



HAL
open science

Influence du type de préparation à la naissance et à la parentalité sur la relation femme enceinte-fœtus

Mélodie Blondeau

► **To cite this version:**

Mélodie Blondeau. Influence du type de préparation à la naissance et à la parentalité sur la relation femme enceinte-fœtus. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00742854

HAL Id: dumas-00742854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00742854>

Submitted on 17 Oct 2012

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

INFLUENCE DU TYPE DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE
ET À LA PARENTALITÉ SUR LA RELATION FEMME ENCEINTE-FŒTUS

Mémoire présenté par

Mademoiselle Mélodie BLONDEAU

Née le 7 avril 1989

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Promotion 2012

Remerciements

À Mme Pastor et à Mme Bonnet pour m'avoir accompagnée tout au long de l'élaboration et de la rédaction de ce travail à l'aide de précieux conseils.

À mes amies qui ont fait une partie du chemin à mes côtés,
pour leur aide et leurs encouragements
tout au long des études, et de ce travail en particulier.

À mes parents pour leur soutien tant moral que matériel.

À ma sœur Delphine pour son amour inconditionnel, sa patience, sa foi en moi.

À Bertille pour sa présence, son soutien, son amour au quotidien,
et tellement plus encore que quelques lignes ne suffiraient pas...

Enfin, à ces femmes qui m'ont accueillie chez elles,
m'ont accordé leur temps et m'ont livré leur vécu, pourtant si intime.

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	----------

Revue de la littérature

1. La vie intra-utérine.....	2
1.1. Les 5 sens.....	2
1.1.1. <i>Le toucher.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Le goût et l'odorat.....</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>L'ouïe.....</i>	<i>4</i>
1.1.4. <i>La vue</i>	<i>5</i>
1.2. L'influence des hormones maternelles.....	6
1.3. Le mouvement.....	6
1.4. L'importance de la vie intra-utérine.....	7
2. Les relations entre la mère et le fœtus	8
2.1. Étapes psychiques de la grossesse.....	8
2.1.1. <i>Maternité et remaniements psychiques.....</i>	<i>8</i>
2.1.2. <i>Le premier trimestre</i>	<i>9</i>
2.1.3. <i>Le deuxième trimestre</i>	<i>10</i>
2.1.4. <i>Le troisième trimestre</i>	<i>10</i>
2.2. L'enfant imaginaire.....	10
2.3. Le vécu de l'échographie.....	11
2.4. La culpabilisation des femmes enceintes.....	13

3. La préparation à la naissance et à la parentalité.....	14
3.1. La préparation à la naissance « classique »	14
3.2. La préparation à la naissance en piscine.....	14
3.3. Les techniques de relaxation.....	15
3.3.1. <i>La sophrologie</i>	15
3.3.2. <i>Le yoga</i>	16
3.4. Acupuncture	16
3.5. Le chant prénatal	17
3.6. L'haptonomie.....	18

Enquête

Description de l'enquête

Le choix du thème.....	21
Les hypothèses et objectifs.....	21
Méthodologie.....	22

Résultats

1. La grossesse.....	26
1.1. Le vécu de la grossesse.....	26
1.2. Bientôt la fin.....	28
2. La vie in utero	30
2.1. La sensorialité du fœtus.....	30
2.2 L'environnement du fœtus.....	31
2.3. La représentation du fœtus.....	32
3. Les échanges entre la femme enceinte et le fœtus	34
3.1. Des moments privilégiés	34

3.2. La primauté du tactile	36
3.3. Les sons.....	36
3.4. Le fœtus : une personne ?	38
4. Prendre soin du fœtus	40
4.1. L'hygiène de vie.....	40
4.2. La transmission des sentiments	41
4.3. Ne pas l'écraser	42
5. L'accompagnement dans la relation	43
5.1. La place du concubin/conjoint	43
5.2. Les échanges sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement	45
5.3. L'image de la sage-femme.....	47
6. Les PNP	49
6.1. Le choix de types de PNP	49
6.2. La satisfaction des types de PNP	51
6.3. Réponses à nos hypothèses de départ.....	53
Conclusion.....	55

Bibliographie

Annexes

Introduction

« Regardez une femme enceinte : vous croyez qu'elle traverse la rue ou qu'elle travaille ou même qu'elle vous parle. C'est faux. Elle pense à son bébé. » Anna Gavalda

Une grossesse, ces 9 mois dans la vie d'une femme, est une expérience à la fois universelle car reproduite depuis des millions d'années dans l'espèce humaine et unique car elle est l'occasion de la genèse d'un être singulier issu de la rencontre de deux êtres. Pour le bon développement de ce nouvel individu, non seulement le corps maternel va s'adapter mais également son psychisme. La relation qui se crée entre la mère et son enfant commence quand elle lui fait une place dans son esprit, et dans la majorité des cas, ce petit être en devenir sera même au cœur de chacune de ses pensées. Par la suite, le fœtus va prendre une certaine indépendance et cette relation va évoluer en fonction de cet enfant et de cette femme.

Au cours de la grossesse, les consultations prénatales représentent le principal lieu de rencontre, puisqu'elles sont obligatoires. Mais celles-ci sont souvent centrées sur l'aspect médical de la grossesse et les professionnels manquent de temps pour aborder le côté psychique de la grossesse. En tant que futures sages-femmes, il nous a semblé que nous avons un rôle essentiel dans la construction et l'accompagnement de la relation entre une mère et son fœtus. Le moment privilégié pour en parler reste, à nos yeux, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ; moment d'échanges, d'écoute, de conseils entre la sage-femme et les femmes enceintes (ou couples).

Au cours des dernières décennies, la PNP a beaucoup évolué et a vu naître de nombreuses « spécialisations » ayant les mêmes buts. Ces divers types de PNP diffèrent cependant par leur approche, avec chacune une certaine philosophie. De la PNP « classique » à l'haptonomie, en passant par le chant prénatal, la place du fœtus dans le discours varie du tout au tout. Il nous a donc semblé intéressant d'apprécier la possible influence du type de PNP sur la relation entre la mère et son fœtus.

À l'aide d'une revue de la littérature, nous décrirons la vie intra-utérine du fœtus, puis nous verrons comment la mère vit cette grossesse. Nous exposerons enfin les différents types de PNP proposées aux futures mères. Dans un deuxième temps, nous présenterons notre enquête auprès de primipares et exposerons nos résultats.



Revue de la
littérature

1. La vie intra-utérine

1.1. Les 5 sens

À l'aube des sens, le fœtus ne perçoit d'abord que des sensations évanescentes. Son cerveau, avec une construction qui se fait à la vitesse de 5000 neurones à la seconde, va lui permettre l'acquisition des 5 sens en 9 mois.

1.1.1. Le toucher

C'est le premier système sensoriel se développant chez le fœtus. Sa mise en place est progressive avec l'apparition des premiers récepteurs cutanés en péri-buccal à la 7ème semaine de gestation. Ils sont présents sur la totalité du corps à 20 semaines. Les voies nerveuses, quant à elles, entament leur développement dès trois mois de grossesse pour l'achever à 30 semaines. C'est grâce aux stimulations reçues in utero (de manière spontanée ou par les mouvements maternels ou lors de mouvements fœtaux ou d'un autre jumeau) que les circuits nerveux peuvent se développer et se modifier. Le liquide amniotique a cependant pour rôle de limiter les mouvements brusques. La sensibilité de la peau permet au fœtus de sentir globalement une partie des caresses qui lui sont adressées via l'abdomen maternel. Il y répond par des mouvements du corps ou des membres constatables par la mère, voire l'entourage s'il y est invité. Par ailleurs, il a été fait l'expérience que lorsque l'on injecte du liquide froid dans la poche amniotique, le fœtus va réagir par une accélération de son rythme cardiaque, preuve de sa sensibilité tactile. Enfin, on sait que le fœtus est sensible à la douleur. On a montré que les concentrations plasmatiques d'opiacés endogènes sont plus élevées chez les enfants nés par le siège ou par ventouse. Plusieurs observations indiquent que le fœtus manifeste des réponses motrices de retrait à la pique accidentelle lors des prélèvements amniotiques (35).

1.1.2. Le goût et l'odorat

Dans la situation fœtale on ne peut pas dissocier les informations sensorielles qui arrivent aux récepteurs gustatifs de celles qui parviennent aux récepteurs olfactifs. La dissociation se fait après la naissance lorsqu'on expose des nouveau-nés essentiellement à l'odeur. Il existe 2 voies d'accès des stimulations chimiques potentielles. La première

est le liquide amniotique car les cavités nasales et orales en sont remplies dès leur formation au 2^{ème} mois de grossesse. Il existe, de plus, une intense activité de déglutition et d'inhalation du fœtus offrant des possibilités de détection des molécules présentes dans le liquide amniotique. Ce dernier a pour composants naturellement présents :

- pour l'olfaction : l'acide lactique (note olfactive de lait/beurre) et l'acide phénylalanique (note olfactive de fleur/miel)
- pour le goût : le lactose et le fructose, l'acide citrique et divers sels minéraux.

La seconde voie est hématogène. Il a été mis en évidence que les molécules chimiques présentes à l'intérieur du fœtus peuvent être perceptibles à proximité des cellules réceptives après diffusion à travers les capillaires sanguins (35).

Les récepteurs gustatifs sont situés sur la langue et permettent de détecter les 4 saveurs : sucré, salé, acide et amer. Les bourgeons sont détectables dès la douzième semaine de développement et leur nombre continue de croître jusqu'à la naissance. De ce fait, le fœtus détecte in utero le goût du liquide amniotique qui l'entoure, celui-ci étant influencé par l'alimentation maternelle. Ainsi, on a pu observer que le liquide amniotique de femmes indiennes avait une forte odeur de curry (10). L'alimentation maternelle est donc fondamentale puisque c'est la mère, à travers ses choix alimentaires, qui va imposer la palette de saveurs au fœtus. De ce fait, des mères issues d'Amérique du Sud et consommant du piment ou des mères provençales ingérant beaucoup d'ail vont donner des notes olfactives différentes à leur fœtus et déjà induire des préférences chez le nouveau-né. Des travaux de Benoist Schaal, chercheur au CNRS spécialisé dans l'olfaction, montrent que l'injection d'un extrait de pomme dans la poche amniotique de rate entraîne une prédilection pour cette saveur chez sa progéniture (après sevrage). De même, si la femelle gestante ingère de l'ail, les ratons seront attirés par celui-ci alors même que cela n'appartient pas à son alimentation habituelle (17). Plus récemment, en 2000, Benoist Schaal a montré chez l'humain qu'une substance consommée par la mère pendant les dernières semaines de grossesse induit chez le nouveau-né une préférence stable à cette odeur par rapport à une autre référence. Les substances testées étaient l'anis, la vanille, l'ail, le chocolat et la carotte (35). On a pu montrer également que le fœtus avait une préférence pour le goût sucré puisqu'après l'injection de glucose, il avale goulument le liquide qui l'entoure (10).

Quant à l'odorat, il semble se développer de manière encore plus précoce, avec des récepteurs olfactifs qui commencent à se différencier vers 11 semaines. Il existe même des cellules sensorielles appelées « organes voméronasaux » chez le fœtus de 5 à 13 semaines. On les retrouve chez des mammifères au flair important et pourraient

servir, chez le fœtus, à l'olfaction dans son milieu aquatique. De la même façon que pour le goût, les cellules olfactives passent dans le liquide amniotique. Là encore, les expériences menées par Benoist Schaal chez des rats âgés de 8 heures montrent qu'ils s'orientent vers leur liquide amniotique plutôt que celui venu de la gestation d'une autre femelle. Chez l'humain, le fœtus s'oriente dès la naissance vers le sein de sa mère, le lait qui en provient ayant une odeur proche de celle du liquide amniotique (car dépendant également de la nourriture maternelle).

