesse, l'accouchement est pour le nouveau-né le premier événement bouleversant qui le met en contact avec un monde étranger. Jusqu'à ce moment précis, le fœtus était parfaitement protégé des agressions extérieures et il ne « faisait qu'un » avec sa mère.

Au cours des derniers mois de sa grossesse, les mères pour la plupart connaissent parfaitement ce qui fait réagir l'enfant qu'elles portent : ses propres émotions, ses propres sensations et ressentis mais aussi les stimuli environnementaux tels que la musique ou certains sons familiers, ou au contraire étrangers, le stress environnemental etc...

Les connaissances acquises dans le domaine de l'immunologie ont montré que le fœtus puis le nouveau-né est fortement lié à ses parents de par ses gènes et ainsi que l'enfant ne se dissocie pas clairement des structures maternelles. On sait par exemple que les antigènes qui protègent la mère de certains germes microbiens vont persister chez le nouveau-né et le protéger ainsi pendant plusieurs mois.

Par ailleurs il a été prouvé par de nombreuses études que le nourrisson ne se distingue complètement de sa mère, en moyenne, qu'à l'âge de 6 à 8 mois, l'âge où il prend conscience de son existence dans le miroir.

Il existe donc bien une continuité biologique et affective entre la mère et son futur enfant, puis entre la mère et le nouveau-né, et souvent même longtemps après la naissance.

Cette continuité biologique et affective s'exprime visiblement lors de l'allaitement maternel et des relations privilégiées mère-enfant associées. Lors de l'allaitement (au sein ou au biberon), une relation intime très spéciale se noue entre le nourrisson et sa mère : elle se manifeste à travers le regard, par des mimiques, des sourires, ... Cette première relation va faire de la mère la première figure d'attachement pour l'enfant, source de sécurité et de confiance. Cette relation est indispensable à l'équilibre affectif du nourrisson. Le regard de la mère sur son bébé, permet à l'enfant d'acquiescer ce sentiment d'exister.

L'intimité biologique de la mère et du fœtus se poursuit après l'accouchement sous la forme d'une relation duale privilégiée, le nourrisson ne se distinguant réellement de sa mère qu'après plusieurs mois. Le processus d'attachement précoce du nourrisson à sa mère, quel que soit son mécanisme, est une réalité fondamentale : elle va permettre au petit enfant d'acquiescer la sensation de sécurité permanente qui est indispensable à son équilibre et à son évolution affective et mentale.

La compréhension de cette notion d'attachement du petit enfant s'est avérée indispensable pour la compréhension de son évolution psycho-affective. Cette notion d'attachement n'est pas assimilable à celle d'amour, car la proximité physique en est un élément indispensable.

La définition d'une figure d'attachement est une personne qui apporte à l'enfant du confort, du soutien, une protection, un refuge dans les situations angoissantes, et des soins lorsque cela est nécessaire.

De ce fait, lorsque l'enfant est séparé de sa figure d'attachement la plus sécurisante, ceci peut lui générer de l'angoisse.

Le contact du père a une signification différente : il est précoce et intermittent, et permet à l'enfant de construire avec lui une relation de confiance. Il participe très tôt à l'équilibre psychologique de

son enfant. Il accompagne la mère dans sa relation affective avec l'enfant. C'est lui qui, graduellement, favorise les premières expériences personnelles avec le monde extérieur et permet à l'enfant de s'individualiser, de se séparer de la mère. Son mode de contact avec son enfant se situe dans un registre plus « physique » et « dynamique » : la pratique d'exercices, de jeux, d'épreuves simples et de leur progression dans le temps dans une atmosphère sécurisante et dynamisante. Ce rôle spécifique du père reste une réalité dans les situations de séparation parentale.

Celle-ci permettra au père de participer pleinement à l'ouverture de son enfant aux premiers contacts extérieurs et aux premières expériences personnelles. Sécurité et confiance sont les conditions de ce cheminement.

Ainsi, père et mère sont complémentaires pour répondre aux besoins du nourrisson et du petit enfant : la mère représente pour le petit enfant la référence permanente et la sécurité de base, le père la base de l'ouverture progressive au monde dans un climat de confiance, à travers un contact tonique répété et intermittent.

Cette situation du petit enfant évolue naturellement avec l'âge, la maturité et les aptitudes physiques et intellectuelles de chacun. Son autonomie naissante et sa confiance en soi lui permettront d'apprendre à évoluer peu à peu parmi les enfants de son âge et parmi les adultes. La qualité des échanges quotidiens, des jeux, la présence de frères et sœurs, influenceront naturellement sa progression. La vie familiale ainsi que son environnement, la crèche et plus tard l'école seront aussi des facteurs de cette évolution. On voit que derrière un ensemble de références essentielles pour le petit enfant, de nombreux éléments de la vie quotidienne influenceront son avenir. Chacun devra être pris en compte dans le cas où l'enfant, pour diverses raisons, n'a pas ou aura perdu sa référence familiale fondamentale.

Le petit enfant, particulièrement de 0 à 6 ans environ, vit une période très importante : celle de la construction de sa personnalité et de sa vie psychique. Cet âge sensible correspond à des besoins physiques, mais aussi à des besoins affectifs et psychologiques qui ne sont pas ceux d'un adulte et qui doivent être respectés.

Parmi les différentes races animales, le nourrisson puis le petit de l'homme se distinguent par la lenteur et la progressivité des acquisitions physiques et psychologiques et l'installation tardive de son autonomie. Mais, comme chez les mammifères proches de l'homme, cette période est capitale pour l'avenir et les parents y ont un rôle essentiel.

Le rôle du père et de la mère ne sont pas figés, certains pères ayant une part maternante prédominante. L'enfant a besoin de l'un et de l'autre, leur complémentarité étant le meilleur gage de son équilibre affectif et de son évolution psychologique.

À noter que dans les couples homoparentaux, cette complémentarité se crée par le fait que chacun des membres du couple exprimera une part plus ou moins maternante (sécurité de base) ou paternante (ouverture progressive au monde). Dans les situations monoparentales, le parent présent devra pour l'équilibre de l'enfant, assurer à la fois la sécurité et l'ouverture au monde.

3.5.3 Les besoins de l'enfant

3.5.3.1 Définitions

Dans le langage courant, le besoin exprime une exigence de la nature ou de la vie sociale nécessitant un assouvissement et ce souvent de manière rapide. Au sens littéral, le besoin doit être impérativement satisfait, dans le cas contraire, l'individu risque de pâtir gravement de la situation ; le besoin possède donc un caractère de « nécessité ».

Il existe des besoins fondamentaux, comme les besoins de considération et de dépassement. Leur non-satisfaction dans l'enfance entraînerait des troubles du développement et l'impossibilité de faire face aux événements et aux contraintes de l'existence (33).

Dans le domaine du coaching et du développement personnel, une théorie est souvent citée, la théorie de Maslow : ce psychologue américain du 20^e siècle a représenté sous forme d'une pyramide la « hiérarchie des besoins ». Selon lui les besoins physiologiques qui sont à la base de la pyramide doivent être assouvi pour pouvoir passer au deuxième niveau de la pyramide ; les besoins du deuxième niveau (sécurité) doivent être assouvis afin de passer au troisième, etc. (cf. figure 57).



Figure 57: Pyramide des besoins selon Maslow

Si l'on applique la théorie de Maslow et qu'on la transpose aux besoins des enfants il en résulte que tant que les besoins physiologiques et de sécurité des enfants ne sont pas assouvis ces derniers ne pourront pas s'épanouir, ni réaliser leurs désirs ni exprimer leur potentiel (besoin d'accomplissement de soi).

3.5.3.2 Les besoins fondamentaux

Pour les enfants, nous pouvons identifier des besoins dans 3 domaines : psychologiques, physiques (sécurité) et existentiels (appartenance, estime de soi, accomplissement). Afin d'aider les parents rencontrant des difficultés avec leurs enfants, le pharmacien pourra poser certaines questions pour éclairer le parent et lui permettre de se rendre compte de la position de son enfant dans la pyramide de Maslow.

Les besoins physiologiques :

L'enfant a-t-il assez mangé, assez bu, assez bougé, assez dormi ? Est-il propre ? A-t-il éliminé correctement ? Il est intéressant de constater à travers l'enquête que les parents s'interrogent souvent sur ces besoins et cela constitue de nombreuses demandes auprès du pharmacien.

Le besoin de sécurité :

L'enfant se sent-il en sécurité (physiquement, affectivement et psychologiquement) ?

Le besoin d'appartenance :

L'enfant a-t-il le sentiment d'être aimé ? Reçoit-il suffisamment de marque d'amour et d'attention ?

L'enfant a-t-il assez d'occasions d'entrer en communication avec l'autre ?

Le besoin de reconnaissance et d'estime de soi :

L'enfant est-il conscient de ses qualités ? A-t-il confiance en lui ? A-t-il le sentiment qu'on lui fait confiance ? Est-ce qu'il se sent encouragé et est-ce qu'il croit en lui ?

Le besoin de s'accomplir :

L'enfant est-il dans un processus d'apprentissage (y compris par le jeu) ? Les parents le laissent-ils faire, le laissent-ils être autonome et prendre des décisions ? Est-ce qu'il cultive sa créativité ?

L'un des besoins fondamentaux de l'enfant est d'éprouver la satisfaction de faire les choses par lui-même (attention, ça ne veut pas dire « totalement seul », mais sous le regard d'un adulte qui témoigne de sa réussite). Les acquisitions qui viennent au temps opportun (par exemple, la marche) sont beaucoup mieux ancrées et harmonieuses, y compris sur le plan moteur, que celles qui sont acquises à la demande des parents, par forcing. Cela ne signifie pas qu'il ne faut rien attendre d'un enfant ou qu'il ne faut pas l'aider dans ces acquisitions mais que chaque enfant a son propre rythme et que les étapes de son développement se réalisent en général à point nommé quand il se sent prêt.

« *L'enfant a besoin d'un abri sûr pour grandir sans être dérangé* » **Hannah Arendt, philosophe, 1962**

« *L'enfant n'appartient ni à sa famille, ni à l'État, il n'appartient qu'à sa future liberté* » **Mikahil Bakounine, philosophe, 1961**

Une autre manière de classer les besoins de l'enfant est également possible selon Brazelton et Greenspan ainsi ils peuvent être divisés en 7 catégories (33) :

Le besoin de relations chaleureuses et stables

Tous les travaux confirment cette évidence. Il s'agit de relations émotionnelles interactives qui se manifestent dès le plus jeune âge. Avant d'être gestuelles ou verbales, elles s'expriment par le regard, les mimiques, les sourires... qui traduisent lors des tout premiers échanges avec la ou les figures d'attachement, l'importance et la primauté du système affectif du bébé.

Le besoin de protection physique, de sécurité et de stabilité

Elle concerne les dimensions affective et psychologique. L'enfant a besoin d'un milieu stable ainsi que de relations familiales et sociales, saines, lui permettant d'éprouver une sensation de sécurité. On connaît à l'inverse les effets néfastes du stress familial et environnemental qui peut réaliser une authentique maltraitance psychologique.

Le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles

Chaque enfant est différent sur les plans émotionnel, relationnel et dans le domaine de l'apprentissage. Son comportement évoluera avec l'âge et la maturité. Il faut avoir une approche spécifique de la relation avec chaque enfant ; il n'existe pas d'attitude ou décision standardisée et préétablie.

Le besoin d'expériences en fonction du développement

À chaque âge ses besoins. Ceux-ci sont différents en fonction de l'âge de l'enfant : dès 3 à 4 mois, l'enfant aura besoin de se sentir en sécurité vis-à-vis des événements extérieurs ; entre 4 et 6 mois, la sécurité intérieure permettra des relations confiantes avec les personnes ; le développement de la communication non verbale puis de la conscience de soi de 6 à 18 mois ; enfin la maîtrise des mots et de la pensée. L'organisation de la vie de l'enfant (échanges, jeux, activités diverses...) doit naturellement tenir compte de ces évolutions.

Le besoin de limites, de cadre, et d'attentes

Il s'agit des apprentissages, qui sont rendus possibles par le climat de confiance et de sécurité établi entre l'enfant et les personnes autour de lui. La discipline doit être progressivement apprise sous la forme d'un enseignement répété et patient. Le but pour l'enfant étant de faire plaisir aux personnes proches et de contrôler ses impulsions tout en étant respecté et aimé, et plus tard d'acquérir une véritable autodiscipline de vie.

Le besoin d'une communauté stable et de son soutien, de sa culture

C'est pour l'enfant le besoin de vivre dans un milieu où il est intégré, accepté, aidé dans ses démarches relationnelles. La langue, le type de civilisation, la culture, la religion... y participent. De même la famille, les personnes assurant la garde, l'école, les activités sportives et culturelles ...

La protection de l'avenir de la société

C'est un besoin qui n'est pas spécifique à l'enfant mais qui concerne toutes les franges de la société :

L'augmentation des séparations parentales, l'évolution des conditions de vie, la moindre disponibilité des parents (par leur travail ou à cause de l'hyperconnectivité de la société qui accapare l'attention de certaines personnes) sont de plus en plus pour l'enfant des causes de carence affective et de privation de ses besoins essentiels. Cette évolution n'est pas sans influence sur les relations interhumaines. À côté des problèmes de démographie, d'alimentation, de santé physique, assurer les besoins psychologiques et affectifs des bébés et des jeunes enfants est une nécessité pour l'avenir de notre société et des générations à venir qu'ils représentent.

3.5.3.3 *Le besoin de mouvement et le besoin d'extérieur comme besoins fondamentaux*

Nous avons vu dans l'enquête qui a été faite dans la première partie, qu'un des comportements qui rassure le parent est quand l'enfant bouge beaucoup : en effet il s'agit d'un besoin fondamental de l'enfant.

Dans nos sociétés urbaines, nous avons tendance à oublier que respirer l'air du dehors, courir, marcher, se dépenser physiquement, jouer à l'extérieur, être en contact avec la nature sont des besoins naturels.

Pour développer son sens de l'équilibre et affiner ses fonctions motrices, un enfant a besoin de mettre son corps face à des situations parfois périlleuses qui lui demanderont de lever la jambe plus haut, de tendre le bras plus loin pour trouver un appui, de chercher davantage son équilibre.

Pour couronner le tout, le manque de maturité de son cortex préfrontal ne lui permet pas de freiner ou d'inhiber ses impulsions. L'enfant est littéralement dans l'agir et dans l'instant présent. En brimant l'exploration spontanée d'un enfant par des interdits, ce n'est pas juste l'enfant que l'on freine, mais son intelligence qui est en train de se construire sous nos yeux, ses capacités à se dépasser, à aller plus loin.

Quand les besoins de bouger et de « prendre l'air » ne sont pas comblés, les enfants sont physiquement en état de manque et peuvent montrer des signes de tension que certains adultes ont tendance à étiqueter comme de l'hyperactivité, de l'instabilité, ou encore de la nervosité. Tout se passe comme si dans nos sociétés dites développées, l'expression d'un besoin humain naturel était une pathologie chez les enfants.

Les besoins du corps sont trop souvent réprimés et empêchés par la manière dont est organisée la vie des enfants (rester assis à l'école, nombreux trajets en voiture, activités extra scolaires dirigées par l'adulte, baisse du temps de jeu libre et en contact avec la nature).

Des besoins de bouger insatisfaits de manière chronique peuvent être compensés ou exprimés de manière inconsciente par l'enfant, par exemple par des comportements alimentaires compulsifs, des troubles du sommeil, voire des symptômes psychosomatiques. (34)

Le mouvement permet aux enfants de se sentir bien, de se libérer de leurs tensions, d'exprimer ce qu'ils ressentent. Les activités corporelles représentent aussi une aide précieuse pour tous les apprentissages intellectuels.

Pour Peter Gray, chercheur et universitaire américain en psychologie, si on enlève le jeu libre aux enfants, on les prive de la possibilité (34) :

- de comprendre que le monde n'est pas si effrayant que ça ;
- d'éprouver de la joie et de la fierté ;
- de faire « comme si » et de s'échapper de certaine réalité par l'imaginaire ;
- de se frotter aux autres ;
- de confronter des points de vue ;
- de pratiquer l'empathie ;
- de surmonter leur narcissisme ;
- de créer et innover.

Pour Maria Montessori, médecin et pédagogue italienne, mondialement connue pour la méthode pédagogique qui porte son nom, la pédagogie Montessori, l'intelligence se développe par le mouvement (35).

Une grande erreur est de séparer complètement vie physique et vie psychique ; aussi, les jeux doivent-ils être inclus dans le programme d'enseignement de l'enfant de façon qu'il développe son corps en même temps que son esprit.

Il est essentiel que pour notre nouvelle éducation le développement mental soit relié au mouvement et en dépende. Sans le mouvement, il n'y a ni progrès, ni santé mentale.

Il est également extrêmement important que les enfants puissent avoir accès à la nature :

Le laboratoire du Dr Mark Nieuwenhuijsen, chercheur au Centre for Research in Environmental Epidemiology à Barcelone, a mené une étude auprès de 2 600 élèves dans 36 écoles différentes visant à comprendre les effets positifs de la présence de verdure dans l'environnement proche des enfants sur le niveau de développement de leurs fonctions cognitives.

Les élèves (entre 7 et 10 ans) étudiés dans le cadre de cette étude ont été suivis pendant une année scolaire complète et, 4 fois dans l'année, il leur a été demandé de passer des tests mesurant le niveau de développement de leur mémoire de travail ainsi que de leur capacité de concentration.

Les chercheurs ont ensuite vérifié via des images satellites du quartier, de l'école et du domicile des enfants s'il y avait des espaces verts à proximité proche de ces enfants.

Les chercheurs ont pu démontrer une corrélation positive entre le niveau d'exposition à la verdure et le niveau de développement des fonctions cognitives (mémoire de concentration et de travail) : plus il y a d'espaces verts dans et autour des écoles, plus les fonctions cognitives des enfants sont développées.

Le Dr Mark Nieuwenhuijsen explique que le simple fait de regarder de la verdure a un effet direct sur la santé mentale et le niveau de stress (36).

Bien qu'on ne sache toujours pas expliquer exactement pourquoi et comment, il est acquis que le contact avec la nature améliore la santé mentale des personnes (aussi bien enfants qu'adultes).

On parle « *d'enfants de l'intérieur* » pour les enfants qui rentrent à la maison après l'école et passent d'un intérieur à un autre intérieur : école, voiture, maison, écran. Cette éducation de l'intérieur aurait des effets dévastateurs (37) :

- augmentation des problèmes de santé physique et psychique ;
- culture de l'assistanat et de la dépendance ;
- déresponsabilisation face au futur de la planète et manque de solidarité humaine ;
- intolérance de plus en plus grande à l'enfance (au bruit, au désordre, à la saleté, au mouvement...).

3.6 Le rôle de l'environnement sur le développement du cerveau de l'enfant

Le développement du cerveau (ou neurodéveloppement) correspond à la construction progressive de l'architecture du système nerveux et du cerveau.

C'est un sujet d'une grande complexité qui a bénéficié ces dernières décennies du développement spectaculaire de la neurobiologie et de l'apparition des nouvelles technologies d'imagerie cérébrale. M. Jeannerod, Professeur à l'Université Claude Bernard – Lyon I et Directeur de l'Institut des Sciences cognitives, a clairement exposé ce sujet (38).

Nous nous limiterons ici à une présentation simplifiée du développement du cerveau de l'enfant ainsi qu'à quelques conclusions essentielles qui mettent en lien le rôle des facteurs extérieurs sur le développement et le fonctionnement du cerveau

3.6.1 Pendant la vie intra-utérine

Cette première phase est régie par le patrimoine génétique individuel : développement des organes de perception (comme l'œil ou la cochlée qui reçoivent les messages visuels ou auditifs par exemple), mise en place du câblage neurones-synapses qui assurent la transmission nerveuse vers les zones cérébrales spécialisées (de la vision ou de l'audition par exemple) et qui sont destinées à recevoir et intégrer les messages dans le système cérébral. Les perceptions du corps et du monde extérieur par le fœtus puis par le nouveau-né participent également au développement des structures cérébrales dès la période intra -utérine.

3.6.2 Après la naissance

Après la naissance, les connexions du cerveau continuent à s'organiser : elles sont déjà complexes et permettent à l'influx nerveux d'atteindre des parties du cerveau qui gèrent les fonctions affectives et cognitives.

Si nous prenons l'exemple d'une perception visuelle : elle part de l'œil (organe sensoriel) puis par l'intermédiaire des neurones arrive au territoire cérébral spécialisé de la vision mais pas uniquement. Les informations visuelles vont être déposées dans la zone cérébrale de la vision et diffusent instantanément à d'autres structures du cerveau laissant ainsi son empreinte définitive dans les territoires affectifs, cognitif et/ou de la mémoire.

Ces connexions en tous sens sont très importantes car elles assurent la diffusion de l'information à l'ensemble du système cérébral. Ce processus, essentiel pour la construction du cerveau, se poursuit en fait pendant toute la vie.

C'est à ce moment que des sollicitations extérieures répétées (expériences bonnes ou mauvaises) laissent des traces plus profondément dans le cerveau car les voies nerveuses deviennent plus perméables à l'influx nerveux lorsqu'elles sont plus souvent utilisées : c'est l'un des mécanismes des apprentissages.

3.6.3 Principales conclusions sur le sujet

- Les expériences et interactions précoces ont un impact décisif sur l'architecture du cerveau (façon dont il est « câblé ») et sur la nature et l'envergure des aptitudes de l'adulte : capacités intellectuelles, psychologiques et le comportement affectif ;
- Les stimuli comportementaux et environnementaux, chez l'enfant dont le cerveau est en plein développement, ont des effets importants. L'environnement du petit enfant (parents, conditions de vie) et la qualité de ses relations et des soins qu'il reçoit, ou, à l'inverse, le stress affectif ou psychologique, impriment leurs effets sur l'activité et sur le développement des structures cérébrales ;
- Le cerveau est un organe extrêmement important dans les relations enfant-parent ; il est défini comme étant « l'organe de l'attachement » : la chimie du cerveau réagit essentiellement aux événements de l'environnement et aux conditions dans lesquelles l'individu se trouve.
- Pendant l'allaitement, il est démontré que les stimuli sensoriels (regard, toucher, parole) de la mère à son bébé interviennent dans le développement anatomique des dendrites. De même, lorsque les enfants sont nourris au sein, les gras et les sucres contenus dans le lait stimulent des récepteurs du goût liés à des réseaux nerveux produisant un narcotique naturel qui déclenche une légère analgésie, un apaisement (39).
- Le stress affectif et psychologique chronique entraîne chez l'enfant une hypersécrétion de cortisol qui provoque une atrophie de certaines cellules nerveuses et un déficit de la mémoire « inconsciente », base de la sécurité. Cependant l'attachement réciproque de la mère et du bébé semble réduire définitivement ce taux de cortisol, permettant un retour à une situation normale. Dans le cas d'une séparation mère/enfant prolongée ou d'un stress chronique ce taux augmente définitivement. Un manquement parental précoce altère de façon permanente le développement des systèmes du cerveau, responsables de la réponse émotionnelle au stress. Ces anomalies deviennent définitives si le stress persiste. De brèves périodes de stress ne sont pas néfastes, car elles peuvent permettre à l'enfant un dépassement de soi. Mais un stress fréquent ou sur des périodes prolongées peut affecter négativement le développement de l'enfant.

Le stress fait partie des stimuli capables de modifier l'expression des gènes « dormants », et par cet intermédiaire certains caractères et capacités cérébrales. De même que les apprentissages modifient les connexions et les interrelations entre les cellules nerveuses.