1.1.3. L'ouïe

La maturation anatomique et fonctionnelle de l'oreille moyenne du fœtus se fait à partir de la 8^{ème} semaine et se poursuit jusqu'au 8^{ème} mois de gestation. La cochlée termine son développement au huitième mois elle aussi. L'audition est quasi normale dès la 35^{ème} semaine de vie intra-utérine. Il a été démontré que le fœtus réagissait à des sons vers la 25^{ème} semaine (17). En effet, à cette période, on a observé qu'un bruit fort produit chez lui une accélération du rythme cardiaque et des mouvements visibles à l'échographie (17). Si le bruit est trop fort, l'enfant peut même sursauter alors que s'il est plus doux, il cligne des paupières, contracte le buste, étend et plie ses membres. D'une manière générale, différents bruits lui parviennent : des bruits permanents tels les bruits intestinaux et les battements cardiaques maternels, et les bruits du placenta. Tous ces bruits filtrent en partie les bruits extérieurs qui vont arriver au fœtus : bruits de voix, musique et bruits de l'environnement. Les recherches de Marie-Claire Busnel, chercheur en acoustique physiologique, menées à l'aide d'un capteur placé à l'accouchement après rupture de la poche des eaux, attestent que le fœtus entend des bruits d'une intensité moyenne ou forte (globalement ceux supérieurs à 60 dB) et sont identifiables par une oreille adulte (17). Deux phénomènes entrent en jeu : le masquage par les bruits internes, dont nous avons parlé plus haut, et l'atténuation par les tissus maternels avec des bruits aigus qui seront plus atténués.

Le fœtus entend donc déjà la voix de la mère mais aussi celle du père et sait les distinguer. Il s'imprègne non seulement de la « musique langagière » de chaque personne mais aussi de l'ambiance linguistique, culturelle, sociale et intellectuelle qu'elle porte. Cette capacité perdurera après la naissance.

On sait également que la tolérance des bruits variait selon les circonstances et qu'il existe dans certains cas un phénomène d'habituation. Ainsi, des expériences faites en 1970 par Ando et Hattori à Itami, ville proche de l'aéroport d'Osaka et régulièrement

survolée par de gros avions de ligne montrent que les nourrissons ne se réveillant pas au passage des avions ont été exposés à ce bruit durant leur vie prénatale alors que ceux se réveillant à chaque passage d'avions ont été exposés tardivement ou non exposés in utero (déménagement dans la ville après le 5^{ème} mois de grossesse) (17). Plus récemment, des recherches menées par le CNRS (Carolyn Granier-Deferre, Marie-Claire Busnel et Jean-Pierre Lecanuet) comparent les comportements de deux nouveau-nés dont l'un a une mère joueuse de harpe et l'autre non. Lorsque l'on fait écouter de la harpe au premier nouveau-né, celui-ci présente une certaine attention tout en restant en sommeil calme alors que le deuxième nouveau-né se réveille, hurle, devient rouge. Cependant, ce dernier ne se réveille pas si on diffuse un morceau de rock'n roll écouté régulièrement par la mère au cours de sa grossesse (38). De plus, De Cooper a montré que les nouveau-nés de 2 à 4 jours préfèrent un énoncé lu ou une mélodie chantonnée par la mère pendant les dernières semaines de grossesse à des stimulations de contrôle. Il conclut donc que le fœtus proche du terme comme le nouveau-né reconnaît la prosodie particulière d'un texte lu de même que le contour d'une mélodie particulière. Ces constatations sont confirmées par De Casper et Fifer, qui démontrent également que le nouveau-né préfère écouter la voix de sa mère à celle de toute autre femme (35).

1.1.4. La vue

La vision est certainement le système sensoriel le moins sollicité au cours de la vie intra-utérine. I. Soulé et A. Granger Joly de Boissel ont observé que le fœtus réagit si l'on applique une lumière vive sur le ventre (6, 17, 35). Il faut cependant bien comprendre que les quelques photons qui traversent la barrière abdominale ne peuvent pas faire des formes cohérentes comme dans l'air. Il y a d'une part une stimulation visuelle qui est faible et d'autre part, une auto-stimulation qui est produite par le cerveau (donc n'utilisant pas les photons). La vision est néanmoins fonctionnelle à la naissance. On peut dire que cette fonction n'intervient que très peu durant la vie fœtale et ne concourt pas d'une façon importante dans la relation mère-enfant avant la naissance.

Selon Jean-Marie Delassus, psychanalyste et maternologue, toutes les sensations dans lesquelles le corps est baigné et qui imprègnent ce corps mettent en éveil toutes les capacités sensorielles et cette « dynamo » sensorielle constamment en éveil va converger à l'arrière de la faculté visuelle. L'œil voit donc à partir de ce qu'il ressent à l'intérieur du corps ; le mode de vision du fœtus in utero est par conséquent « la vision intérieure » (8, 38).

1.2. L'influence des hormones maternelles

Le cerveau synthétise ses propres hormones, appelées neurohormones, qui sont relâchées dans la circulation générale et exercent leur influence sur la sécrétion d'autres hormones. Elles semblent avoir une influence sur le fœtus du fait de la nature des échanges placentaires et de l'action observée des hormones maternelles provenant des glandes endocrines telles les hormones surrénaliennes (par exemple une accélération du rythme cardiaque fœtal et des mouvements anormaux lors d'une émotion violente ressentie par la mère). Il paraît tout à fait plausible que l'état psychique de la mère retentisse sur celui du fœtus par ce biais. Ainsi, celui-ci recevrait des informations sur l'état mental de sa mère et l'on peut se demander si les 6 grandes émotions définies comme acquises et universelles (la joie, la peur, la colère, la tristesse, la surprise et le dégoût) ne proviendraient pas de cette transmission in utero de la mère à l'enfant (15). Cela semble se confirmer par la clinique avec des mères qui ressentent une différence de comportement de leur fœtus (agitation extrême ou, à l'inverse, silence complet) lorsqu'elles vivent une sensation particulièrement intense. De manière générale, les mouvements du fœtus sont les signes d'une preuve de vie mais aussi d'une communication voire d'un ajustement entre les émotions maternelles et fœtales.

1.3. Le mouvement

Le système vestibulaire qui permet le contrôle de l'équilibre par repérage de notre position dans l'espace débute sa maturation dès 8 semaines pour la finir à 6 mois de grossesse. Le fœtus vit in utero sous un double registre gravitationnelle : le sien et celui de sa mère. Généralement, lorsque la mère marche, son enfant reste calme alors qu'il est en grande agitation quand la mère s'assied ou s'allonge. Ceci montre qu'il existerait un système d'inhibition des réflexes vestibulaires sans lequel le fœtus réagirait a contrario à chaque mouvement maternel. C'est lorsque la mère se repose que le fœtus a l'occasion d'explorer le monde qui l'entoure et de bouger.

Grâce aux progrès de l'échographie, on peut décrire les mouvements du fœtus en fonction du terme (annexe I). Ces mouvements sont à mettre en parallèle avec la maturation des organes. Au cours, du 3^{ème} trimestre, la place dans l'utérus est limitée et réduit l'amplitude et la variété des mouvements fœtaux. D'un point de vue quantitatif, les mouvements atteignent un pic à 32 semaines d'aménorrhée (SA) puis diminuent jusqu'au terme. Les mouvements fœtaux surviennent par épisodes de 20 à 60 minutes. L'activité

fœtale présente des variations circadiennes avec un pic entre 21h et 1h du matin, mouvements que les mères perçoivent de manière franche.

D'une manière générale, les primipares ressentent les premiers mouvements fœtaux vers 20-22 SA alors que les multipares les perçoivent plutôt vers 18-20 SA. Au début assez furtifs, ils deviennent de plus en plus fréquents et focalisent l'attention de la mère au point qu'elle s'inquiète s'ils ne sont plus manifestés. En effet, quand il bouge de manière spontanée ou bien en réponse, il donne des signaux de vie à la mère qui rassurent mais qui prennent également la valeur de messages quand la mère leur attribue un sens, à type de besoins, de demandes, d'émotions, d'états affectifs.

1.4. L'importance de la vie intra-utérine

Pour bien comprendre ce que vit le fœtus à l'intérieur du ventre maternel, il convient d'en faire une synthèse. Toutes les stimulations et toutes les fonctions concourent à former un être sain, équilibré, « normal ». Des stimulations appropriées permettent le bon développement alors que l'absence ou, au contraire, de trop puissantes stimulations ont des répercussions nocives. D'autre part, les systèmes sensoriels ont un développement en partie dépendante des gènes mais possèdent également un degré de plasticité non négligeable. Par sa réactivité, le fœtus induit à tout moment des réponses maternelles (touchers, palpations et caresses de l'abdomen, vocalisations, paroles, discours, etc). Par ces comportements, les mères modifient en retour les manifestations du fœtus. Des expériences menées par Thierry Volf, chercheur et psychologue, et Marie-Claire Busnel, montrent que lorsque la mère s'adresse à haute voix à son fœtus pour lui dire des choses importantes à ses yeux, on observe nettement une réaction plus longue et plus importante (lors de l'enregistrement du rythme cardiaque), preuve qu'il existe bel et bien un lien (19, 38).

Avec les nombreuses publications de médias sur les perceptions du fœtus, les parents sont de plus en plus conscients de la valeur de ce qu'ils peuvent transmettre à leur bébé pendant la grossesse. Cependant, certains peuvent tomber dans des extrêmes où le fœtus est soumis à un maximum d'informations et de stimulations afin d'en faire un futur « génie ». Le rôle des professionnels de santé entourant la grossesse et la naissance est avant tout de rassurer les futurs parents dans leur rôle tout en leur délivrant les informations qu'ils souhaitent connaître sur « la vie avant la vie ».

Pour conclure, tant que l'enfant est dans le ventre maternel, il est comme en « fusion » totale avec sa mère dont il ne se distingue pas et c'est cette unité chaleureuse

et bienfaisante qui lui permet de devenir lui-même, un nouvel être humain. Du moment que la mère vit sa grossesse sereinement, certains scientifiques, tel Jean-Marie Delassus, pensent que le fœtus vit quelque chose de l'ordre d'une sensation de totalité vitale, de non-modification permanente où le besoin est automatiquement satisfait de manière immédiate (8, 38). Cette situation idyllique s'interrompt cependant avec la naissance de l'enfant. C'est la qualité du lien mère-enfant qui joue un rôle fondamental pour que l'enfant ne se sente pas perdu dans son nouveau monde aérien.

2. Les relations entre la mère et le fœtus

2.1. Étapes psychiques de la grossesse

2.1.1. Maternité et remaniements psychiques

La conception entraîne chez la femme (comme chez l'homme) une période de crise identitaire et de maturation psychologique. L'accès à la parentalité fait basculer l'adulte du statut d'enfant au statut de parent, l'invitant à passer d'une génération à l'autre. La période gestationnelle est un moment fondamental dans la construction de l'identité féminine. Le remaniement psychique se manifeste alors comme une perturbation de l'équilibre psychique antérieur de façon si intense qu'elle ressemble à un état pathologique. Ce processus est néanmoins normal et permet une adaptation à la venue de l'enfant.

Donald Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, décrit pour la première fois, en 1956, le concept de « préoccupation maternelle primaire » correspondant aux remaniements psychiques particuliers qui surviennent pendant la grossesse. La femme enceinte présente un état très particulier d'hypersensibilité qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une et qui se développe progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un degré accru à la fin de la gestation. Cet état perdure encore pendant quelques semaines après la grossesse puis disparaît sans laisser de souvenirs à la mère. La préoccupation maternelle primaire constitue un cadre nécessaire pour l'enfant. En effet, pour se développer, un individu a besoin d'un environnement spécialisé suffisamment bon (1).