Toutes ces données nous montrent bien que le cerveau ne se développe pas indépendamment de l'environnement matériel, humain et social. L'environnement, et avant tout, chez le petit enfant, le phénomène d'attachement affecte les fonctions du cerveau et la construction des structures cérébrales.

3.7 Les émotions

3.7.1 Définitions

Une émotion que l'on retrouve chez l'enfant comme chez l'adulte est une manifestation qui émerge automatiquement, et dans ce cas impose sa présence sur toute autre activité.

On peut distinguer cet état de l'humeur qui est un phénomène chronique, diffus, global et d'intensité modérée, il n'existe aucun déclencheur spécifique qui assure son maintien.

Elle peut perdurer sans être orienté vers un objet, elle influe sur le comportement et abaisse le seuil de déclenchement des émotions.

Il faut également distinguer les émotions et le tempérament, ce dernier correspond plutôt à un trait de caractère de l'individu. (40)

Les émotions sont donc les états affectifs les plus saillants, les plus intenses et les plus accentués, ce sont des phénomènes aigus dont la durée est relativement brève.

Elles sont des manifestations brusques, soudaines, qui font passer les individus d'un état à un autre et sont généralement précédées d'un souvenir, d'une sensation ou d'un événement particulier. Elles entraînent des modifications physiologiques, comportementales et cognitives.

L'identification des émotions varie beaucoup d'une culture à l'autre et d'une langue à l'autre. On peut citer l'exemple des Esquimaux qui n'expriment pas la colère et qui ne possèdent pas de termes pour l'évoquer ou l'exemple de la langue tahitienne dans laquelle il n'existe pas de mot pour décrire la tristesse (40).

Les sensations corporelles liées aux émotions sont elles aussi spécifiques à chaque individu et à leur culture.

Chaque individu affronte à sa façon et dans sa singularité les événements qui se présentent à lui.

Il existe cependant 2 modèles qui permettent de classer les émotions :

- Le modèle bidimensionnel définit les émotions suivant 2 axes : l'axe « plaisir-déplaisir » et l'axe « activation faible-activation élevée » qui mêle le degré d'implication de l'individu (selon le plaisir ressenti) et son niveau de vigilance (40) (ou de présence à lui-même).

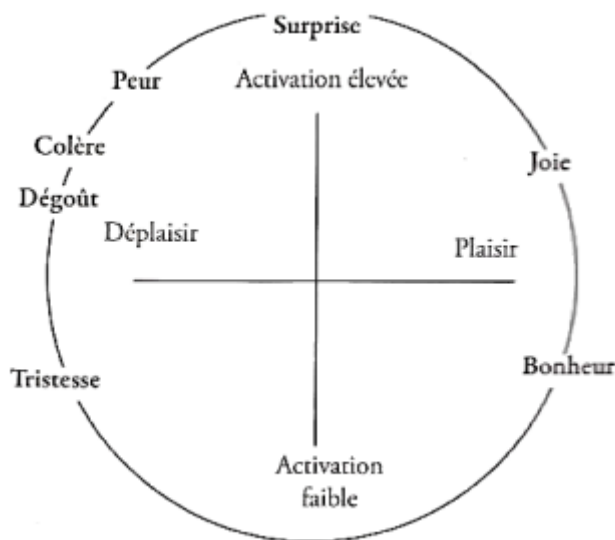


Figure 58: Le modèle bidimensionnel du classement des émotions

- Le modèle hiérarchique divise les émotions en 2 catégories supra ordonnées : les positives et négatives puis en catégories basiques et subordonnées comme on peut le voir dans la figure ci-dessous (40)

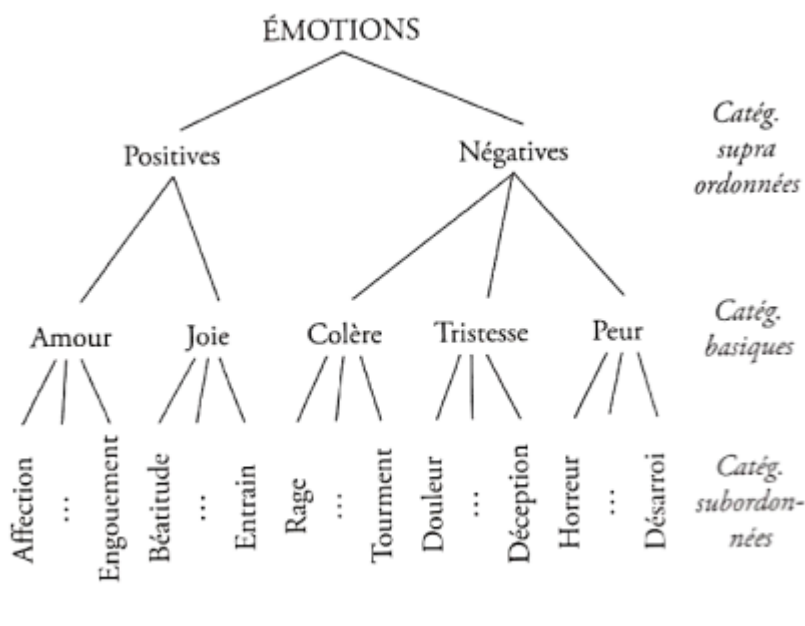


Figure 59: Le modèle hiérarchique du classement des émotions

3.7.2 Les émotions de base et leur expression chez le jeune enfant

Les émotions sont au cœur de l'individu, et sont des éléments essentiels de son existence. Chez l'enfant, elles ont un sens, une intention. Elles donnent à son parent des informations, des indications sur ce qui est bon pour lui, sur ses besoins. Elles sont tels les signaux qui s'allument sur le tableau de bord d'une voiture, elles communiquent une information importante.

Apprendre à gérer ses émotions fait partie des principales tâches développementales de l'enfant entre un et six ans tout comme la motricité, le contrôle des sphincters, et le langage par exemple. Il a besoin d'être accompagné par ses parents car la gestion des émotions est une compétence que l'enfant acquiert progressivement.

La maturation progressive des « trois cerveaux » composant le système cérébral est directement liée à l'acquisition naturellement progressive de la maturité émotionnelle de l'enfant.

Le cerveau reptilien ou « cerveau archaïque » est la partie la plus ancienne du cerveau humain et gère les fonctions primaires telles que la respiration ou les battements du cœur. Il est également responsable du déclenchement des comportements instinctifs face au danger. Ce sont l'ensemble des réflexes archaïques de survie comme la fuite ou l'attaque.

Le système limbique ou « cerveau émotionnel » est quant à lui le siège du traitement des perceptions sensorielles, de la mémoire, et des émotions.

Le néocortex ou « cerveau cartésien » occupe la plus grande proportion du volume cérébral total et enveloppe le cerveau reptilien et le système limbique. Il est responsable des fonctions comme le raisonnement et le langage. Au sein du néocortex, le cortex pré-frontal (ou orbito-frontal) joue un rôle important dans les capacités d'empathie, de régulation des émotions, de développement du sens moral et à prendre des décisions. C'est lui qui nous permet de surpasser nos émotions fortes pour analyser ce qui nous arrive et nous amener à décider ce qu'il convient de faire (refouler les réactions impulsives par exemple). Le cortex pré-frontal est également en lien avec les aires du langage et il s'avère que nommer les émotions vécues permet de les réguler. La neuro-imagerie a permis de démontrer que verbaliser son ressenti dans une situation anxiogène tranquillise la zone du système limbique suractivée par la peur par exemple.

Le cortex pré-frontal, élément organisateur (raisonnement, stratégie) qui contrôle donc les impulsions et les émotions, mature très lentement jusqu'au début de l'âge adulte (en moyenne 25 ans) et ne commence à être opérationnel qu'entre 5 et 7 ans.

On parle d'ailleurs de l'âge de raison pour faire référence à cette période. Avant cet âge on observe chez l'enfant des comportements davantage impulsifs, le cerveau archaïque et le cerveau émotionnel dominant. (41).

Le jeune enfant reçoit les émotions de plein fouet, sans filtre, sans possibilité de s'apaiser seul. On parle de « tempêtes émotionnelles » car ses émotions le débordent. Vers 5-6 ans, l'enfant commence progressivement à maîtriser ses émotions négatives, à comprendre d'où elles viennent et à savoir les surmonter.

Le pharmacien par la connaissance de cette notion de maturation progressive, peut accompagner les parents dans la compréhension de la gestion des émotions de leur enfant.

Les émotions positives exprimées par l'enfant comme la joie, le bonheur, l'excitation sont souvent bien accueillies par ses parents et par l'entourage.

Mais les parents sont souvent démunis face à l'expression des émotions négatives comme la colère, la tristesse ou la peur. Ils se retrouvent face à l'intensité des émotions de leurs enfants et cherchent rapidement à les calmer : « *C'est pas grave* » « *Chut, calme toi* » « *Arrête de pleurer* » sont quelques exemples de phrases spontanément utilisées (et souvent avec une bonne intention) pour que vite cessent les manifestations de l'émotion de l'enfant car elles dérangent le parent et suscitent en lui des émotions désagréables qu'il cherche à réprimer parce que bien souvent il n'a pas appris lui-même à accueillir ses propres émotions.

Apprendre à identifier, à nommer, à comprendre, à exprimer les émotions est un défi de taille pour nombreux adultes. Ils ne savent pas faire pour eux-mêmes alors on peut comprendre que cela puisse être difficile pour eux d'accompagner leur enfant à le faire.

Accompagner les émotions de l'enfant c'est être pour lui une sorte de régulateur externe en attendant qu'il ait la maturité cérébrale pour le faire par lui-même.

3.7.3 Comment le parent peut aider son enfant à réguler ses émotions

Face aux comportements de l'enfant, le parent a besoin de prendre du recul sur la situation et maîtriser ses propres émotions pour agir de façon adaptée. Demander à son enfant de se calmer en étant soi-même agité ou en train de crier peut s'avérer contreproductif. Si le parent se sent débordé par son émotion il vaut mieux qu'il s'isole et qu'il revienne auprès de l'enfant une fois apaisé pour en reparler calmement avec lui.

Le parent peut s'avérer être un excellent « régulateur externe » des émotions de son enfant.

Dans un premier temps, il s'agit d'accueillir les émotions de son enfant c'est-à-dire les accepter calmement et les valider (y compris les émotions négatives). Le parent peut rester auprès de son enfant pendant qu'il « décharge » son émotion.

Il peut dans le même temps nommer l'émotion que vit son enfant et lui décrire ou l'inviter à observer comment l'émotion s'est manifestée dans son corps (transpiration, cœur qui bat plus vite, visage

rouge etc.). Le fait de nommer avec lui l'émotion ressentie par l'enfant lui permet d'en apaiser directement les manifestations et participe à enrichir son vocabulaire émotionnel pour lui permettre d'apprendre par la suite à le faire par lui-même.

De nombreux outils (émojis, tableau des émotions), livres et jeux existent et ils sont de véritables aides dans cet apprentissage du langage des émotions.

Enfin le parent peut partager avec son enfant les astuces qu'il emploie lui-même pour retrouver son calme après l'émotion (respirer, fermer les yeux, ou écouter de la musique douce par exemple) ou réfléchir avec lui à des moyens pour s'apaiser.

4 Études de cas pratiques

4.1 Situations vécues par les parents

Dans ce paragraphe, nous verrons de manière non exhaustive quelques cas qui correspondent aux situations évoquées par les parents comme pouvant être compliquées (dans l'enquête réalisée sur le terrain et lors de mon expérience d'accompagnante en LAEP).

4.1.1 « Mon bébé ne fait pas ses nuits »

Il est important de comprendre qu'il n'est pas possible de forcer un enfant à dormir et que dormir fait partie des besoins essentiels mais pour cela l'enfant doit se sentir en sécurité et respecté dans son rythme.

Il existe différentes approches pour accompagner la période d'ajustement du sommeil de bébé et pas seulement une seule façon de faire. Cette étape peut être difficile pour certains parents. C'est aux parents de choisir l'approche qui leur convient le mieux selon les situations :

- le plus simple et à adopter en premier est d'observer les signes de fatigue de l'enfant : il se frotte les yeux, il est moins alerte, moins dynamique, il bâille, il a tendance à râler, etc. ; : cela signifie que l'enfant est en phase d'endormissement et donc qu'il faut l'accompagner à aller dormir ;
- demander à l'autre parent de coucher l'enfant si l'on n'est pas disponible car le coucher est un temps à privilégier, un temps de partage entre l'enfant et le parent ;
- chanter, revoir ensemble les bons moments de la journée avec l'enfant qui est dans son lit permet de faire un temps de transition ;
- essayer le « cododo » ou « sommeil partagé » (dormir avec son nouveau-né à proximité toute la nuit) ;

- bercer son enfant, l'allaiter ;
- établir une routine au coucher qui met l'enfant dans l'état de sécurité favorable à son endormissement ;
- lui proposer un doudou.

En cas de situations complexes :

- se donner le droit d'essayer toutes sortes de moyens même s'ils peuvent sembler farfelus pour certains, l'important c'est que cela fonctionne pour l'enfant en toute sécurité;
- appliquer la technique d'espacement du temps avant de retourner voir l'enfant dans son lit. Par exemple, le parent met l'enfant dans son lit et il pleure, le parent revient au bout d'une minute puis le remet dans son lit. S'il pleure, le parent revient ensuite au bout de trois minutes, puis au bout de cinq minutes, etc. Si cette technique ne fonctionne pas au bout d'une semaine, c'est probablement que l'enfant n'est pas prêt et qu'il faudra essayer autre chose. C'est une technique qui peut surtout aider le parent à prendre du recul lorsqu'il se sent impuissant face à la crise de son enfant ;
- marquer une différence entre le jour et la nuit (lumières tamisées, voix basse).

Pour les parents il est important :

- d'accepter l'essai-erreur : essayer plusieurs choses et se laisser le droit à l'erreur ;
- de se rappeler que l'enfant est en constant développement : une difficulté ne persistera pas toujours, tout comme une stratégie qui fonctionne pour le moment... ne fonctionnera pas toujours ;
- d'adapter le quotidien à la réalité du manque de sommeil (en faire moins et diminuer la pression qu'on se met sur les épaules).

Les massages par pression ont un effet positif sur le sommeil des nourrissons. Grâce aux massages, le bébé apprend à se détendre, et son sommeil devient peu à peu plus long. Son corps sécrète aussi davantage de mélatonine, l'hormone du sommeil, à la suite d'un massage. Ainsi, le cycle d'éveil-sommeil du bébé s'améliore.

De plus, comme les massages sont très relaxants, les enfants qui se font masser seraient moins stressés.

Les massages favoriseraient par ailleurs la prise de poids chez le nouveau-né et contribueraient à une bonne digestion. Ils soulageraient aussi les gaz.

Les massages favorisent la communication avec le bébé, car ils demandent d'être plus à l'écoute de ses signaux non verbaux.

Ils stimulent la circulation sanguine de l'enfant, ce qui favorise le transport de l'oxygène et le maintien de la température de son corps.

Enfin, masser son bébé est une bonne façon de développer le lien d'attachement avec lui. En effet, le contact physique stimule la production d'ocytocine, une hormone liée à l'attachement.

Attention néanmoins à respecter le temps de massage que peut supporter l'enfant car trop long il peut induire une surstimulation sensorielle qui deviendra inconfortable pour le bébé ou l'enfant et peut avoir l'effet inverse.

4.1.2 « Mon enfant ne veut pas manger »

Manger est également un besoin essentiel et doit toujours être un moment de bonheur, de joie.

Il ne doit jamais devenir un combat, un moment de tension, car sinon l'aliment va être associé à l'ambiance, aux tensions.

L'appétit d'un enfant varie selon la journée, le moment de la journée, son humeur, ce qui se trouve dans son assiette, ses poussées de croissance ou encore son désir d'affirmation. En effet, refuser des aliments permet à l'enfant d'affirmer sa soif d'autonomie mais surtout de respecter ce qu'il ressent comme bon pour lui. Son corps est son territoire et jamais un aliment ne doit lui être imposé mais l'aliment doit lui être proposé afin qu'il devienne maître de ce qui entre en lui, dans son intimité.

Si l'enfant ne veut pas manger à un repas, il se rattrapera certainement à un autre moment de la journée. Le forcer ne donnera aucun résultat, si ce n'est que vous commencerez une guerre avec lui et de lui apprendre que l'on ne respecte pas qui il est, ce qu'il aime ou non, son rythme. Bien que cela puisse être tentant, préparer un repas spécial pour votre enfant est à éviter, mais prévoir différents aliments sains et variés à chaque repas est important afin que l'enfant puisse toujours trouver un aliment qui est bon pour lui. Pour les tout-petits, il est important de vérifier que le sommeil ne prévaut pas sur le repas. Dans ce cas, coucher l'enfant est prioritaire sur le repas.

Certains enfants sont de petits mangeurs. Ils se contentent de très peu d'aliments. Apprendre à faire confiance aux capacités de son enfant de reconnaître par lui-même ses signes de satiété est aussi un défi pour bien des parents.

Si l'enfant ne mange pas beaucoup, le parent peut essayer d'adapter la quantité de nourriture à mettre dans son assiette en accord avec lui.

Il faut également noter que les enfants sont réticents devant les aliments qu'ils ne connaissent pas. Cela arrive souvent vers deux ans, lorsqu'ils commencent à s'affirmer davantage. Le parent peut alors présenter ces aliments régulièrement et progressivement dans l'assiette de son enfant.

Il faut savoir que l'on peut présenter un aliment entre 6 et 20 fois avant qu'un enfant accepte d'y goûter !

Parfois, le bébé jette sa nourriture ; c'est un comportement tout à fait fréquent d'un enfant qui commence à manger : c'est le signe qu'il est rassasié ou qu'il veut attirer l'attention de ses parents ou encore tester la réaction de son entourage voire explorer les lois de la physique.

Cette période est de courte durée. Plusieurs parents vont choisir de retirer l'assiette de l'enfant lorsque ce comportement survient. Certains vont aussi inviter l'enfant à nettoyer les dégâts de nourriture avec eux ; les deux méthodes peuvent être appliquées, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire, mais dans tous les cas, la démarche doit être pédagogique et jamais punitive, il est donc nécessaire que le parent explique à l'enfant pourquoi il retire l'assiette ou lui demande de nettoyer.

Pour aller plus loin : Le Dr Carlos González, dans son livre « Mon enfant ne mange pas » (édité par « La Leche League »), explore les raisons qui poussent un enfant à ne pas manger et donne des clés aux parents pour y remédier.

4.1.3 « Mon enfant de 2 ans n'est pas encore propre »

Depuis sa naissance jusqu'à ses deux ans, l'enfant a acquis petit à petit de l'autonomie : il a appris à attraper des objets, rouler, ramper puis marcher ; aujourd'hui, à deux ans, il court, saute et monte les escaliers. Il ne maîtrise pas encore ses émotions, ne tolère pas la frustration et se découvre un pouvoir : le pouvoir de dire non !

Lorsque son parent le met sur un pot afin qu'il fasse ses besoins, il comprend que l'on attend quelque chose de lui. Il comprend également qu'il a le pouvoir de faire ce qu'on lui demande ou de refuser.

Contrairement à une idée répandue, c'est bien l'enfant qui décide du moment où il deviendra propre. Si l'enfant n'est pas prêt sur le plan physiologique ou psychologique, le forcer peut épuiser le parent et causer de la détresse chez l'enfant.

La propreté est une des premières décisions qui vient de l'enfant : c'est une étape importante pour lui. Les parents peuvent stimuler la curiosité et l'intérêt pour la propreté, mais ne peuvent pas décider du moment où elle se produira (sans la collaboration de l'enfant).

Le parent aidera l'enfant en l'écouter et en l'observant, en le guidant et en respectant son rythme. Ainsi, cette étape sera vécue plus naturellement... et surtout, de manière plus sereine !

Si à quatre ans, l'enfant ne démontre toujours aucun intérêt à devenir propre, il est important de considérer l'environnement de l'enfant : un autre enfant plus jeune que lui par exemple qui l'incite à l'imiter. Il est toujours important de se poser la question : quel est le bénéfice pour l'enfant à ne pas grandir, à ne pas se libérer des couches.

Il peut être aussi suggéré d'en parler à son pédiatre, une expertise médicale pouvant être nécessaire.

Le parent doit également être attentif aux signes qui montre que l'enfant est prêt à être propre :

- Signes psychologiques :

- il démontre de la curiosité pour les WC;
- il ressent de la fierté quand il fait ses besoins dans le pot ;
- il demande à s'asseoir sur son pot avant le bain ou lorsqu'on lui change sa couche;
- il montre qu'il veut faire partie du monde des grands en demandant de s'habiller seul ou de ne plus porter de couche.

- Signes physiologiques :

- il sait qu'il a fait ses besoins dans sa couche et peut le dire ;
- il est capable de dire ou de montrer qu'il a envie avant de s'exécuter ;
- il arrive à monter les escaliers en alternance : un pied sur une marche et celui opposé sur la marche suivante, signe qu'il a acquis la maturité neurologique pour commander ses sphincters.

4.1.4 « Mon enfant est jaloux du bébé »

Lorsqu'un bébé arrive dans une fratrie déjà établie (deux enfants ou plus), l'intégration peut être plus douce, car les enfants sont déjà habitués à être plusieurs et les parents ont acquis une expérience.

Mais lorsqu'un enfant unique doit accueillir un nouveau bébé, son statut change pour toujours.

Certains parents ont conscience de cela et peuvent avoir un sentiment de culpabilité d'imposer cela à l'enfant. Ils projettent ainsi sur l'enfant des ressentis que l'enfant peut ne pas avoir.

Quoiqu'il en soit, même si l'enfant est heureux de faire la connaissance du bébé et de l'accueillir dans sa famille, il doit lui aussi s'adapter, comme toute personne qui vit un changement.

Lorsqu'elle ou il fait la connaissance du nouveau bébé, l'aîné.e connaît souvent une phase « lune de miel ». La période d'adaptation qui suit peut s'accompagner de certains comportements de régression qui surviennent au début ou un certain temps après la naissance du bébé (plusieurs semaines, voire plusieurs mois).

Cette régression se manifeste différemment selon la personnalité de l'enfant et peut prendre différentes formes : comportements d'opposition, difficulté à reprendre sa routine du sommeil, etc.

L'enfant fait le deuil de ne plus occuper toute la place qu'il avait et il prend le temps de s'ajuster à sa nouvelle réalité familiale. Il fait alors l'apprentissage d'une nouvelle fratrie.

Pour les parents, le deuil de la vie à trois est également à faire, et il leur faut apprendre à diviser leur temps pour répondre aux besoins de chacun des enfants.

Face aux changements de comportements de l'enfant suivant l'arrivée d'un nouveau bébé, il peut être utile en tant que parent :

- d'accepter l'ambivalence de l'enfant face au nouveau bébé (« parfois j'aime le nouveau bébé, parfois non ») et ne pas forcer l'amour entre les deux puisque c'est impossible ;
- de valider et accueillir les émotions de l'enfant lorsqu'il les exprime ;
- de lui dire qu'il n'est pas obligé d'aimer son petit frère ou sœur mais qu'il est interdit de lui faire du mal ;
- d'impliquer l'aîné.e avec le nouveau bébé sans la ou le sur-responsabiliser. On peut l'impliquer dans certains choix, par exemple : quelle couverture choisit-on pour le bébé ?
- de ne pas mettre le nouveau bébé au centre de toutes les préoccupations ;
- de garder des moments en tête-à-tête avec le plus grand pour confirmer sa relation avec lui.

4.2 Difficultés pouvant être rencontrées et pistes d'accompagnement

En plus des cas vus précédemment, il peut être intéressant pour le pharmacien désireux de faire de l'accompagnement de la parentalité de disposer de quelques « clés » qu'il pourrait partager avec le parent-patient.