En France, le psychiatre Paul-Claude Racamier étudie, à la même époque, les psychoses autour de la grossesse et de l'accouchement. Il décrit chez la femme enceinte

une économie psychique qui progresse vers un état fusionnel et narcissique qui se concentre autour du fœtus. Elle a tendance à s'aimer plus fortement. Elle aime indistinctement son propre corps et l'enfant qu'elle porte. Durant cette période, la femme est particulièrement sensible aux situations extérieures réelles d'où l'importance et la sensibilité aux réactions du conjoint, des figures parentales, de l'entourage social et de l'enfant lui-même (1).

La psychanalyste Monique Bydlowski qualifie de « transparence psychique » cet état de susceptibilité particulière de la femme enceinte. Cela est dû à l'hyperinvestissement sur le mode narcissique de ce nouvel objet psychique qu'est l'enfant et qui envahit progressivement le psychisme de la mère avec une intensité comparable à celle rencontrée dans l'état amoureux. La transparence psychique se traduit par 2 éléments. D'une part, elle se trouve dans un état relationnel particulier avec une situation d'appel à l'aide quasi permanent envers un référent. D'autre part, il existe une authenticité particulière de la vie psychique et ce dès les premières semaines de grossesse : l'inconscient est à nu (1, 4, 14).

2.1.2. Le premier trimestre

Aux trois premiers mois de grossesse correspond la sensation d'être enceinte. Ce sentiment est à différencier de celui d'attendre un bébé qui se crée progressivement et plus tardivement. A ce stade les mères en devenir évoquent rarement le bébé et parlent plus de leur ventre, de leur état d'être et des différentes démarches qu'elles doivent alors effectuer. Elles aiment faire savoir qu'elles sont enceintes et leur attention ainsi que celles de l'entourage et du corps médical sont centrées sur elles-mêmes : la présence de signes sympathiques de grossesse et leur retentissement sont prépondérants dans les discours. Il est vrai que ce 1^{er} trimestre correspond à une période de maux et de changements nécessitant une adaptation : nausées, vomissements, troubles du sommeil, envies, asthénie. Par ailleurs, la mère n'est alors pas sûre de la viabilité de sa grossesse et ne s'autorise donc pas par conséquent à penser au bébé en termes trop spécifiques de crainte de le perdre.

La première rencontre avec un médecin va instituer un calendrier, repère de la femme, commençant à la date des dernières règles pour se conclure par la date présumée d'accouchement.

2.1.3. Le deuxième trimestre

Après le 3^{ème} mois, la mère commence à penser l'enfant, à imaginer les caractéristiques physiques et psychologiques de son bébé. Il est à la fois un enfant réel et imaginaire. D'un côté réel par les sensations agréables ou non qu'il produit, et de l'autre imaginaire car en pleine construction psychique chez la mère. L'élaboration mentale de l'enfant atteint son intensité maximale entre le 4^{ème} et le 7^{ème}, voire 8^{ème} mois.

2.1.4. Le troisième trimestre

A partir du 7^{ème} ou du 8^{ème} mois, la mère déconstruit son enfant imaginaire : les représentations concernant le bébé deviennent moins spécifiques et moins riches afin de protéger la mère de la désillusion. Cela lui permet de se préparer à la venue de l'enfant réel et de ne pas se trouver désemparée face à un enfant qu'elle jugerait sinon décevant. L'enfant s'en trouve aussi protégé car il échappe ainsi aux projections trop idéalisées de l'enfant imaginaire maternel.

En fin de grossesse, la femme sent son bébé réagir, agir, interagir différemment d'elle : elle pose alors des mots sur ce qu'il vit en terme de différence, donc de défusion. L'enfant prend l'allure d'une personne ayant sa propre vie, son propre rythme. L'amorce de cette séparation est un élément positif de naissance représentée.

Au cours de ces mois où la cohabitation mère-enfant touche à sa fin, la PNP est un exercice de mise en mots de ses pensées, qui trouve tout son sens, à la fois physique et psychique.

2.2. L'enfant imaginaire

Durant la grossesse, il coexiste 2 types de représentations importantes :

- celles qui concernent la femme elle-même qui correspondent à une réactivation psychique de son histoire et des liens avec sa mère ou ses proches. Ces représentations contribuent à la construction d'une image mentale de la femme en tant que mère.
- des représentations s'orientant vers l'enfant à naître et qui favorisent l'établissement d'une relation anténatale à l'enfant. Le plus souvent l'enfant est envisagé non pas comme un embryon ou un fœtus mais déjà comme un enfant plus grand.

Ces deux types de constructions mentales ne sont pas inconciliables et il semble même que la représentation de l'enfant à naître s'établit en grande partie sur le modèle de la

représentation maternelle, c'est-à-dire sur la manière dont la femme se représente en tant que mère (1).

Les travaux de Michel Soulé et Serge Lebovici mettent en évidence 4 sortes de bébés imaginés par la mère (1) :

- l'enfant imaginaire : il est le fruit du désir de grossesse, l'enfant dont elle proclame la future naissance qui l'inscrit avec le choix de son prénom dans un avenir qui risque d'être défiguré par ses phobies, fruit de ses sentiments de culpabilité
- l'enfant fantasmatique : fruit de son désir de maternité, il est aussi celui de ses conflits œdipiens qui donnent au bébé un second père : le grand père maternel
- l'enfant mythique : celui sur lequel sa mère peut se décharger projectivement grâce à l'ombre que lui procure sa culture et les mythes dont elle est porteuse
- l'enfant narcissique : il est sensé tout réparer, tout accomplir, tout combler

Pendant la grossesse, son futur enfant est devenu vivant : le désir de maternité est un désir d'enfant. La mère a souvent avec lui un dialogue imaginaire et verbalisé, soucieux à la fois des réactions immédiates du fœtus et du futur de l'enfant à venir. L'enfant se voit peu à peu attribuer un tempérament notamment grâce à ses mouvements intra-utérins. C'est la période où elle lui devine un sexe et où elle prévoit son aspect, où elle lui prédit une vie, où elle cherche et propose son prénom, etc. Elle s'imagine en même temps mère, plus ou moins compétente en fonction de son expérience. Elle prépare la place du bébé, ses vêtements, etc. Elle est aussi anxieuse de sa survie. Elle craint presque toujours qu'il naisse avec une malformation, une maladie, etc.

L'image de l'enfant émerge progressivement de l'esprit de la mère et contribue à créer un espace mental spécifique pour l'enfant à naître. Puis, à la fin de la grossesse, ces représentations s'estompent pour pouvoir faire face à l'enfant réel. Cependant, certaines femmes ont des difficultés à faire la place pour cet enfant réel, ce qui peut donner lieu à de multiples consultations pour des plaintes somatiques, soma et psyché étant toujours étroitement liés.

2.3. Le vécu de l'échographie

Cette « mise en images » de l'enfant a beaucoup modifié les consultations médicales et les demandes parentales. A cette période, l'attitude des médecins ou sages-femmes qui examinent la femme enceinte peut avoir un rôle très utile, s'ils prennent le temps d'expliquer. Ce pourrait être un moment sensible dans la fabrication de la parentalité où l'enjeu est de croire ensemble au projet d'enfant. Si l'échographiste

adopte une attitude inquiète voire surtout un silence, cela est parfois interprété comme le signe que les choses ne vont pas bien. Cela peut avoir des conséquences très profondes sur le bien-être maternel et l'interaction mère-enfant.

Les couples, face à cette technique, sont dans une soif d'un savoir tout en le redoutant. L'attente parentale semble s'organiser autour de 3 éléments clefs. Leur 1^{ère} attente est d'avoir une information rassurante sur la normalité de leur bébé. L'échographie offre de nouvelles possibilités de figuration aux représentations de l'enfant imaginaire. La future mère en use de façon variable : on le voit notamment par rapport à la possibilité de connaître le sexe de leur enfant avant la naissance. Certaines mères le demandent ou l'acceptent, d'autres préfèrent rester devant le mystère et laisser se développer les fruits de leur imagination. Connaître (ou maintenir le secret) sur le sexe du fœtus constitue la 2^{ème} attente des parents. Enfin, ils désirent rencontrer visuellement leur enfant. On voit de plus en plus fréquemment des parents ramener des photos voire des films afin d'initier l'album de famille et de montrer le bébé à leur entourage. En dehors des échographies médicales pratiquées par des professionnels, il existe par ailleurs des centres d'échographie non médicaux qui proposent des échographies « souvenirs » en 3D et 4D afin de faire connaissance avec son bébé avant la naissance.

On peut alors se demander si la femme se représente ensuite son enfant d'après l'image échographique. La réponse unanime est non. En fin de compte, c'est la connaissance du sexe qui personnalise le plus l'enfant. En situation d'échographie, une femme enceinte qui regarde l'écran utilise de nombreux procédés pour retrouver des éléments (des parcelles) de l'enfant imaginaire. L'image la plus appréciée est celle de la tête du fœtus et ses mouvements de bouche. On peut dire que cette image constitue un des moments clefs des débuts de la parentalisation. Néanmoins la femme enceinte qui, en salle d'échographie, est invitée à regarder l'écran, éprouve certaines difficultés à considérer qu'il s'agit d'une réalité et, sortie de la salle d'examen, elle reprend sa relation fantasmatique avec l'enfant imaginaire (18).

Dans une étude de Marie-Thérèse Morin, en 1978, réalisée sur 100 femmes enceintes interrogées ayant eu une échographie, il se dégage des impressions positives mais aussi négatives face à l'image échographique. Ainsi, pour une majorité de femmes, l'échographie est rassurante. De plus, pour une partie des femmes, c'est la découverte de la vie en soi : une concrétisation émouvante de la puissance mystérieuse de la vie ou bien, dans certains cas, cela permet une acceptation de la grossesse. Il est possible que sans l'échographie, il en eût été de même lors de la perception des premiers mouvements

foœtaux mais l'image est un « choc », une impression inoubliable. En revanche, pour une partie des femmes, la réaction face à l'échographie est la dœception puisqu'elle dœmystifie la reprœsentation que la femme a de son enfant. Enfin, cet examen peut aussi ętre angoissant devant la machine et ses rayons mais surtout par crainte d'une malformation. On constate que l'angoisse est donc au cœur du vœcu de cet examen par les femmes (29).

Enfin, il est à souligner que, pour la mœre, l'ęcoute des bruits du cœur lors de la 1^{ère} ęchographie avant męme qu'elle sente son bœbœ bouger demeure un instant d'ęmotion intense qu'aucun instrument n'a pu banaliser.

2.4. La culpabilisation des femmes enceintes

Grâce aux progrs de la mœdecine dans le domaine de la pœrinatalitœ, la femme enceinte fait de plus en plus l'objet de recommandations et d'ęlœments de surveillance afin d'ęviter ou de contręler la survenue de pathologies. Cependant la multiplication des examens complœmentaires pendant la grossesse a un impact sur les premiers liens qui se tissent entre une mœre et son bœbœ. A force de tester la femme, de la mettre sous surveillance, de l'entraęner dans tous ces examens, cette prœvention, on lui donne le sentiment qu'elle doit faire la preuve à chaque ętape de sa capacitœ à faire un enfant en bonne santœ. Cette capacitœ semble sans cesse mise en doute (7).