Dans ce paragraphe nous verrons certaines difficultés qui peuvent être rencontrées par les parents et des pistes d'accompagnement possibles (qui pourraient également être transposées sous forme de fiches).

4.2.1 Le sentiment d'impuissance face à son adolescent

Les besoins de l'adolescent évoluent rapidement entre 12 et 17 ans. Ainsi, le parent doit constamment s'ajuster et, pour beaucoup de parents, il peut s'agir d'un défi de taille.

Il est intéressant de savoir que de 0 à 7 ans l'enfant est dépendant du parent et donc suit ses directives. Entre 7 et 14 ans, il est contre-dépendant, dans une recherche d'autonomie qu'il doit avoir acquis vers ces 12 ans, il va aller systématiquement contre le parent pour prendre cette autonomie. Entre 14 et 21 ans, l'enfant doit acquérir sa totale indépendance c'est-à-dire s'autodéfinir indépendamment de l'avis des parents et entre 21 et 28 ans, il doit définir la vie qu'il souhaite.

Une remise en question, comme parent, permet de mieux situer le lien avec son adolescent et de modifier la communication, s'il y a lieu.

Les questions que peut se poser le parent à propos de lui-même :

« *Est-ce que je respecte mon enfant lorsque je suis en colère ?* »

« *Qu'en est-il lorsque je ne suis pas en accord avec ses choix ou ses comportements ?* »

« *Les règles établies sont-elles claires et conséquentes, encore d'actualité ?* »

Les questions que peut se poser le parent à propos de la situation qu'il est en train de vivre :

« *Depuis quand ai-je remarqué les commentaires ou les comportements irrespectueux ?* »

« *Quels sont les moments où le respect est présent ?* »

Les questions du parent à propos de règles à la maison :

« *Le cadre est-il adapté à l'âge de mon enfant ?* »

« *Mon enfant a-t-il un pouvoir de changement face aux règles ?* »

« *Les conséquences sont-elles directement liées aux comportements inacceptables ?* »

4.2.2 L'isolement

Même si les parents sont rarement complètement seuls, les enfants n'étant jamais bien loin, ils sont plusieurs, à certains moments, à se sentir isolés. Le sentiment d'isolement chez les parents est assez fréquent.

Certains parents se sentent isolés pour plusieurs raisons :

- l'arrivée récente d'un bébé et le congé de parentalité créent de nouvelles responsabilités et un nouveau rythme, et exigent de passer plus de temps à la maison ;

- une situation de famille monoparentale qui leur demande de prendre les décisions importantes sans un autre avis;
- certains parents ont l'impression que la charge parentale n'est pas partagée équitablement ou que leur partenaire ne les appuie pas ;
- ils n'ont pas d'autres parents dans leur réseau d'amis ;
- ils ont l'impression que leurs proches ne respectent pas leurs choix familiaux et leurs décisions, qu'ils les jugent et ne les comprennent pas ;
- suite à un déménagement : devoir vivre loin de sa famille, de son réseau, etc.

L'isolement n'est pas toujours vécu négativement. Certaines personnes ont besoin de se retrouver et de passer certains moments seules.

Cependant, quand la solitude devient lourde ou qu'elle apporte de la tristesse ou de l'angoisse, certains parents peuvent tenter de briser leur isolement et venir spontanément discuter avec le pharmacien de leurs problématiques.

4.2.3 La peur de l'échec parental

Les responsabilités parentales peuvent faire vivre un stress important aux parents : ils peuvent rapidement se sentir dépassés par leur quotidien avec leurs enfants. Ceci doit-il être préoccupant ? Si une petite dose de stress peut être bénéfique, une trop grande surcharge peut pousser un parent à l'épuisement.

Voici quelques pistes qui peuvent être proposées aux patients qui rencontreraient ce problème :

- **le droit à ne pas savoir à l'avance :**
comme parent, le droit à l'erreur est permis car il ne peut savoir à l'avance comment ses décisions vont être judicieuses ou non pour l'enfant. Tous les parents n'ont pas la capacité de ressentir. D'ailleurs, certaines erreurs seront ainsi inévitables. Pourquoi alors ces erreurs se transforment-elles parfois en un profond sentiment d'échec ? Diminuer les exigences envers soi-même peut permettre de ressentir moins de culpabilité et de lâcher prise quant aux choses qui ne peuvent pas être contrôlées ;
- **Ne pas jouer au « super parent » :**
Jouer au « super parent » risque grandement d'être contre-productif : il peut être tentant de se donner pour objectif d'intervenir sur tous les comportements qui sont dérangeants selon son angle de vue chez l'enfant, mais cela n'est pas réaliste. Pourquoi ne pas choisir uniquement ceux qui risquent de mettre l'enfant en insécurité ?

- **L'humour et la créativité :**

Avoir un esprit créatif et une bonne dose d'amour envers soi-même peut permettre de prendre du recul sur les événements. Parfois, prendre les choses en riant, en y mettant une touche d'humour, aide à faire baisser la tension ;

- **Avoir des sources de satisfaction :**

Se distraire et se détendre, dans la mesure du possible, peuvent être des façons efficaces de recharger ses batteries (par exemple, faire du sport, prendre un café ou un bon bain, lire un livre, etc.) ;

- **Diminuer autant que possible l'impact de la pression de son entourage :**

Bien des parents peuvent se sentir vulnérables aux critiques ou aux jugements extérieurs, ce qui peut contribuer à nourrir des doutes déjà présents. Pourquoi ne pas sélectionner les messages qui font du bien plutôt que ceux qui font mal ?

- **Reconnaître les qualités spécifiques de son enfant ou de son adolescent.e :**

Tous les enfants possèdent ses qualités propres liées à leur personnalité et il est important de les reconnaître. Il est facile de reconnaître les qualités d'un enfant obéissant, sérieux, etc., mais il faudrait aussi reconnaître les qualités d'un enfant ayant une grande imagination, une grande sensibilité, la capacité de faire les choses d'une façon plus originale que les autres, possédant une grande spontanéité, etc. ;

- **Réserver des moments privilégiés avec son enfant :**

Vivre des moments agréables avec notre enfant peut faire beaucoup de bien tant au parent qu'à l'enfant. Il suffit de choisir des activités simples qui plairont à l'enfant et qui ne causeront pas de stress aux parents ;

- **Ajouter de nouvelles stratégies à sa boîte à outils :**

Parce que les défis de l'éducation d'un enfant évoluent constamment, il peut être utile au parent de diversifier ses outils et ses façons de faire, et de voir ce qui se fait dans d'autres familles ou dans son entourage. Quoiqu'il en soit le parent doit privilégier sa relation intime parent-enfant, l'écoute des besoins et ressentis exprimés par l'enfant et par lui-même, avant de privilégier le « qu'en-dira-t-on ? », les injonctions familiales ou sociétales etc.

Le rôle de parent n'est pas toujours facile. C'est un rôle complexe qui peut faire vivre de la culpabilité. Les tâches et les responsabilités parentales sont présentes 24 heures sur 24. Par conséquent, toutes ces exigences amènent nécessairement quelques expériences jugées inadéquates.

Le parent doit abandonner ses attentes en cessant de viser la perfection pour lui-même et pour son enfant et en se donnant le droit à faire de son mieux avec qui il est, il contribue à diminuer la pression de performance.

Il n'existe pas de parent parfait ni d'enfant parfait : chaque parent est un être en apprentissage et les situations difficiles sont des opportunités d'évoluer.

4.2.4.1 Se recentrer sur son rôle

Le rôle parental n'est pas de rendre son enfant heureux en toutes circonstances, mais de lui fournir les outils en toute sécurité pour qu'il crée son propre bonheur.

Le parent peut aisément se fixer un objectif beaucoup trop grand et, par conséquent, se mettre dans des situations difficiles, irréalistes ou décevantes ; le pharmacien accompagnant peut lui suggérer qu'il fasse confiance en son enfant, en son envie de faire de son mieux à chaque instant tout comme lui dans l'éducation qu'il donne à son enfant.

4.2.4.2 Se faire confiance

Chaque parent est unique dans ses valeurs et dans sa façon d'éduquer son enfant (permissions, règles, conséquences, cadre de vie, etc.). Il n'y a pas de manuel d'instructions pour lui indiquer comment agir lorsque son enfant refuse d'aller se coucher ou l'heure à laquelle il doit rentrer, etc. Il faut lui suggérer qu'il apprenne à se faire confiance et à s'écouter. Chaque relation parent-enfant est une relation unique à créer. Il n'est pas possible de répéter la même relation avec chacun des enfants de la famille.

4.2.4.3 Lâcher prise

Prendre toutes les responsabilités sur lui est un poids lourd à porter pour un parent. Il faut lui expliquer, bien que ce soit par moment difficile, qu'il admette qu'il y a certaines choses sur lesquelles il a un devoir certes de lui assurer la sécurité mais aucun pouvoir car il ne devrait jamais être dans le pouvoir, dans le rapport de force. L'enfant n'est pas un ennemi à dominer, contrôler ou mater. En

faisant confiance à son enfant, il l'aide à se responsabiliser, il l'accompagne à devenir un adulte responsable, stable, équilibré.

4.2.4.4 Dédramatiser

Chaque parent a le pouvoir de remplacer sa petite voix intérieure négative et culpabilisante par une petite voix plus positive qui perçoit les situations comme des occasions d'apprentissage. Il se peut qu'il ait mal réagi à une situation. En prenant un peu de hauteur, en analysant ce qui s'est réellement passé, il pourra faire autrement et mieux la prochaine fois.

4.2.4.5 Réparer et récupérer

En s'excusant, en s'expliquant ou encore en exprimant ses émotions, le parent peut offrir à son enfant un exemple des moyens à mettre en place pour récupérer une situation. Il montre à l'enfant qu'il n'est pas parfait et ainsi l'enfant sait qu'il a lui aussi le droit de ne pas l'être.

En s'ouvrant au questionnement sur son rôle de parent et à la remise en question, le parent met en place les conditions idéales pour développer une relation avec son enfant en évolution.

4.2.4.6 Essayer de nouveaux défis

Par exemple, en réfléchissant aux moyens de faire les choses différemment dans le cas où une situation semblable se reproduirait, en allant chercher une aide professionnelle (accompagnement, médecin, psychologue,), etc. Encore là, le parent peut offrir à son adolescent un exemple de moyens à mettre en place en cas de situation difficile.

4.2.4.7 Les critiques de l'entourage

Quand des critiques de l'entourage surviennent, en plus du sentiment de culpabilité, un parent peut vite se sentir démuni, triste, coupable ou encore aux prises avec de gros doutes sur son rôle et ses capacités. Que faire pour gérer les critiques extérieures ?

Le parent peut trouver des réponses affirmatives qui lui permettent de se positionner par rapport à son rôle, à ses valeurs et à sa relation avec son enfant.

Par exemple, si quelqu'un lui dit : « Tu le laisses faire ça ? », il peut lui répondre : « Dans mes valeurs de parent, je considère qu'il est important de le laisser essayer certaines expériences. ».

Ou encore, si une personne lui dit : « C'est une vraie tête de mule, je ne sais pas comment tu fais !», il peut lui répondre : « Moi, je trouve qu'il a une belle capacité à s'affirmer !»

5 Fiches-conseil

Comme nous l'avons vu précédemment, le pharmacien d'officine peut être amené à soutenir les parents, les écouter et les accompagner dans diverses situations.

Afin d'améliorer l'accompagnement des parents, le pharmacien pourra mettre à disposition de ses équipes et de ses patients, des « fiches-conseil » : ces fiches traitent de sujets qui me semblent fondamentaux :

- **les émotions de l'enfant** (fiche à destination des parents) ;
- **les besoins de l'enfant** (fiche à destination des parents) ;
- **être parent c'est...** (fiche à destination des parents) ;
- **les points clés pour optimiser l'écoute active ou empathique du patient** (fiche à destination de l'équipe officinale).