D'autre part, une autre source de culpabilisation pendant la grossesse provient de la meilleure connaissance de la vie foœtale. En effet, en parallœle des progrs incontestables qu'elle a entraęnœs au niveau mœdical et dans la relation entre les parents et leur bœbœ (17) se trouve une dœrive chez certaines femmes : le sentiment de ne pas ętre suffisamment bonne avec son bœbœ voire d'ętre maltraitante avec l'enfant qu'elle porte. Certaines femmes vont culpabiliser d'ętre triste ou de pleurer du fait qu'elle sait que le bœbœ ressent in utero les ęmotions maternelles. D'autre vont ęcouter rœguliœrement de la musique classique afin de faire profiter leur bœbœ de possibles effets bœnœfiques sur son intelligence (38). Bien que la grossesse ne soit pas une maladie, il semble que pour certaines femmes chaque acte effectuœ, chaque sentiment ęprouvœ pose la question du retentissement sur le foœtus.

Il nous semble que l'un des ręles fondamentaux des professionnels de la pœrinatalitœ, dont les sages-femmes, est de valoriser les femmes dans leur ręle de mœre et de les accompagner dans la relation avec leur bœbœ. Pour ce faire, les messages de prœvention dœlivrœs doivent avant tout mettre en exergue les messages fondamentaux

(faire la distinction entre les interdits et les précautions à prendre) afin d'éviter une forte culpabilisation de la part des femmes enceintes et un manque de spontanéité dans la relation avec leur bébé. La PNP nous semble être un espace privilégié pour refaire le point sur les recommandations importantes à suivre pendant la grossesse et pour rassurer et encourager les femmes dans leur rôle de future mère.

3. La préparation à la naissance et à la parentalité

Toutes les préparations à la naissance fonctionnent dans le projet de diminuer la peur, le stress et d'arriver à ce qu'on appelle le « lâcher prise » : pas de tension, le moins possible d'obstacles.

En novembre 2005 la Haute Autorité de santé établit des recommandations en sur la PNP. Ainsi, des objectifs généraux sont listés (annexe II) et le contenu des séances défini. Le rapport souligne que de nombreuses approches sont disponibles en France mais qu'aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale (respiration, la bascule du bassin et les techniques de poussée), préparation aquatique, sophrologie, yoga, acupuncture, haptonomie.

3.1. La préparation à la naissance « classique »

Ce type de préparation est la plus ancienne et la plus souvent pratiquée. Elle est dispensée sous forme de séances à thème mais c'est avant tout un temps d'échanges et d'écoute entre la sage-femme et les femmes enceintes, accompagnées ou non de leur compagnon. Elle permet un accompagnement et doit développer les compétences cognitives, les habilités et la communication à autrui, et prendre en compte les désirs, les émotions et les perceptions de la personne. La PNP « classique » traite donc à la fois du vécu de la grossesse actuelle, de la préparation à l'accouchement et du séjour en maternité avec les premiers soins au nouveau-né.

3.2. La préparation à la naissance et à la parentalité en piscine

Elle est basée sur le rapport à l'eau particulier des femmes pendant leur grossesse. C'est un type de PNP qui ne requiert pas forcément de savoir nager. Le bassin est généralement chauffé à 31°C et surveillé par un maître-nageur en plus de la sage-

femme qui anime la séance. La relaxation due à la légèreté relative que l'on ressent dans le milieu aquatique permet l'optimisation des mouvements du fœtus. Les séances sont couramment organisées en quatre temps :

- des exercices d'échauffement
- des exercices de respiration
- un temps d'étirement
- un temps de relaxation

La PNP en piscine n'est pas uniquement une préparation physique puisque des parallèles sont faits entre le type d'exercices effectués et leur utilité au moment de la parturition, et le plus souvent un moment d'échange est proposé à la fin de la séance avec une collation. Ses avantages sont nombreux avec une amélioration au niveau de la circulation (notamment placentaire) mais aussi un relâchement qui peut aider les femmes souffrant de dorsalgies. Au niveau symbolique, l'eau est un milieu enveloppant et rassurant pouvant nous rappeler à notre propre vécu in utero avec un partage de la sensation de « flottement » entre la mère et l'enfant.

3.3. Les techniques de relaxation

3.3.1. La sophrologie

La sophrologie est d'apparition récente puisque créée dans les années 1960 en Espagne. Depuis, cette technique, proche de l'autohypnose, a conquis la planète et le domaine de la PNP. Les participantes aux séances se retrouvent dans un état entre l'éveil et le sommeil, où elles sont plus réceptives au message positif délivré par la sage-femme. En effet cette dernière, d'une voix lente, monocorde et douce, accompagne la femme enceinte dans un état de conscience qui engendre un état d'harmonie, de détente. Les 3 principes de cette technique sont :

- le principe du schéma corporel
- le principe d'action positive
- le principe de réalité objective

S'ajoutent à cela 2 lois :

- la loi de l'entraînement : la répétition crée l'habitude
- la loi de l'éthique sophrologique : le respect de l'être

Dans le cadre de la grossesse, la sophrologie a le plus souvent un but thérapeutique et peut répondre à différents objectifs : la préparation à la naissance et à la

parentalité à proprement dite, l'acceptation des modifications corporelles, la réduction des signes sympathiques de grossesse, l'acceptation de la venue d'une contraction utérine, etc.

3.3.2. Le yoga

Le yoga est une discipline très ancienne originaire d'Inde s'étant enrichie siècle après siècle, notamment grâce aux différentes cultures qui ont imprégné cette civilisation. Il cherche à harmoniser les éléments épars de l'être humain et à réunir l'âme et la pure conscience. Grâce à la respiration et à la méditation, le yoga amène l'équilibre intérieur et la sérénité puis la connaissance de soi. Il existe plusieurs formes de yoga, soit axées sur le physique, soit sur le mental, pour permettre d'acquérir l'unité intérieure mais toutes cherchent à rassembler les énergies du corps et de l'esprit en orientant le regard vers l'intérieur.

Au cours de la grossesse, le yoga conduit la femme à des postures et des respirations inhabituelles qui la détachent de l'intellect. La respiration est associée aux mouvements afin de dispenser les femmes de réfléchir le jour de l'accouchement, leur permettant de se plonger dans leur corps. Les postures se proposent avec des mouvements de bercement, de mouvement et, par la façon de respirer, le corps bouge aussi de l'intérieur sans effort. Certains enseignants vont également réaliser un travail sur l'image mentale, en association avec la perception du corps. Les deux sont en effet étroitement liés, et ce travail permet d'aborder des perceptions physiques, de développer la sensorialité. La répétition des exercices de yoga permet de ne pas avoir à s'en souvenir le jour de l'accouchement et, guidées par leurs sensations, les femmes retrouvent ces mouvements spontanément.

3.4. Acupuncture

Cette médecine ancestrale provient de Chine où elle est pratiquée depuis des millénaires et repose sur l'obtention d'un équilibre énergétique. Les principes sont que les symptômes ne sont que l'expression d'un trouble énergétique et que l'on soigne l'individu en rétablissant l'équilibre. Cela nécessite donc de connaître l'origine des énergies externes et internes (climats, respiration, digestion, sentiments, activités physiques, saisons, etc). L'énergie, au sens de la médecine chinoise, est une force

invisible dégageant une énergie innée, toujours active et qui ne se détériore pas. Matière et énergie sont une seule et même expression mais à un stade de manifestation différente. Le tao est la force fondamentale qui coule en toutes choses dans l'univers, vivantes et inertes. Il est l'unité au delà de la dualité yin/yang car chacun des éléments de ce couple a besoin de l'autre pour vivre ; ils sont opposés mais se dynamisent mutuellement.

Ces principes s'appliquent à tout élément de l'univers, y compris le corps humain. La philosophie chinoise considère la conception de l'enfant comme le résultat de la volonté du tao avant celle des parents. Ainsi, la fécondation est yang, la grossesse est yin, l'accouchement est yang et le sevrage est yin. L'accompagnement de la grossesse par l'acupuncture va permettre le bon déroulement de la grossesse, en renforçant l'immunologie, en cultivant la puissance du yin, en régulant les phénomènes hormonaux et en équilibrant le sang. En pratique, l'interrogatoire, les symptômes, l'observation de la langue et la prise des pouls conduisent au diagnostic et le traitement en découle. Ce dernier s'effectue en agissant sur des points situés sur des méridiens, canaux spécifiques de l'énergie. Dans la majorité des cas, l'acupuncteur emploie de fines aiguilles pour ce faire. Là encore, l'acupuncture peut traiter toutes les pathologies de la grossesse ou bien s'inscrire dans le cadre d'un suivi de grossesse classique.

3.5. Le chant prénatal

On retrouve le chant au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement dans plusieurs civilisations dont la Chine antique et l'Égypte ancienne (12). La version moderne du chant prénatal a été développée par Marie-Louise Aucher, cantatrice et professeur de pose de voix (puis créatrice de la psychophonie) et une sage-femme, Chantal Verdrière, à partir de 1977 (10, 33). Le chant prénatal a 4 vocations :

- apporter un bien-être par le chant pendant la grossesse
- créer des liens avec l'enfant
- préparer à la naissance en complément des PNP « classiques »
- faciliter l'accueil du nouveau-né

Il n'est pas nécessaire de savoir chanter pour y participer. Le chant prénatal n'est pas un exercice thérapeutique mais un travail sur la posture, le bassin, le corps, le bien-être, etc qui permet de se découvrir, de trouver des sensations et des voies personnelles nouvelles et diverses. La voix devient un toucher fin, doux et puissant, sans palper. Les séances s'organisent en 4 temps :

- un temps d'éveil corporel
- un temps d'exploration vocale
- un temps de chansons
- un temps d'échange et de partage

Pour accompagner le chant, un travail sur le rythme est fait en parallèle ; par des balancements qui bercent l'enfant, des percussions ou bien des martèlements de pas. Après la naissance, le bébé retrouve les mouvements qu'il ressentait in utero, ce qui le réconforte la plupart du temps. Les mouvements de balancement stimulent l'oreille interne et aident l'enfant à se construire son rapport à l'espace. Enfin, les chansons et les chants aideront également au développement du langage : bébé a le temps d'entendre chaque mot et sera plus attentif à la prononciation, Les parents peuvent revenir avec leur bébé, puis continuer par des ateliers de chant jusqu'à 2 ou 3 ans avec leur enfant.

3.6. L'haptonomie

Elle a été créée en 1978 par Frans Veldman, un néerlandais, qui la définit comme la science de l'affectivité, des relations et des interactions affectives humaines (12, 34). L'haptonomie passe par un toucher dit psychotactile ; il est respectueux, prudent, d'une grande présence et affectivité. Il s'insère dans une écoute de l'autre et une façon d'être, philosophique, spirituelle. Il existe différents champs d'application de l'haptonomie :

- l'accompagnement prénatal, à partir de l'idée que la relation avec l'enfant se crée avant la naissance
- l'hapto-obstétrique, pour faciliter et permettre une naissance naturelle
- l'haptopsychothérapie, aidant l'individu en souffrance psychique à se restaurer, rétablir sa santé psychique. Elle lui offre la possibilité de rechercher et retrouver son élan, sa force vitale
- L'haptosynésie, approche de santé publique pour optimiser et humaniser les pratiques

Dans le cadre de la PNP, l'haptonomie s'adresse à la triade mère, père et enfant à naître. Il est donc obligatoire d'avoir la présence du père à chaque séance ou une autre personne proche apte à partager avec la mère et son enfant le cheminement de la grossesse et l'accueil de ce dernier si le père est définitivement absent.