Ces fiches se présentent sous la forme de pages A4 contenant des points-clés :

Comment aider son enfant à gérer ses émotions ?

Quelles que soient les émotions ressenties par l'enfant (colère, peur, joie, tristesse, dégoût, surprise...), elles entraînent parfois chez lui des comportements qui dérangent.

C'est juste qu'il n'a pas encore appris à les identifier, les maîtriser et les exprimer de manière acceptable.

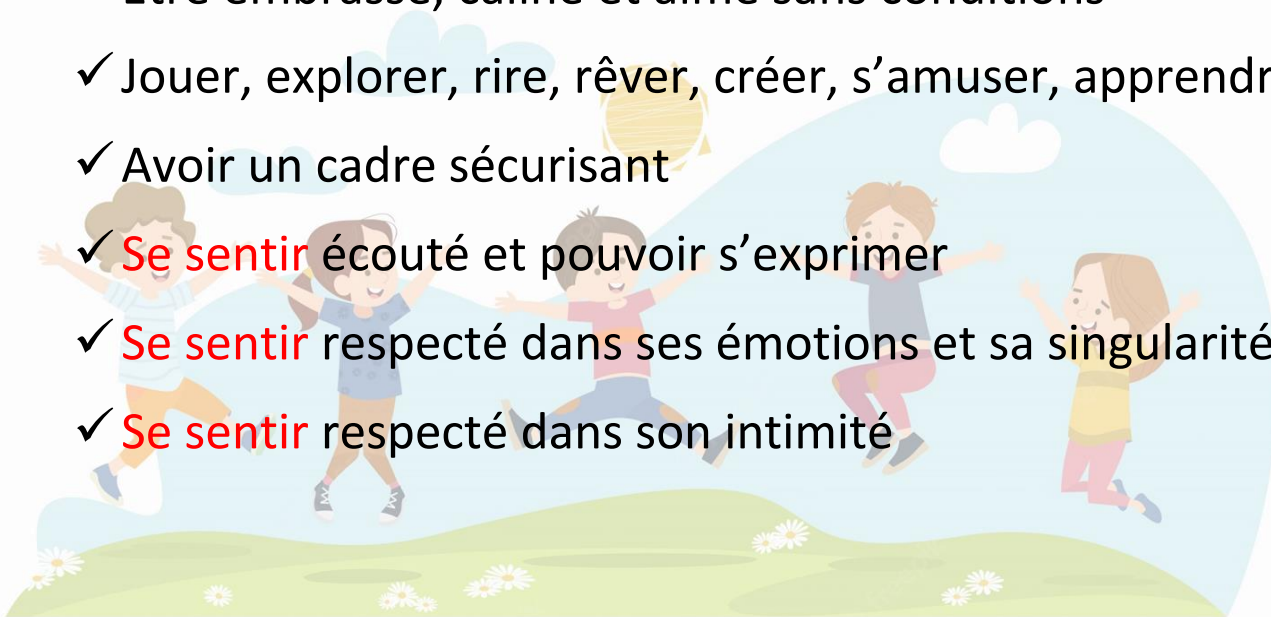
Pour l'accompagner dans cet apprentissage, vous pouvez :

- Répondre à ses besoins en le réconfortant. L'idéal est de rester à proximité, de garder votre calme et d'attendre qu'il soit plus calme. Ensuite, vous pouvez le serrer contre vous et le faire parler de ce qui l'a mis en colère.
- Nommer vos émotions et ce que vous observez chez votre enfant dès la naissance ainsi vous lui apprendrez le vocabulaire des émotions en même temps que le langage.
- Donner ainsi l'exemple en lui montrant comment vous canalisez vous-mêmes vos émotions.
- Prendre ses émotions au sérieux en les lui nommant et en disant que vous comprenez.
- L'aider à reconnaître les émotions chez les autres en y associant le langage corporel (sourcils froncés, sourire, etc.)

Les besoins fondamentaux de l'enfant

c'est au quotidien :

- ✓ Se nourrir, être propre, bouger et bien dormir
- ✓ Être embrassé, câliné et aimé sans conditions
- ✓ Jouer, explorer, rire, rêver, créer, s'amuser, apprendre
- ✓ Avoir un cadre sécurisant
- ✓ **Se sentir** écouté et pouvoir s'exprimer
- ✓ **Se sentir** respecté dans ses émotions et sa singularité
- ✓ **Se sentir** respecté dans son intimité



Points clés



Un besoin non satisfait est souvent à l'origine d'un comportement qui dérange (cris, colères...)



Un enfant dont les besoins fondamentaux sont satisfaits adopte des comportements plus adaptés et coopère plus aisément

« Éduquer c'est entendre le **besoin**, la raison derrière le comportement inacceptable, c'est avoir de l'**empathie** pour la cause. »

Arnaud Deroo

Être parent c'est :

- Savoir aimer sans condition et sans attente
- Offrir la sécurité qui permet à l'enfant de grandir
- Observer l'évolution spontanée de son enfant et l'accompagner en répondant uniquement à ses besoins
- Ne pas avoir d'attentes ni d'à priori sur le devenir de l'enfant
- Développer la confiance chez l'enfant
- Écouter et Rassurer l'enfant
- Accueillir les émotions de son enfant sans les prendre contre soi
- Encourager au-delà des échecs
- Offrir un cadre sécurisant avec des limites
- Savoir prendre des décisions
- Ouvrir le chemin de l'autonomie
- Accompagner la socialisation de son enfant et apprendre à se séparer
- Garantir une place unique à chacun dans la fratrie
- Offrir des bulles de silence
- Respecter l'intimité de l'enfant
- Oser demander de l'aide
- Dépasser ses doutes et ses découragements
- Savoir garder une place pour le couple

*« Les enfants n'ont pas besoin d'être éduqués mais d'être accompagnés avec
empathie »*

Jesper Juul

Écouter activement pour accompagner efficacement

- ✓ Ecouter en silence
- ✓ Reformuler ce qui est dit
- ✓ Synthétiser l'essentiel
- ✓ Poser des questions ouvertes
 - ✓ **Savoir** faire silence
- ✓ Observer le langage corporel
 - ✓ Accueillir les émotions
 - ✓ Montrer de l'empathie
 - ✓ Rester centré.e sur l'autre
- ✓ Nourrir une intention de neutralité et de bienveillance



Chaque individu est unique, il détient au plus profond de lui sa propre vérité, sa vie et son devenir ; il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris et non jugé

Carl Rogers

Conclusion

Il y a une forte implication dans les sujets liés à la parentalité à la fois du côté des patients et du côté des pharmaciens.

Les parents-patients sont disposés à aborder les problèmes relatifs à la parentalité avec le pharmacien, qu'ils considèrent comme un professionnel digne de confiance à qui ils peuvent se confier, demander support et aide afin de les accompagner dans leur rôle de parent.

Les pharmaciens sont quant à eux, disposés à aider leurs patients dans les problématiques liées à la parentalité mais pour cela ils sont demandeurs de formation autour de sujets qui ont un rapport avec la parentalité dans les domaines de la psychologie, la puériculture, les pathologies infantiles, la communication et le domaine juridique.

Le pharmacien d'officine de par sa proximité et la confiance que lui accorde sa patientèle peut jouer un rôle clé dans l'accompagnement à la parentalité : il est présent dès le début de la parentalité (au moment de la grossesse) et accompagne ses patients tout au long du développement de leurs enfants. Le métier de pharmacien d'officine est aujourd'hui plus que jamais un métier d'échange pour lequel la communication représente un enjeu majeur.

À l'aide de méthodes d'écoute active, aujourd'hui éprouvées et reconnues le pharmacien peut être une véritable aide pour les patients qui rencontrent des difficultés dans leur rôle de parent.

Aujourd'hui beaucoup de pharmaciens accompagnent leurs patients sans méthodologie particulière et l'enquête faite auprès des pharmaciens a montré qu'il y avait un réel besoin de formation (les pharmaciens sont très demandeurs) autour de la parentalité ; on pourrait imaginer intégrer ces formations au cursus scolaire des étudiants de pharmacie ou encore sous la forme de formations professionnelles dispensées par des spécialistes du sujet.

Dans le cadre de la formation continue des pharmaciens, des synergies pourraient être mises en place avec d'autres professionnels de l'accompagnement à la parentalité.

Certaines pathologies liées à l'enfant reviennent relativement souvent dans les questionnements qu'ont les parents ; il pourrait être utile d'avoir, au niveau de l'officine, des outils du type « fiches » afin d'aider le pharmacien et l'ensemble de l'équipe officinale dans leur démarche d'accompagnement.

Le soutien à la parentalité est une politique publique à part entière, une charte nationale à la parentalité étant même prévue par l'ordonnance du 19 mai 2021 (42) et le pharmacien peut être un acteur déterminant pour aider les parents en difficulté.

Bibliographie

1. Apotiko.fr - La démographie des pharmaciens. Disponible sur : <https://www.apotiko.fr/la-demographie-des-pharmaciens-en-2021>
2. Statistiques INSEE sur la fécondité. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635>
3. Etude INSEE - Les familles en 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681>
4. Etude Sorbonne Université - L'addiction aux écrans. Disponible sur : <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/11/exemple-trace-GEP-addiction-aux-ecrans.pdf>
5. L'écoute active, un outil recommandé par la HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2906186/fr/outil-12-ecoute-active
6. Enquête réseau Morphée sur les effets des écrans sur le sommeil des adolescents, Disponible sur : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/effets-des-ecrans-sur-le-sommeil-des-adolescents>
7. PAUL M. L'Accompagnement : une posture professionnelle spécifique ; L'Harmattan ; 2004 ; 356 p.
8. Le Petit Robert de la langue française édition 2023 ; Le Robert ; 2022 ; 2836 p.
9. FOUCAULT M. L'Ordre du discours ; Gallimard ; 1971 ; 88 p.
10. DERRIDA J. L'écriture et la différence (réédition) ; Points ; 2004 ; 448 p.
11. ASTIER I. Les nouvelles règles du social ; Presses Universitaires de France ; 2007 ; 200 p.
12. EHRENBERG A. L'individu incertain, Calmann-Lévy ; 1996 ; 351 p.
13. Ordre national des pharmaciens, octobre 2022. Disponible sur <https://www.ordre.pharmacien.fr/>
14. Article du CSP régissant les services de garde. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021940858/2010-02-26
15. Enquête sur l'attachement des Français à la profession de pharmacien, Ordre national des pharmaciens. Publiée sur le site du cespharm. Disponible sur <https://www.cespharm.fr/prevention-sante>
16. Missions des pharmaciens d'officine. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688
17. Code de déontologie du pharmacien. Disponible sur <https://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie>
18. Convention nationale pharmaceutique du 10 avril 2022. Disponible sur <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/La-Convention-nationale-pharmaceutique-est-publiee>
19. GENDRE T. Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine : critères de choix d'une officine et de satisfaction des patients. Thèse d'exercice en Pharmacie. Disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732348>
20. ROSENBERG M. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) ; La découverte ; 2016 ; 320 p.
21. ROGERS C.R. L'approche centrée sur la personne ; Ambre ; 2013 ; 544 p.
22. Définition de la parentalité dans le dictionnaire Larousse. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>
23. Définition de la parentalité dans Le Petit Robert. Disponible sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/parentalite>