Le toucher devient le premier langage relationnel par les touchers affectifs de ses parents. Le lien établi et la sécurité affective en provenant permet au bébé de développer

un sentiment de sécurité intérieure. C'est la base d'un équilibre relationnel futur. Ainsi la mère peut reconnaître les mouvements fins du bébé et tirer de ces contacts un approfondissement de la relation avec son bébé, mais aussi inciter l'enfant à changer de position pour la physiologie de la grossesse ou son propre confort. Pour le père il s'agit d'une première mise en contact avec son bébé avant la naissance. En réalité, beaucoup de femmes enceintes « font de l'haptonomie sans le savoir » : c'est heureux, spontané, naturel. L'avantage des séances d'haptonomie est non seulement d'approfondir ce qui se passe entre une future maman et son bébé, mais aussi d'introduire le père de celui-ci et de faire prendre conscience de la réalité du phénomène : la communication avec l'enfant. On fait prendre conscience aux parents, au cours des séances, que in utero le fœtus a déjà la capacité de sentir son environnement, en particulier l'attention et la tendresse qu'ils lui réservent mais on leur apprend également à communiquer avec lui, ce qu'ils se rendent compte quand l'enfant réagit, « répond » aux contacts significatifs du toucher psychotactile. En effet, il se met à bouger ou même vient se placer sous la main qui l'invite. Ce lien qui se crée installe la sécurité affective pour le bébé et améliore son vécu in utero, lien qu'il retrouve après la naissance et lui permet d'être facilement rassuré devant cette nouvelle expérience de vie qui se présente. Des propos tels ceux de Claude Imbert, médecin psychothérapeute et fondatrice de l'institut européen de sophroanalyse, émis en 2003 lors d'une conférence au cours d'un colloque intitulé « La prématurité, source de maltraitance » ne peuvent que donner du crédit à l'haptonomie. Ainsi elle déclare : « [...] l'expression de l'amour parental, maternel en particulier et aussi paternel, ainsi que le type de lien développé durant la gestation, conditionnent le développement harmonieux du cerveau, tant au niveau de son architecture que de l'organisation de ses connexions neuronales » (11).

Les parents doivent instaurer un rendez-vous quotidien qui est perçu de manière particulièrement fine par le bébé, différente de ce qui se passe dans la journée. C'est un moment où les parents se trouvent ensemble pour être autour du bébé afin de lui apporter attention et tendresse.

L'haptonomie a aussi pour but d'aider à soulager la douleur de la parturition en la faisant « couler » plutôt que de la bloquer dans un espace clos, grâce au prolongement dans les mains du père. Au cours de sa naissance, le fœtus est toujours accompagné par le contact affectif de son père et de sa mère.

Jean-Claude Huret, gynécologue obstétricien pratiquant l'haptonomie, a réalisé une enquête par questionnaire auprès de couples ayant pratiqué ou non l'haptonomie. Ses conclusions sont qu'avec un accompagnement de la grossesse par l'haptonomie :

- les bébés sont plus nombreux à bénéficier de l'allaitement maternel qui se prolonge aussi plus longtemps
- ils font leurs nuits plus tôt
- ils vivent mieux l'épreuve de la séparation

Il souligne aussi : l'investissement certain des pères, le plaisir pour les parents de vivre ensemble la communication avec leur bébé qui ne fait plus de doute pour eux, l'émotion souvent exprimée après la naissance (moment sacré de la rencontre) et le bien-être des bébés en post-natal (11).



Enquête

Description de l'enquête

Le choix du thème

Au cours de nos stages, nous avons pu constater l'importance que revêtait l'enfant dans l'imaginaire maternel mais nous avons aussi découvert la réelle présence que représentait cet être encore en formation pour les parents. Cette relation parfois peu valorisée par certains professionnels constitue le cœur des pensées maternelles. Il s'agit pourtant d'un sujet en plein essor au vu des découvertes récentes et qui concentre l'attention des pouvoirs publics depuis quelques années. En effet, la prévention de la maltraitance dans la petite enfance passe par le bon investissement de la grossesse et, pour corollaire, la bonne relation entre les parents et leur enfant le plus tôt possible. Elle instaure par exemple la proposition systématique de l'entretien prénatal du 4ème mois afin de dépister d'éventuelles difficultés.

En tant que futur professionnel de l'accompagnement de la grossesse, nous avons tout naturellement souhaité nous intéresser aux premiers liens qui se créent entre une mère et son fœtus. Il nous est apparu que la préparation à la naissance et à la parentalité représentait un moment privilégié pour s'entretenir de la relation entre la mère et son enfant in utero et pour acquérir des connaissances sur la vie fœtale. Les divers types de préparations à la naissance et à la parentalité actuellement proposées centrent plus ou moins directement leur accompagnement sur ce lien entre la mère et son bébé et nous pensons qu'il est intéressant de voir comment celle-ci va l'influencer.

Nous en sommes donc arrivés au questionnement suivant : quelle est l'influence de la PNP, en fonction de son type, sur la relation mère-fœtus ?

Les hypothèses et objectifs

Notre première hypothèse est que les femmes enceintes qui suivent les séances de PNP sont sensibilisées aux compétences du fœtus, en particulier celles qui sont accompagnées dans leur grossesse par l'haptonomie. La deuxième est que ces femmes ne choisissent pas au hasard le type de PNP mais s'orientent en fonction de la relation qu'elles veulent nouer avec leur fœtus. Enfin, la troisième hypothèse est que les liens créés avec le fœtus sont différents selon le type de PNP suivi.

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Établir les motivations des femmes enceintes à participer à la PNP
- Évaluer les connaissances des femmes enceintes sur la vie fœtale
- Apprécier les liens noués entre la mère et son fœtus
- Rechercher des améliorations à apporter dans la prise en charge afin de favoriser la relation mère-enfant in utero

Méthodologie

Pour réaliser notre étude, nous avons décidé de réaliser des entretiens puisque nous souhaitons recueillir, en partie, l'expression de sensations, d'émotions, de moyens de communication entre la mère et son enfant. Il nous a par conséquent semblé plus adéquat de laisser ces futures mères s'exprimer librement. Les entretiens ont donc été semi-directifs afin de garder un cadre pour l'exploitation des données. D'autre part, la technique de l'entretien face à face permet également d'observer la gestuelle et les émotions ressenties lors de l'évocation de ce sujet très personnel, intime.

Concernant la population ciblée, nous nous sommes orientées vers les primipares puisque les sensations de la grossesse sont alors nouvelles ; c'est une première expérience vierge de tout autre vécu gravidique, bon ou mauvais. En outre, ce sont les principales participantes aux séances de PNP (66,6% des participantes en 2003 en France) (24). Les critères d'inclusion étaient les suivants : une première grossesse, simple, n'ayant pas nécessité d'hospitalisation. Afin d'avoir un meilleur recul sur cette relation mère-fœtus, les futures mères ont été interrogées lors de leur neuvième mois de grossesse. L'accouchement excluait la femme de notre enquête du fait que cela modifie certainement beaucoup les souvenirs des perceptions de la grossesse.

Enfin, nous avons choisi de réaliser cette enquête à l'hôpital du Belvédère de Mont-Saint-Aignan puisque celui-ci propose une diversité de types de PNP que nous ne retrouvons dans aucun autre établissement de la région. Ainsi sont proposées aux femmes enceintes (annexes III et IV):

- préparation « classique »
- acupuncture
- activité aquatique en piscine
- hypnose, sophrologie, relaxation
- haptonomie
- préparation corporelle

- chant prénatal

La préparation corporelle ne sera pas prise en compte pour notre enquête puisqu'elle est réservée aux multipares et reprend des exercices corporels vus en préparation « classique ». Les autres préparations sont accessibles à toutes, primipares ou multipares. On constate donc qu'il existe, même pour les femmes qui attendent leur premier enfant, un panel de choix conséquent. Il était important pour notre enquête que ce ne soit pas par manque de propositions mais un véritable élan qui amène la future mère vers la PNP en question.

Cependant, au cours du stage qui nous a permis de rencontrer les enquêtées, nous nous sommes rendu compte que certaines activités sont très prisées par les femmes enceintes et nécessitent donc une inscription précoce. Ainsi, les créneaux sont parfois complets lorsqu'elles souhaitent s'y inscrire. Ceci est particulièrement vrai pour l'haptonomie et l'acupuncture. Néanmoins, ces dernières sont pratiquées par plusieurs sages-femmes libérales de l'agglomération rouennaise, qui acceptent des inscriptions plus tardives.

D'autre part, alors qu'il était initialement prévu de réaliser plusieurs entretiens (2 à 3) par type de préparation à la naissance, nous nous sommes rendues compte que chaque femme enceinte effectuait généralement 2 activités : le plus souvent la préparation « classique » ou la préparation par hypnose, sophrologie, relaxation à laquelle était associée l'acupuncture, l'haptonomie, l'activité aquatique en piscine ou le chant prénatal.

Au cours de notre stage (en septembre 2011), nous avons proposé à la fin des séances de rencontrer les femmes enceintes répondant aux critères d'inclusion sus cités sur le thème de la relation mère-fœtus. Nous avons pris les coordonnées de 13 femmes enceintes. Nous les avons ensuite rappelées afin de convenir d'un rendez-vous à leur domicile. Le choix de ce lieu permettait à des femmes ayant une mobilité réduite de par leur état de grossesse de ne pas avoir à se déplacer. De plus, ce sujet intime nous paraît plus facile à aborder dans un cadre familial aux enquêtées afin qu'elles se sentent en confiance. Afin de ne pas avoir d'influence mais le vécu propre de chaque future mère, les futurs pères n'étaient pas présents au moment de l'entretien. Lors de nos sollicitations de rendez-vous par téléphone, 2 femmes avaient accouché et l'une a désiré se retirer de l'enquête par manque de temps. Nous avons donc réalisé 10 entretiens. Ceux-ci ont été rendus anonymes puis codés en lettres d'alphabet de A à J.

Ces entretiens semi-dirigés se sont déroulés du 16 septembre au 4 novembre

2011. La durée moyenne d'entretien est de 40 mn avec un minima à 20 mn et un maxima à 1h15. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone avec l'accord préalable des enquêtées puis réécoutés et retranscrits afin de procéder à leur analyse.

Le guide d'entretien était initialement le suivant :

- le vécu de la grossesse
- la représentation de la vie du fœtus
- les échanges entre la femme et son fœtus
- le choix de ou des PNP
- les attentes par rapport à (ou aux) PNP choisie(s) et leur satisfaction.

D'autres thèmes ont été spontanément abordés par les enquêtées et sont venus enrichir l'enquête.

Pour le traitement des entretiens, nous avons utilisé une analyse transversale afin de pouvoir dégager des ressemblances et des différences entre les femmes interrogées.

Les entretiens réalisés nous donne la répartition suivante selon le (ou les) type(s) de PNP suivis :

Enquêtée	Classique	Acupuncture	Piscine	Sophrologie	Haptonomie	Chant
Mme A					X	X
Mme B	X					
Mme C	X				X	
Mme D	X				X	
Mme E	X					
Mme F			X	X		
Mme G	X					
Mme H	X					X
Mme I			X			
Mme J		X		X		

Chant = chant prénatal

Classique = préparation « classique »

Piscine = activité aquatique en piscine

Sophrologie = hypnose, sophrologie, relaxation

Les profils des enquêtées sont présentés dans le tableau suivant :

Enquêtée	Terme	Age	Catégorie socio-professionnelle	Situation maritale
Mme A	37 SA + 5 jours	37 ans	cadre de la fonction publique	concubinage
Mme B	38 SA + 3 jours	41 ans	employé administratif d'entreprise	en couple (vit seule)
Mme C	37 SA + 3 jours	25 ans	profession intermédiaire de l'enseignement	pacsée
Mme D	37 SA + 3 jours	25 ans	employé administratif d'entreprise	pacsée
Mme E	38 SA	26 ans	profession intermédiaire de la santé	pacsée
Mme F	39 SA	30 ans	profession intermédiaire du travail social	mariée
Mme G	37 SA + 5 jours	31 ans	cadre de la fonction publique	mariée
Mme H	37 SA	33 ans	employé administratif d'entreprise	concubinage
Mme I	38 SA + 1 jour	43 ans	employé de commerce	mariée
Mme J	37 SA + 3 jours	37 ans	profession intermédiaire de la santé	mariée

Résultats

Afin de faciliter l'interprétation des résultats suite à une analyse transversale, nous avons choisi de les organiser par grandes thématiques. Les thèmes ne reprennent pas strictement les questions posées puisque les entretiens semi-dirigés ont permis aux enquêtées d'aborder des concepts en rapport avec notre sujet mais non mentionnés dans notre guide d'entretien initialement. Nous avons décidé de lier les résultats directement avec la discussion dans le but de rendre la lecture plus agréable.

1. La grossesse

1.1. Le vécu de la grossesse

Pour toutes les femmes interrogées, le bilan du vécu de la grossesse est positif. Bien-sûr, toutes les grossesses n'ont pas été agréables du début à la fin. C'est pourquoi nous avons été surpris d'arriver toujours à une conclusion positive.

Pour Mme A, « *La grossesse s'est bien passée* ». Elle « *[a] passé neuf bons mois. [...] [Elle] estime que tout va bien et [s]'en réjouit chaque jour* ». Pourtant, elle nous décrit, juste avant, deux premiers trimestres plus « *mouvementés* » que le dernier, avec des angoisses d'abandon, des moments de « *panique* » à se demander si elle et son concubin seraient à la hauteur du rôle de parents.

La grossesse de Mme B a été éprouvante tant sur le plan physique que psychologique mais elle affirme « *être aux anges sur le plan affectif* ». Elle est sujette à une grande variété des maux de la grossesse : au premier trimestre des nausées, vomissements et bouffées de chaleur puis une sciatique, une sensation de jambes lourdes et, depuis le cinquième mois, des régurgitations. Enfin, elle souffre depuis quelques temps d'insomnies due à la position de sa fille in utero.

Quant à Mme C, sa grossesse s'est très bien passée et elle se sent même mieux qu'avant celle-ci : « *Le petit nuage depuis le début* ». Les nausées du début de grossesse ne l'ont pas gênée parce qu'elles n'étaient présentes que le matin. Concernant ses insomnies apparues il y a une semaine, « *on ne dort pas la nuit, ce n'est pas grave, on dort la journée* ».

Le premier trimestre de grossesse a été « *très difficile* » pour Mme D avec des vomissements qui ont lui ont fait perdre 5kg et ont failli nécessiter une hospitalisation. Cependant, après le premier trimestre, « *ce n'est que du bonheur* » et « *le plus beau c'est de sentir son bébé bouger pour la première fois* ». En effet, cela a rendu concret pour elle la présence d'un être en formation dans son ventre et la perspective d'être bientôt « *trois* ». Elle affirme qu'elle repartirait pour une nouvelle grossesse sans hésiter pour revivre ces sensations de mouvements du bébé.

Mme E a « *adoré [s]a grossesse* », « *en garde un très bon souvenir* ». Pourtant, la jeune femme a été fatiguée, a eu quelques nausées et des baisses de moral en début de grossesse. De plus, elle a dû arrêter son activité d'infirmière libérale plus précocement qu'elle n'avait prévu.

Mise à part une période d'abattement au quatrième mois où elle pleurait très régulièrement et n'avait pas envie d'aller travailler, la grossesse s'est bien déroulée pour Mme F, « *c'était plutôt épanoui* ». Sa grossesse a été marquée par un col modifié qui a nécessité du repos. Ce problème est maintenant résolu et Mme F ne souffre plus que d'asthénie et d'une baisse de ses capacités physiques.

Mme G a « *bien vécu la grossesse* ». Toutefois, le premier trimestre a été marqué par des nausées importantes et, en cette fin de grossesse, la jeune femme ressent une gêne, un essoufflement.

Pour Mme H, la grossesse s'est très bien passée, « *c'était la plus belle période de [s]a vie* ». Même les signes sympathiques de grossesse ont été bien vécus : « *c'était des choses positives. Parce que jusqu'au troisième mois ça fait un petit peu mal mais au moins on sait que tout va bien et que c'est normal* ». Dans la même idée, la mauvaise météorologie de cet été a été bénéfique vu que cela lui a permis de ne pas « *gonfler* », c'est-à-dire de limiter les œdèmes des membres inférieurs.

La grossesse de Mme I « *s'est super bien passée* ». Elle nous explique que d'une part, elle n'a pas été malade, que cela a été très appréciable, et que, d'autre part, sentir « *les petits coups* » est agréable et rassurant. Pour Mme I, la grossesse a été un peu angoissante, en particulier au départ, en raison de son âge. En effet c'est pour elle une première grossesse à 43 ans donc « *à surveiller* » selon les médecins. Jusqu'alors tous les examens étaient rassurants. Elle a donc pu vivre la grossesse plus sereinement.

Enfin, pour Mme J c'est « *dans l'ensemble une grossesse bien vécue* ». Les nausées n'ont pas été incommodantes car seulement à jeun le matin. Par ailleurs, tout au long de la grossesse Mme J a eu des insomnies. La fin de grossesse est marquée par une baisse des capacités physiques qui la limite dans ses mouvements.

En conclusion, pour chacune des enquêtées, on constate que les désagréments dus à l'état de gravidité ne les ont pas empêchées de dresser un bilan positif de leur grossesse. Nous pouvons expliquer ce résultat par plusieurs notions. La première idée est que les symptômes incommodes énoncés (vomissements, nausées, asthénie, insomnies, bouleversements psychiques, etc.) sont des signes présents dans une grossesse « normale ». Comme nous l'explique Mme H, cela montre que tout va bien, qu'il y a une véritable grossesse. Ces symptômes permettent pour les enquêtées de signifier leur appartenance au groupe des femmes enceintes.

Par ailleurs, la grossesse constitue une crise maturative (l'enjeu étant de changer de génération) que nos enquêtées ont quasiment résolue puisque l'accouchement est proche. Elles ont donc un recul par rapport au vécu de la grossesse puisqu'il y a eu une évolution psychique importante. D'autre part, alors qu'au début de la grossesse, les femmes sont centrées sur elles-mêmes, comme nous le montre les types de symptômes décrits, les enquêtées sont maintenant focaliser sur leur bébé.

Enfin, on peut remarquer qu'à l'évocation du vécu de la grossesse, les femmes enceintes nous ont majoritairement parlé d'elles-mêmes. Elles sont peu nombreuses à avoir mentionné spontanément leur bébé. On peut l'expliquer par le fait que la grossesse est avant tout l'expérience d'une relation intime avec soi-même. Un secret entoure l'enfant, objet intérieur à la femme enceinte, puisque cette dernière vit une passion silencieuse avec lui donc avec elle-même. On comprend ainsi aisément la rareté des propos sur le fœtus (4).

1.2. Bientôt la fin...

Nous avons également désiré savoir si les enquêtées, vivant leur dernier mois de grossesse, et par conséquent susceptibles d'accoucher très prochainement, étaient impatientes ou non de mettre au monde leur enfant.

Il semble à Mme A qu'« *[elle] n'[a] pas particulièrement d'impatience* » par rapport à l'accouchement. Cela la réjouit de se dire qu'elle va bientôt rencontrer son bébé et voir « *sa petite frimousse* ». Cependant elle veut « *qu'il (son enfant) arrive quand c'est le moment d'arriver* ». « *C'est bien qu'il profite jusqu'au bout et qu'il prenne tout ce dont il a besoin* ».

La réponse de Mme E se rapproche de la précédente : « *J'ai hâte de... (hésitation), enfin je n'appréhende pas pour l'instant. On verra au moment voulu. [...]* Je me dis que cela fait partie d'une grossesse et que c'est l'aboutissement... »

Mme B « *aimerait bien qu'elle (sa fille) vienne parce que là [elle] n'en peu[t] plus* ». Les insomnies quotidiennes dues aux remontées acides et aux douleurs causées par la position fœtale lui font souhaiter un accouchement prochainement. Elle nous confie néanmoins plus tard qu'elle appréhende l'accouchement, sans savoir nous dire pourquoi. « *C'est bizarre, j'ai dû mal à expliquer de quoi j'ai peur, de quoi je commence à avoir peur* ».

Les réponses d'autres femmes viennent témoigner également de cette ambivalence face à l'envie d'accoucher. Mme D, par exemple, a peur de ne pas arriver à se contrôler, de se laisser submerger par la douleur pendant la période où elle ne pourra pas encore bénéficier de l'analgésie péridurale. Mais la jeune femme a également envie d'accoucher « *parce que là, huit mois et demi, ça commence à devenir lourd* ». En effet, Mme D est frustrée de ne pas pouvoir faire ce qu'elle voudrait à cause de la diminution de ses capacités physiques, avec des contractions fréquentes quand elle n'est pas au repos. D'autre part, elle a également envie de pouvoir « *remanger normalement* » puisqu'elle est actuellement sous régime diabétique.

Mme H nous expose que sa condition de femme enceinte lui plaît : « *En fait, une grossesse, ce sont des vacances qui sont utiles ! Ce n'est pas juste que je suis à la maison, mais en même temps je fais grossir quelqu'un. On peut dire ça sans culpabilité* ». « *C'est vraiment la liberté, il ne faut pas aller travailler* ». D'un autre côté, elle a hâte de vivre la rencontre avec le nouveau-né : « *J'ai envie qu'il soit là, que je puisse le prendre dans mes bras* ». Enfin, son sentiment par rapport à l'accouchement semble ambigu. « *L'accouchement, je n'appréhende pas vraiment mais je suis curieuse de voir comment ça va se passer* » puis, « *C'est vrai que l'accouchement, ça me fait flipper* ».

On peut distinguer deux positions parmi les enquêtées. La première concerne des femmes enceintes qui ne sont ni anxieuses, ni impatientes de vivre l'enfantement. Elles ne présentent pas, par ailleurs, de plaintes somatiques.

À l'inverse, les femmes ambivalentes par rapport au jour de l'accouchement sont celles qui se plaignent du « poids » de la grossesse. Mme H se détache des deux autres enquêtées mais c'est également la moins avancée dans la grossesse puisqu'elle

entame son neuvième mois. Les plaintes somatiques émises semblent être le témoin d'une certaine angoisse par rapport à l'accouchement.

2. La vie in utero

2.1. La sensorialité du fœtus

Quel que soit le type de PNP qu'elles ont suivi, les enquêtées sont globalement bien conscientes des capacités sensorielles de leur bébé, grâce aux informations qu'elles ont eues (notamment par les séances de PNP) d'une part et à leur propre expérience d'autre part. Les sens les plus développés chez le fœtus sont ceux qui sont le plus souvent évoqués.

Le tact est une évidence pour la quasi-totalité des femmes enceintes interrogées : le bébé réagit à leur contact et à celui de leur compagnon. Mme E : « *Il y a toujours une sorte de répondant quand je mets ma main en fait ; des petits coups* » ou Mme I : « *Je pose la main et il (le fœtus) va bouger ; il va gesticuler, donner des coups* ».

L'ouïe est le deuxième sens dont parlent les futures mères. Mme C évoque les réactions de son bébé aux sons : « *Elle (son fœtus) est parfois agitée parce qu'elle réagit énormément au bruit et à la musique forte. Parce que tout ce qui est musique douce ou classique comme j'ai l'habitude d'écouter, ça la calme, elle ne bouge pas* ». Mme G a également pu faire le même constat : « *Il y a des musiques qu'il (son fœtus) apprécie, je sens qu'il réagit un peu plus. Par exemple, Vivaldi, ça le stimule* ». Certaines ont des connaissances encore plus précises, telle Mme D : « *Je sais que mon conjoint, par chance, a une voix très grave donc ça passe plutôt bien* » ou Mme J : « *Quand je suis à côté de l'orgue et que ça vibre dans les graves, il (le fœtus) réagit* ».