24. GAILLARD B. Dictionnaire Hachette 2023 ; Hachette Éducation ; 2022 ; 1872 p.
25. HOUZEL D. Un autre regard sur la parentalité, Revue Enfances & Psy, vol. no21, no. 1, 2003, pp. 79-82
26. FILIOZAT I. Il n'y a pas de parent parfait ; Marabout ; 2013 ; 320 p.
27. JODOROWSKY A. La famille un trésor, un piège ; Albin Michel ; 2011 ; 544 p.
28. MISSONNIER S, GOLSE B., SOULÉ M. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité ; Presses Universitaires de France ; 2004 ; 734 p.
29. RINGLER M. L'enfant différent : Accepter un enfant handicapé ; Dunod ; 2001 ; 171 p.
30. Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
31. DAYAN J. Les dépressions périnatales ; Masson ; 2008 ; 240 p.
32. Les 1000 premiers jours de l'enfant. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est>
33. BRAZELTON T. B., GREENSPAN S. Ce dont chaque enfant a besoin ; Marabout ; 2007 ; 352 p.
34. GRAY P. Libre pour apprendre ; Coédition Actes Sud/Play Bac ; 2016 ; 356 p.
35. GILSOUL M. Maria Montessori : une vie au service de l'enfant ; Desclée de Brouwer ; 2020 ; 328 p.
36. NIEUWENHUIJSEN M. Etude, Center for Research in Environmental Epidemiology, Barcelona. Article Paru dans la revue "Proceedings of the National Academy of Sciences" (Vol.112, numéro 26). Disponible sur <https://www.pnas.org/doi/abs/10.1073/pnas.1503402112>
37. GERVAIS M. La Famille buissonnière. Découvertes et activités en connexion avec la nature ; Delachaux ; 2016 ; 192 p.
38. JEANNEROD M. Le cerveau intime ; Odile Jacob ; 2005 ; 182 p.
39. SHONKOFF, J. P., PHILLIPS, D. A. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development; National Academy Press; 2000; 608 p.
40. TCHERKASSOF A. Les émotions et leurs expressions. Presses universitaires de Grenoble; 2008 ; 144 p.
41. FILIOZAT I. Au cœur des émotions de l'enfant ; Marabout ; 2013 ; 322 p.
42. Charte nationale de soutien à la parentalité. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/soutien-a-la-parentalite-10875/article/mise-a-jour-de-la-charte-nationale-de-soutien-a-la-parentalite>

Annexe

Annexe 1 : Enquête : Questionnaire destiné aux pharmaciens

Enquête sur l'accompagnement de la parentalité à l'officine

La parentalité, pour vous c'est...

1. 1. Pensez-vous que les parents d'aujourd'hui rencontrent, avec leurs enfants, plus de difficultés que les générations précédentes ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. 2. Pour vous, la parentalité commence :

Une seule réponse possible.

- Avant la grossesse
 Lors de la grossesse
 A la naissance de l'enfant

3. 3. Pour vous, être parent :

Une seule réponse possible.

- C'est inné
 Ça s'apprend
 Ça se construit au jour le jour
 Ça se transmet de génération en génération

4. 4. Pour vous, être parent c'est:

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Donner des directives précises d'évolution à son enfant
- S'adapter au jour le jour au développement spontané de son enfant
- Se remettre en question régulièrement

5. 5. Pour vous, la naissance d'un enfant :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Ce n'est que du bonheur
- C'est du bonheur mais aussi des difficultés
- Ce ne sont que des difficultés
- C'est angoissant
- Ça bouleverse

6. 6. Pour vous, être parent, c'est :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Avoir un lien biologique avec son enfant
- Être reconnu par la société (avoir un statut social)
- Jusqu'à la majorité de l'enfant
- Jusqu'à l'indépendance financière et sociale de l'enfant
- Avoir une relation d'amour avec son enfant
- Avoir une relation d'autorité avec son enfant
- Avoir une relation de partage avec son enfant
- Être responsable de ce que fait son enfant
- Être responsable de ce que devient son enfant
- Être assuré que son enfant s'occupera de nous plus tard
- Autre : _____

7. 7. Pensez-vous qu'il soit facile de trouver autour de soi des réponses aux questions que soulèvent la parentalité ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. 8. Pour finir, définissez en 4 mots ce qu'est la parentalité pour vous :

La relation d'aide et d'accompagnement à l'officine - La relation avec le patient

9. 9. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- pharmacien titulaire
 pharmacie adjoint
 préparateur en pharmacie
 étudiant en pharmacie

10. 10. L'officine où vous travaillez se situe plutôt :

Une seule réponse possible.

- en milieu urbain
 en milieu rural

11. 11. L'équipe officinale se compose au quotidien :

Une seule réponse possible.

- 1 pharmacien + 1 ou 2 collaborateurs non pharmaciens
- 1 pharmacien + 3 ou plus collaborateurs non pharmaciens
- 2 pharmaciens ou plus, + 1 ou 2 collaborateurs non pharmaciens
- 2 pharmaciens ou plus + 3 ou plus collaborateurs non pharmaciens

12. 12. A l'officine, pour vous, l'écoute active d'un patient c'est :

Une seule réponse possible.

- L'écouter sur ce qui le préoccupe sans vous affirmer
- L'écouter sur ce qui le préoccupe, reformuler les points clés de son discours et le conseiller
- L'écouter sur ce qu'il a à dire et le conseiller
- L'écouter sur ce qui le préoccupe, reformuler et l'accompagner à trouver des solutions par lui-même

13. 13. De manière générale, avez-vous le sentiment que les patients sont disposés à se confier à vous ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. 14. Si oui, sur quel type de sujet ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Vie quotidienne
- Santé
- Autre : _____

La relation d'aide et d'accompagnement à l'officine - La parentalité dans la relation patient-équipe officinale

15. 15. Selon vous, le pharmacien peut-il jouer un rôle dans l'accompagnement à la parentalité ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. 16. Dans le cadre de l'exercice de votre profession, avez-vous déjà rencontré des situations où le patient vous raconte son ressenti en tant que parent et sa relation à son ou ses enfants ?

Une seule réponse possible.

- Oui, tous les jours
 Oui, plusieurs fois dans la semaine
 Oui, de temps en temps
 Non, Jamais ou très rarement

17. 17. Selon vous, quels éléments (relationnels, espace, etc) favorisent ces confidences ?

18. 18. Avez-vous déjà été déstabilisé(e) par des confidences en lien avec la parentalité ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. 19. Si oui, et si vous les connaissez, pouvez-vous en préciser les raisons ?

20. 20. Dans ces situations, pensez-vous que le/la patient.e souhaitait :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

Être écouté uniquement

Être conseillé

Être écouté et conseillé

Se sentir compris.e et donc moins seul.e

Avoir une réponse précise pour régler une difficulté précise

Autre : _____

21. 21. Avec le patient, vous sentez vous à l'aise pour :

Une seule réponse possible par ligne.

| | Oui | Non |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Echanger | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'aider | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le conseiller | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accompagner | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le soutenir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'écouter activement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. 22. Pensez-vous être suffisamment formé.e à l'accompagnement à la parentalité (dans toute ses facettes) au cours de vos études / carrière professionnelle ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

23. 23. Si non, quels compléments de formation seraient utiles selon vous afin de combler cette lacune (cours, intervenants, outils...) ?

Préoccupations des parents (Si vous êtes parent, répondez aux questions suivantes, sinon passez à la page suivante)

24. 24. De manière générale, Est-il facile ou a-t-il été facile pour vous de comprendre les comportements et réactions de chacun de vos enfants ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

25. 25. Si non, l'incompréhension concernait quel.s enfant.s ?

Une seule réponse possible par ligne.

| | fils | filles | fils de ma, mon conjoint.e | filles de ma, mon conjoint.e |
|--------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1er né | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2nd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. 26. L'incompréhension était présente à partir de quel âge et jusqu'à quand ?

27. 27. Globalement, aider ou accompagner votre/vos enfant(s) lorsqu'ils rencontrent des problèmes est-il ou a-t-il été :

Une seule réponse possible.

- Facile
 Pas toujours facile
 Pas facile

28. 28. Parmi les thèmes suivants, quels sont ceux qui sont (ou ont été) une ou des préoccupations fortes pour vous en ce qui concerne votre/vos enfant(s) :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Alimentation
 Addictions
 Sexualité
 Hygiène
 Conduites à risque
 Contraception
 Santé
 Sommeil
 Elimination digestive
 Elimination urinaire
 Autre : _____

29. 29. Si le sommeil de votre/vos enfant(s) est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Peur du noir
 Difficultés d'endormissement
 Terreurs nocturnes, cauchemars
 Sommeil insuffisant
 Ne va pas se coucher spontanément
 Sommeil excessif
 Autre : _____

30. 30. Si l'élimination urinaire est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Enurésie (pipi au lit, incontinence, ...)
- Rétention (fait pipi une seule fois par jour ou moins)
- Couches jusqu'à un âge tardif
- Autre : _____

31. 31. Si l'élimination digestive est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Constipation
- Fréquence des selles
- Couches jusqu'à un âge tardif
- Autre : _____

32. 32. Si l'alimentation est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Allaitement
- Laits infantiles
- Courbe de poids
- Manque d'appétit
- Ne mange rien
- Ne mange pas de légumes
- Ne finit jamais son assiette
- Autre : _____

33. 33. Parmi les comportements suivants de votre/vos enfant(s), lesquels vous préoccupent ou vous ont préoccupé ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Bouge beaucoup
- A des réactions inattendues
- Parle beaucoup
- Ne fixe pas son attention longtemps
- Se met en colère
- Se désintéresse de ce qui se rapporte à l'école
- Est impatient
- Se désintéresse des activités que vous lui proposez
- Manque d'appétit
- A du mal à socialiser avec les autres
- Est attiré par les écrans et y passe beaucoup de temps
- Est très sage
- Est perfectionniste
- Autre : _____

34. 34. Parmi les comportements suivants de votre/vos enfant(s), lesquels vous rassurent ou vous ont rassuré ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Bouge beaucoup
- A des réactions inattendues
- Parle beaucoup
- Est attiré, intéressé par tout
- Exprime sa colère
- Aime finir vite ce qu'il fait
- A ses propres centres d'intérêts
- Sait rester seul longtemps
- Sait rester concentré longtemps sur les activités avec des écrans
- Est très sage
- Est perfectionniste
- Autre : _____

35. 35. Pensez-vous être assez « outillé » dans votre rôle de parent ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Pas tout à fait
 Non

Connaissance du
développement cérébral de
l'enfant

Selon vos connaissances, répondez par vrai ou
faux aux affirmations suivantes.

36. 36. Le contexte dans lequel se déroule la grossesse exerce une influence sur le
potentiel futur du bébé à naître

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

37. 37. Une relation chaleureuse, empathique, soutenante, aimante est
fondamentale pour un développement harmonieux des enfants

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

38. 38. Un adulte qui rassure, sécurise, console, soutient l'enfant, l'aide aussi à
développer son cerveau

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

39. 39. Les expériences difficiles affectent davantage le développement d'un jeune enfant (jusqu'à 7 ans) que celui d'un enfant plus âgé

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

40. 40. Le cerveau continue de se développer jusqu'à 25 ans

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

Formation

41. 41. Concernant la construction du parent et de l'enfant, quelles seraient les thématiques en lien avec la parentalité sur lesquels vous aimeriez être mieux formés ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Le développement de l'enfant et du parent en tant qu'individus singuliers.
 L'éducation, l'autonomie, le cadre et la bienveillance
 Les émotions et les comportements
 La santé, l'alimentation, le sommeil, le handicap...
 Les conduites à risque (addictions, nouvelles technologies...)
 La sexualité, la contraception
 Les compétences psycho-relationnelles

Pour mieux vous connaître

42. 42. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

43. 43. Votre âge :

Une seule réponse possible.

Moins de 25 ans

Entre 25 et 29 ans

Entre 30 et 39 ans

Entre 40 et 49 ans

50 ans et plus

44. 44. Combien avez-vous ou avez-vous eu d'enfants ?

45. 45. L'âge de vos enfants en 2022 :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

Moins de 3 ans

Entre 3 et 5 ans

Entre 6 et 10 ans

Entre 11 et 14 ans

Entre 15 et 20 ans

Entre 20 et 25 ans

25 ans et plus

46. 46. Quelle est votre situation familiale ?

Une seule réponse possible.

- En couple
- Seul.e
- En famille recomposée
- Papa ou maman solo

47. 47. Comment définiriez-vous votre environnement socio-économique : je subviens à mes besoins et/ou à ceux de ma famille

Une seule réponse possible.

- Difficilement
- Assez facilement
- Facilement

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Enquête sur l'accompagnement de la parentalité à la pharmacie

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante à la faculté de pharmacie de Nancy et je réalise mon travail de thèse sur le sujet « Accompagnement de la parentalité à l'officine ».

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-dessous en vous basant soit sur votre vécu de parent soit suivant l'image que vous vous faites de la parentalité.

Les données recueillies lors de cette enquête sont anonymes et n'auront pour finalité que l'illustration de ma thèse d'exercice officinal sur ce sujet. Elles permettront par ailleurs de réfléchir à comment l'équipe officinale peut accompagner la parentalité.

La parentalité, pour vous c'est...

1. 1. Pensez-vous que les parents d'aujourd'hui rencontrent, avec leurs enfants, plus de difficultés que les générations précédentes ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. 2. Pour vous, la parentalité commence :

Une seule réponse possible.

- Avant la grossesse
 Lors de la grossesse
 A la naissance de l'enfant

3. 3. Pour vous, être parent :

Une seule réponse possible.

- C'est inné
- Ça s'apprend
- Ça se construit au jour le jour
- Ça se transmet de génération en génération

4. 4. Pour vous, être parent c'est:

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Donner des directives précises d'évolution à son enfant
- S'adapter au jour le jour au développement spontané de son enfant
- Se remettre en question régulièrement

5. 5. Pour vous, la naissance d'un enfant :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Ce n'est que du bonheur
- C'est du bonheur mais aussi des difficultés
- Ce ne sont que des difficultés
- C'est angoissant
- Ça bouleverse

6. 6. Pour vous, être parent, c'est :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Avoir un lien biologique avec son enfant
- Être reconnu par la société (avoir un statut social)
- Jusqu'à la majorité de l'enfant
- Jusqu'à l'indépendance financière et sociale de l'enfant
- Avoir une relation d'amour avec son enfant
- Avoir une relation d'autorité avec son enfant
- Avoir une relation de partage avec son enfant
- Être responsable de ce que fait son enfant
- Être responsable de ce que devient son enfant
- Être assuré que son enfant s'occupera de nous plus tard
- Autre : _____

7. 7. Pensez-vous qu'il soit facile de trouver autour de soi des réponses aux questions que soulèvent la parentalité ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. 8. Pour finir, définissez en 4 mots ce qu'est la parentalité pour vous :

La relation d'aide et d'accompagnement à la pharmacie - La relation avec l'équipe officinale

9. 9. Etes-vous d'accord avec la phrase « En général, je me sens écouté.e à la pharmacie » ?

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas d'accord

10. 10. Avez-vous déjà abordé à la pharmacie des questions que vous vous posez en tant que parents ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. 11. Si oui, le faites-vous plutôt lorsque vous rencontrez des difficultés avec votre/vos enfants ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. 12. Pour vous en tant que parent, la pharmacie :

Une seule réponse possible.

- est un lieu propice pour m'accompagner dans mon rôle de parent
 est un lieu propice pour me soutenir dans mon rôle de parent
 n'est pas un lieu propice à l'accompagnement de la parentalité

13. 13. Etes-vous d'accord avec la phrase « J'ai une relation de confiance avec mon pharmacien et je peux lui parler des problèmes que je rencontre avec mes enfants »

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas d'accord

Préoccupations des parents (Si vous êtes parent, répondez aux questions suivantes, sinon passez à la page suivante)

14. 14. De manière générale, Est-il facile ou a-t-il été facile pour vous de comprendre les comportements et réactions de chacun de vos enfants ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. 15. Si non, l'incompréhension concernait quel.s enfant.s ?

Une seule réponse possible par ligne.

| | fils | filles | fils de ma, mon conjoint.e | filles de ma, mon conjoint.e |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1er né | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2nd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6ème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16. 16. L'incompréhension était présente à partir de quel âge et jusqu'à quand ?

17. 17. Globalement, aider ou accompagner votre/vos enfant(s) lorsqu'ils rencontrent des problèmes est-il ou a-t-il été :

Une seule réponse possible.

- Facile
- Pas toujours facile
- Pas facile

18. 18. Parmi les thèmes suivants, quels sont ceux qui sont (ou ont été) une ou des préoccupations fortes pour vous en ce qui concerne votre/vos enfant(s) : plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Alimentation
- Addictions
- Sexualité
- Hygiène
- Conduites à risque
- Contraception
- Santé
- Sommeil
- Elimination digestive
- Elimination urinaire
- Autre : _____

19. 19. Si le sommeil de votre/vos enfant(s) est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Peur du noir
- Difficultés d'endormissement
- Terreurs nocturnes, cauchemars
- Sommeil insuffisant
- Ne va pas se coucher spontanément
- Sommeil excessif
- Autre : _____

20. 20. Si l'élimination urinaire est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Enurésie (pipi au lit, incontinence, ...)
- Rétention (fait pipi une seule fois par jour ou moins)
- Couches jusqu'à un âge tardif
- Autre : _____

21. 21. Si l'élimination digestive est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :
plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Constipation
- Fréquence des selles
- Couches jusqu'à un âge tardif
- Autre : _____

22. 22. Si l'alimentation est ou a été une préoccupation pour vous, précisez pourquoi :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Allaitement
- Laits infantiles
- Courbe de poids
- Manque d'appétit
- Ne mange rien
- Ne mange pas de légumes
- Ne finit jamais son assiette
- Autre : _____

23. 23. Parmi les comportements suivants de votre/vos enfant(s), lesquels vous préoccupent ou vous ont préoccupé ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Bouge beaucoup
- A des réactions inattendues
- Parle beaucoup
- Ne fixe pas son attention longtemps
- Se met en colère
- Se désintéresse de ce qui se rapporte à l'école
- Est impatient
- Se désintéresse des activités que vous lui proposez
- Manque d'appétit
- A du mal à socialiser avec les autres
- Est attiré par les écrans et y passe beaucoup de temps
- Est très sage
- Est perfectionniste
- Autre : _____

24. 24. Parmi les comportements suivants de votre/vos enfant(s), lesquels vous rassurent ou vous ont rassuré ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Bouge beaucoup
- A des réactions inattendues
- Parle beaucoup
- Est attiré, intéressé par tout
- Exprime sa colère
- Aime finir vite ce qu'il fait
- A ses propres centres d'intérêts
- Sait rester seul longtemps
- Sait rester concentré longtemps sur les activités avec des écrans
- Est très sage
- Est perfectionniste
- Autre : _____

25. 25. Pensez-vous être assez « outillé » dans votre rôle de parent ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Pas tout à fait
- Non

Connaissance du
développement cérébral de
l'enfant

Selon vos connaissances, répondez par vrai ou faux aux affirmations suivantes.

26. 26. Le contexte dans lequel se déroule la grossesse exerce une influence sur le potentiel futur du bébé à naître

Une seule réponse possible.

- Vrai
- Faux

27. 27. Une relation chaleureuse, empathique, soutenante, aimante est fondamentale pour un développement harmonieux des enfants

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

28. 28. Un adulte qui rassure, sécurise, console, soutient l'enfant, l'aide aussi à développer son cerveau

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

29. 29. Les expériences difficiles affectent davantage le développement d'un jeune enfant (jusqu'à 7 ans) que celui d'un enfant plus âgé

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

30. 30. Le cerveau continue de se développer jusqu'à 25 ans

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

Pour mieux vous connaître

31. 31. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

32. 32. Votre âge :

Une seule réponse possible.

Moins de 25 ans

Entre 25 et 29 ans

Entre 30 et 39 ans

Entre 40 et 49 ans

50 ans et plus

33. 33. Combien avez-vous ou avez-vous eu d'enfants ?

34. 34. L'âge de vos enfants en 2022 :

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

Moins de 3 ans

Entre 3 et 5 ans

Entre 6 et 10 ans

Entre 11 et 14 ans

Entre 15 et 20 ans

Entre 20 et 25 ans

25 ans et plus

35. 35. Quelle est votre situation familiale ?

Une seule réponse possible.

- En couple
- Seul.e
- En famille recomposée
- Papa ou maman solo

36. 36. Comment définiriez-vous votre environnement socio-économique : je subviens à mes besoins et/ou à ceux de ma famille

Une seule réponse possible.

- Difficilement
- Assez facilement
- Facilement

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

TITRE

Accompagner la parentalité à l'officine

Thèse soutenue le 2 février 2023

Par Lilia BENAMIRA AISSAOUI

RESUMÉ

Devenir parent est un véritable chamboulement. Depuis la formulation du projet d'enfant jusqu'à sa conception puis sa naissance, le parent est submergé de questionnements et de sentiments divers.

Cette période, faite à la fois de bouleversements et de possibilités, peut être l'objet de tension, d'angoisse, de stress pouvant entraîner des états psychiques allant de troubles de l'humeur mineurs à des états de détresse. Les témoignages de parents recueillis lors de ce travail évoquent souvent comment le bonheur et l'impatience d'être parents s'accompagnent aussi d'inquiétudes, de doutes d'interrogations face à l'inconnu.

De plus, le pharmacien officinal, parmi les professionnels de santé que les français côtoient le plus, n'est pas seulement la personne qui se charge de délivrer des médicaments à ses patients, il est de plus en plus un confident, une oreille attentive que les patients sollicitent de plus en plus quant à leurs difficultés liées à la parentalité.

Ce travail se compose d'une partie « enquête » (réalisée auprès des pharmaciens et de leurs patients) qui a permis de faire le constat d'une volonté des pharmaciens d'accompagner les questions liées à la parentalité mais aussi de leur ressenti de ne pas être assez formés sur ces sujets. La partie bibliographique vise à être une aide pour le pharmacien d'officine notamment pour le jeune diplômé parfois démuné face aux problématiques parentales diverses des patients. Ce travail est basé pour beaucoup, sur mon expérience personnelle : j'ai fait une césure de 10 ans dans mon cursus universitaire au cours de laquelle j'ai eu 5 enfants et occupé le poste d'accueillante en LAEP (espace de convivialité, d'écoute, de jeux partagés et de parole qui favorisent la rencontre et l'échange entre enfants et parents – la règle étant l'anonymat et la confidentialité) ce qui m'a permis d'être confrontée à la majeure partie des problématiques que peuvent rencontrer les parents.




MOTS CLÉS écoute, méthodes, outils, accompagnement, cas pratiques, parents démunis, enfant à besoins particuliers, émotions, inquiétudes, culpabilité, charge mentale, neurosciences

| Directeur de thèse | Intitulé du laboratoire | Nature |
|---------------------|---|--|
| Pr. Béatrice FAIVRE | CRAN – Section 87 Pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques | Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème 6 |

| Thèmes | 1 – Sciences fondamentales 3 – Médicament 5 – Biologie | 2 – Hygiène/Environnement 4 – Alimentation – Nutrition 6 – Pratique professionnelle |
|--------|--|---|
|--------|--|---|

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 02/02/2023

| | |
|--|--|
| <p>DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : AISSAOUI Lilia.</p> <p><u>Sujet</u> : Accompagner la parentalité à l'officine</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : Béatrice Faivre, Enseignant-chercheur. Directeur : Béatrice Faivre, Enseignant-chercheur.</p> <p>Juges :</p> <p>Reine El Omar, Enseignant-chercheur. Julien Gravoulet, Enseignant-chercheur. Christophe Wilcke, Pharmacien.</p> | <p>Vu,</p> <p>Directeur de thèse : Béatrice Faivre, visa de validation le 09/12/2022.</p> <p>Président de jury : Béatrice Faivre, visa de validation le 09/12/2022.</p> <p>Référent des thèses d'exercice, visa de validation le 11/12/2022.</p> |
| <p>Vu et approuvé,</p> <p>Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p>Pr. Raphaël DUVAL</p> <p> Nancy, le 9.01.2023</p> | <p>Vu,</p> <p>La Présidente de l'Université de Lorraine,</p> <p>Hélène BOULANGER</p> <p>Nancy, le </p> <p></p> <p>N° d'enregistrement : 12846 C</p> |