La perception des odeurs et saveurs n'a été évoquée que par une femme, Mme G : « *Je me dis qu'il doit sûrement ressentir l'alimentation* ». Mme H a remarqué que son bébé bouge plus quand elle mange mais n'a pas relié cette manifestation à ce que son fœtus peut ressentir suite à sa propre alimentation.

Enfin, Mme D est la seule à mentionner la vue du fœtus : « *J'ai cru comprendre que les bébés pouvaient aussi distinguer plus ou moins la lumière dans le ventre de leur maman* ».

Nous pouvons aisément émettre l'hypothèse selon laquelle le tact et l'ouïe du fœtus sont les sens les plus cités parce qu'ils sont les plus faciles à mettre en évidence par les femmes enceintes. En effet, nous avons vu que d'une part, ils sont très développés chez les fœtus et que, d'autre part, les stimulations tactiles et sonores du fœtus sont fréquentes au quotidien, y compris de façon fortuite, donc amènent aisément des réactions de sa part. Pour les femmes enceintes, ces manifestations fœtales constituent une façon de se rassurer, une preuve de la relation qui s'instaure entre elle et leur bébé.

2.2. L'environnement du fœtus

Pour la totalité des enquêtées, cette question a demandé un instant de réflexion de plusieurs secondes et de nombreux « *je ne sais pas* » inauguraux et/ou au cours de la réponse. Le milieu utérin est impénétrable donc difficile de représentation, comme l'expliquent Mme A : « *C'est très mystérieux ce qui se passe dans le ventre puisque tout est à l'intérieur* », Mme G : « *À vrai dire, je ne me la (la vie du bébé in utero) représente pas vraiment* » ou encore Mme H : « *Comment il vit dedans, les livres et les sages-femmes vont me faire comprendre que ça fait du bien pour lui d'être à l'intérieur mais bon, on ne peut pas vraiment comprendre comment c'est à l'intérieur* ».

Pour la majorité d'entre elles, l'environnement du fœtus amène des métaphores plus qu'une réponse vraisemblable. Le cordon ombilical et le placenta ne sont pas mentionnés lors des entretiens. Le liquide amniotique est cité par une seule femme enceinte, Mme E : « *au début elle devait peut-être faire beaucoup de pirouettes, elle vivait au milieu de son univers, au milieu du liquide amniotique* ». Dans cette même idée d'environnement aquatique, les deux enquêtées ayant suivi la PNP en piscine (Mme F et Mme I) ont décrit leur fœtus comme flottant. Elles déclarent: « *Ça me tentait d'être dans l'eau, un peu comme elle est dans mon ventre, d'être pareille qu'elle, dans un liquide.* » et « *C'était une façon aussi de faire comme bébé, d'être dans une bulle d'eau, de flotter.* » Il y a là une volonté de vivre une expérience similaire à celle vécue par leur fœtus. Dans une moindre part, nous pouvons évoquer un parallèle avec leurs

mères enceintes quand elles-mêmes étaient fœtus, ce phénomène d'identification à la mère se retrouvant fréquemment pendant une grossesse.

Le terme de « petite bulle » est revenu par deux fois, chez Mme H et Mme I. Concernant la première, nous pouvons supposer que cette image renvoie à un certain isolement par rapport à l'environnement extérieur. Concernant Mme I, s'ajoute à cette idée celle de l'eau qui entoure son fœtus puisqu'elle exprime également plus tard dans l'entretien cette idée de milieu aquatique in utero.

En outre, pour la plupart des femmes enceintes interrogées, la question amène des représentations positives, évoquant la douceur et la protection, comme chez Mme D qui « [a] toujours comparé [s]on ventre à un hamac pour [s]on bébé » et pour qui l'environnement fœtal « est vraiment un monde dans du coton », « tout doux, tout bercé ». Mme E imagine sa fille « dans un petit cocon bien au chaud ». Les enquêtées se vivent également comme « contenants ». Elles ont conscience que l'environnement fœtal, c'est-à-dire le giron maternel, est un endroit bénéfique pour le fœtus et dans lequel il s'épanouit. Ceci est vrai en dépit du fait que la représentation de cet environnement n'a rien de précis, de vraisemblable peu importe la (ou les) PNP suivie(s).

2.3. La représentation du fœtus

Là encore, nous nous sommes confrontés à une non-représentabilité. Divers raisons expliquent cette constatation. La première est que, pour exister, la représentation mentale doit s'appuyer sur l'expérience sentie. Hors le fœtus n'est pas vu mais ressenti par la future mère. La deuxième explication renvoie aux terreurs anciennes concernant l'intérieur du ventre gestant, inquiétante étrangeté de ce qui, échappant à l'expérience sensorielle, ne trouve pas d'image pour se traduire (4). Toutes les femmes interrogées se demandent à quoi va ressembler leur bébé. Cela fait partie des raisons qui les poussent à vouloir accoucher prochainement : « Ça me rend heureuse de me dire que je vais voir sa petite frimousse » (Mme A). Enfin, la grossesse est une période de fusion entre la future mère et son fœtus. Il est alors difficile pour elle de se représenter une partie d'elle-même, de l'intérieur de son corps.

Conformément à ce que nous avons présagé, l'échographie ne participe que très peu à la représentation du bébé par la femme qui le porte. Mme C est l'une des rares à nous parler de l'échographie et en particulier de l'image du profil de son bébé : « Ça

m'a aidé à imaginer sa position. Après, à quoi elle va ressembler, je ne sais pas. On ne sait pas. Enfin si, on sait qu'elle a des cheveux, on sait quelques petits détails mais rien de plus». On retrouve cette même idée chez Mme G : « Quand j'ai eu l'échographie du huitième mois, je voyais bien la tête. Je m'imaginai bien la tête en bas et les pieds là. En fait, quand il bouge, je sens bien, je vois bien les pieds mais je ne m'imagine pas le bébé en entier. C'est plus comme des flashes : la tête en bas, les pieds en haut ».

Il est ressorti des entretiens que la connaissance de la position du fœtus était très importante pour les futurs parents. Mme A pense que de savoir comment est placé son bébé « *rend plus concret l'idée de la petite personne à l'intérieur du ventre* ». Mme J se demande « *Où est-il ? Comment est-il placé ?* », questions qui ont trouvé leurs réponses grâce à la sage-femme. Nous pouvons mettre cela en lien avec les sensations corporelles ressenties par la femme et qui peuvent ainsi être élucidées et accréditées par le corps médical.

D'autre part, la position fœtale paraît renvoyer à une inquiétude : le fœtus a-t-il assez de place in utero ? Mme E : « *Je me demande dans quel sens elle peut être et si elle peut tourner comme elle veut. [...] Là, je sais qu'elle a la tête en bas, elle doit être toute recroquevillée* ». Mme F pense qu'« *elle (son fœtus) doit être toute serrée, un peu étreinte* ». Pour celles qui ont pratiqué l'haptonomie, cette angoisse n'est pas présente puisqu'il leur a été montré que le fœtus a de la place in utero. C'est ce qu'affirme Mme D : « *Par contre, j'ai vraiment pris conscience de mon corps de femme enceinte parce que, pour moi, vu qu'elle (sa fille) était devant, la place du bébé était vraiment limitée. Elle (la sage-femme donnant les cours d'haptonomie) m'a dit "Non, regardez, vous avez de la place". Et c'est grâce à cette première séance que je me suis dit "Ah oui, il y a quand même vachement de place et elle m'enquiquine un peu pour rien en fait".*» En effet, les couples apprennent à replacer le fœtus dans le giron maternel pendant les séances d'haptonomie. Cela concourt certainement à rassurer les futurs parents quant à la place du fœtus in utero.

3. Les échanges entre la femme enceinte et le fœtus

3.1. Des moments privilégiés

Plusieurs enquêtées ont mentionné des instants privilégiés d'échanges avec leur bébé, à des moments où elles sont seules ou bien avec le futur père. Par échange nous entendons qu'il y ait réellement une réponse du fœtus ressentie par la mère, par conséquent sous forme de mouvements fœtaux.

Pour Mme E, le massage de son ventre par son concubin chaque soir, à l'origine pour éviter l'apparition de vergetures, est devenu un moment d'échanges tactiles à trois. *« Et tous les soirs, c'était mon ami qui me la mettait (la crème anti-vergetures) pour le faire participer aussi à la grossesse et avoir contact avec bébé. Et elle (le fœtus) lui répondait. Quand ce n'était pas lui qui la mettait mais moi, elle me répondait tout aussi vivement »*. En dehors de ce rendez-vous vespéral, il existe d'autres échanges entre Mme E et son fœtus : *« En journée je me caresse souvent le ventre en lui parlant et en lui expliquant tout et n'importe quoi. Je sais que de toute façon elle doit entendre ma voix. Elle est habituée et en fait ce sont surtout des caresses sur le ventre mais il y a toujours une espèce de répondant quand je mets ma main »*.

Pour Mme G, le soir, vers 19h, elle « cherche » son bébé et en, particulier son pied : *« Quand il (son fœtus) donne des coups des pieds j'appuie parce que parfois il me pousse donc j'appuie à nouveau. [...] On voit de petites bosses et on suit. Avec les bosses on sait où il est. J'attends ce moment-là et c'est notre moment »*.

La position fœtale aide aussi Mme I à communiquer avec son bébé : *« Je communique beaucoup par le geste : des caresses. Quand je le (le fœtus) sens à un endroit, je viens. Là je sais qu'il est là (geste). Ça nous sert à communiquer plus facilement »*. *« Il arrive à faire la différence entre nous deux (Mme I et son conjoint). Moi, quand je pose la main, il va bouger, gesticuler, donner des coups. Lorsque son père pose la main, il stoppe aussitôt »*.

Pour certaines, les échanges se déroulent lorsqu'elles veulent réveiller le fœtus ou bien le calmer. C'est le cas pour Mme B : *« Si je vois qu'il y a un moment dans la journée où elle ne bouge plus, qu'elle dort, je vais la réveiller, je vais la stimuler, je vais gratter et là, elle se réveille. C'est rigolo »*. A l'inverse, Mme I *« essaye de le calmer quand il bouge trop »*.

Pour les couples qui ont été initiés à l'haptonomie, il est recommandé d'avoir un « rendez-vous » quotidien autour du bébé afin d'avoir un échange affectif avec lui. Nous avons donc désiré savoir si cet instant privilégié de communication à trois été vraiment instauré de façon quotidienne.

Seule Mme C et son concubin font des séances journalières. Un rituel s'est instauré entre eux et leur bébé chaque soir. Ainsi, lorsque Mme C est trop fatiguée pour faire de l'haptonomie, le fœtus « réclame », bouge significativement plus. Dans ce cas, il suffit que Mme C mette les mains sur son ventre pour la calmer : « *Les mains, c'est magique !* ».

Pour Mme D, les rendez-vous à 3 se font quand elle et son compagnon en ont envie tous les deux. « *On le fait vraiment quand on en a besoin. [...] Mais quand on va le faire, ça va être sympa* ». Elle évoque des difficultés à refaire certaines positions chez elle du fait du manque de matériel et aussi le fait d'être « parasitée » chez elle par certains éléments tels la télévision.

Enfin, Mme A laisse spontanément son concubin venir poser les mains sur son ventre et le caresser. Aucun moment précis n'a été fixé pour la rencontre du couple avec leur enfant. Il est donc déjà arrivé qu'il y ait plusieurs semaines sans que ce rendez-vous n'arrive. Par ailleurs, ces instants d'échanges se passent aussi bien le soir que le matin puisque dans la journée le futur papa exerce son activité professionnelle.

En outre, les femmes qui ont fait l'haptonomie nous décrivent des réponses franches du fœtus lors de ces moments privilégiés à trois, aussi bien envers elle qu'envers leur compagnon. Pour chacune d'elle, c'est essentiellement cette possibilité d'échanges, y compris du futur père, avec leur enfant in utero qui les a enthousiasmées.

De manière générale, les moments privilégiés ont lieu le soir. On peut imaginer que, pour certaines, ce moment coïncide avec le retour de leur concubin ou époux au domicile (après leur exercice professionnel). D'autre part, il s'agit également pour elles d'un moment où elles sont habituellement au calme, avant ou après le repas. Nous savons que la réduction des activités maternelles invite le bébé à s'agiter puisqu'il n'est plus bercé. D'autre part, chaque individu est soumis à un rythme circadien de l'éveil influencé par plusieurs hormones. Il existe une phase de haute vigilance entre 17h et 20h auquel le fœtus est soumis également. Ces deux phénomènes expliquent le fait que les relations entre la future mère et son bébé soient favorisées en période vespérale.

3.2. La primauté du tactile

La majorité des enquêtées, toutes préparations confondues, parlent avant tout d'échanges tactiles avec leur bébé. Nous pouvons le constater grâce aux témoignages précédents. De par sa position intra-utérine, les mouvements actifs sont les seules manifestations fœtales ressenties par une femme enceinte. Naturellement cette dernière les considère comme des éléments ayant un sens. La majorité des femmes y répond d'une façon similaire : par des impulsions manuelles sur leur ventre. Néanmoins, nous constatons qu'une simple apposition des mains suffit généralement à calmer un fœtus agité. C'est le constat fait par exemple par Mme H : « *J'essaye de le calmer quand il bouge trop. Ce n'est pas forcément pour suivre ses mouvements, ce n'est pas désagréable mais parfois c'est un petit peu trop vif* ».

D'autre part, les mouvements fœtaux représentent quelque chose de très concret pour les futures mères alors que la représentation qu'elles ont du fœtus reste très virtuelle. Nous verrons plus loin que ceci explique en partie la difficulté que les femmes enceintes ont à parler à voix haute à leur bébé. La communication interhumaine passe, d'une part, par la parole et, d'autre part, par la communication non verbale, c'est-à-dire la gestuelle. Certaines femmes, comme Mme E, vont associer les deux pour la communication avec son enfant. Pour la plupart, il s'agit en revanche uniquement d'échanges tactiles.

Enfin, nous supposons également qu'il y a parfois l'instauration d'un dialogue fœto-maternel de manière fortuite, lors du toucher de la femme ou de son ami sur le ventre afin de percevoir manuellement les « coups » que la future mère ressent de l'intérieur de son corps ou bien pour trouver la position fœtale. Nous pouvons le constater grâce à l'exemple de Mme E qui a instauré un rituel quotidien, semblable à ceux recommandés en haptonomie suite aux massages de son ventre. Pour celles qui ont suivi des cours d'haptonomie, la majorité des gestes pour communiquer avec le fœtus ont été appris de façon précoce pendant la grossesse. Ainsi, à l'inverse des autres, le geste précède le ressenti. La sensibilité est alors plus précoce.

3.3. Les sons

Nous pouvons distinguer deux phénomènes dans ces sons destinés à être entendu par le bébé : la musique ainsi que le chant d'une part, et la parole adressée au fœtus d'autre part.

La moitié des femmes interrogées ont mentionné la musique comme élément de communication avec leur bébé et seules les deux femmes ayant participé à des séances de chant prénatal ont évoqué le chant. La musique est parfois directement destinée au fœtus, comme pour Mme H (d'origine hongroise) : *« J'ai mis des CD d'enfance hongrois que j'ai écoutés en boucle dans la voiture mais je commence à m'en lasser. Donc j'ai arrêté. J'ai acheté aussi, j'ai mis de la musique classique. »* ou Mme G : *« J'ai mis des comptines »*. D'autres fois, il s'agit simplement des musiques habituellement écoutées par la femme : *« Ça m'arrive d'écouter de la musique, même de la musique que moi j'aime et du coup je lui dis. Je lui dis : "Ça, c'est de la musique que j'aime". »* (Mme F) ou *« Moi j'aime bien Vivaldi donc quand on est dans la voiture il a le droit à musique classique et à la radio »* (Mme G).

Contrairement à ce que nous pensions, le fait d'avoir fait du chant prénatal n'induit pas une prépondérance du chant et de la musique dans la relation entre la mère et son fœtus.

On assiste à de grandes disparités entre les enquêtées quant aux paroles adressées à leur bébé. La majorité lui parle néanmoins peu de ce qu'elles disent. Il est néanmoins difficile d'apprécier une telle donnée car elle reste très subjective.

Mme A : *« ... le matin je masse un peu mon ventre, je lui dis bonjour, je lui parle un petit peu, enfin, quand je sens qu'il bouge. Je lui dis "Tiens voilà" »*.

Mme D : *« Je sais que je ne lui parle pas forcément parce que ça ne vient pas à ce moment-là. Mais je vais lui parler à d'autres moments »*.

Mme E : *« En journée je me caresse souvent le ventre en lui parlant et en lui expliquant tout et n'importe quoi. [...] Quand je lui parle, elle bouge un petit peu mais moins que quand je mets les mains. Peut-être qu'elle écoute... »*.

Mme F : *« Je lui parle. Quand il fallait que je sois au repos, je lui disais "Ce n'est pas maintenant qu'il faut sortir, il faut rester". Elle écoute bien. Même quand elle était en siège je lui disais "Ce serait bien si tu te retournais". Je lui parlais pour ces choses-là en fait. Je lui ai dit que maintenant c'était bon, qu'elle pouvait y aller. Mais après, c'est surtout depuis le septième mois que je lui parle un peu plus, à partir du moment où l'on a choisi le prénom »*.

Mme H : *« Je lui parle quelques fois. Mais déjà, parler toute seule, c'est un petit peu difficile à faire sortir des trucs quelques fois. Quand vraiment il bouge beaucoup, j'essaie de l'apaiser avec quelques mots à voix haute. Mais il faut vraiment que moi, je sois déjà dans l'état de parler. [...] C'est vraiment quelques mots. J'aime bien mais ce*

n'est pas spontané. Quelques fois ça arrive mais je ne pourrais pas lui raconter ma journée. »

Mme I : *« Je pense que je parle plus facilement avec quelqu'un que je vois. Là il (le fœtus) n'est pas là donc je ne peux pas parler avec lui. Mais je pense que quand il sortira, je n'aurai aucun problème à parler avec lui. Là, c'est le fait que tout en étant concret, il n'est pas vraiment présent ».*

Mme J : *« Je n'ai pas ressenti le besoin de lui parler en tant que tel. Parfois c'est "Alors Timousse" (le surnom qu'elle et son mari ont donné à leur bébé, ne connaissant pas son sexe). [...] Ça reste assez ponctuel ».*

La difficulté de représentation du fœtus, liée à la fusion qui existe entre une femme enceinte et son bébé, explique la rareté des échanges verbaux. Il est probable que des propos destinés au fœtus soient intériorisés et non prononcés à voix haute.

3.4. Le fœtus : une personne ?

Grâce aux échanges que les futures mères ont noués avec leur bébé, certaines prêtent déjà des traits de caractère à ce dernier. Les tempéraments constatés ont par conséquent essentiellement un rapport avec la fréquence et l'intensité des mouvements ressentis. Ainsi, le fœtus que porte Mme A est *« enthousiaste »*. Margot, la petite fille qu'attend Mme B, est *« gaie »*. Dans la même idée, l'enfant de Mme C est *« active »*. Mme D nous dit qu' *« elle n'est pas spécialement enquiquinante comme bébé »* à propos du fœtus qu'elle porte. A l'inverse, Mme I nous dit que son bébé est *« dormeur »* et Mme F que sa fille *« s'adapte »*, du fait qu'elle réagisse peu au toucher ou à la voix maternelle. De plus, *« elle va être balance et la balance est réputée pour s'adapter à toutes les situations »*.

Par ailleurs, les enquêtées nous font part d'intentions prêtées aux fœtus. Nous avons déjà évoqué les *« réponses »* du fœtus nécessaires pour parler de communication. Mme H compare son bébé à son chat pour expliquer la volonté fluctuante d'échanges qu'a son fœtus. *« Si je le touche (son fœtus), c'est un petit peu comme mon chat. Je touche ou j'appelle mon chat et pendant deux minutes, il ne se passe rien. Mais, en fait, c'est lui qui décide : il vient ou il bouge. Ce n'est pas forcément tout de suite qu'il réagit. Mais, s'il a envie quand je le touche, il va réagir au bout de trente secondes. C'est lui qui décide. »* De son côté, Mme D est convaincue que sa fille recherche le contact avec elle et son concubin : *« Je pense qu'il y a quand même un contact. Le bébé*

voit ça comme ça aussi. "Tiens, là, c'est agréable, c'est chaud, je vais me mettre là". C'est "Tiens, j'entends telle voix, je la connais bien cette voix-là alors je vais bouger" ».

Hormis ces qualifications en rapport avec leur réactivité au toucher, peu d'éléments personnalisent le fœtus. Le sexe fœtal, généralement révélé à l'échographie est l'élément qui semble caractériser le plus le fœtus. C'est une donnée que nous retrouvons dans la littérature.

Par ailleurs, même si les prénoms sont d'ores et déjà choisis pour la majorité des bébés, seule Mme B l'a mentionné (sa fille s'appelle Margot). Nous pouvons rapprocher également le cas de Mme J dont l'enfant, dont elle n'a pas souhaité connaître le sexe lors des échographies, est surnommé Timousse (en rapport avec la voile, qu'ils ont pratiquée pendant la grossesse). Peut-être est-ce un sujet estimé trop intime par les autres ou bien que le prénom identifierait trop le fœtus en tant que personne. De plus, le prénom étant donneur d'humanité, il semble cohérent que le fœtus, objet intérieur de la femme enceinte, n'en bénéficie pas avant la naissance.

Enfin, deux enquêtées nous parlent déjà du fœtus en tant que personne. Il s'agit de Mme H qui souligne que, depuis qu'elle est enceinte, elle a changé d'avis sur le statut du fœtus. Il est maintenant indéniable pour elle que c'est une personne. Mme A évoque « *l'idée de la petite personne à l'intérieur du ventre* » qui a été rendue plus concrète lorsqu'on lui a expliqué la position fœtale. Plus qu'une véritable personne, nous pouvons parler d'un processus d'humanisation qui est en cours puisque l'on sent encore un sentiment de fusion qui ne permet pas réellement à ces femmes de considérer leur fœtus comme un être à part entière, comme on le voit par différents éléments cités précédemment (pas de paroles ou de prénom adressés directement au fœtus par exemple). Néanmoins, la fin de la grossesse marque le début d'un sentiment de défusion qui permet de se projeter vers la séparation physique entre la femme enceinte et son enfant.

4. Prendre soin du fœtus

4.1. L'hygiène de vie

Au quotidien, la majorité des femmes interrogées ont changé quelques unes de leurs habitudes. On assiste cependant pour chaque femme à des préoccupations différentes, certaines d'ordre médical, et d'autres non.

Mme B est soucieuse par rapport à son addiction au tabac. Elle avoue que c'est « *la seule chose qu'[elle] n'[ait] pas fait de bien pendant la grossesse* ». Elle précise n'avoir pas bu du tout d'alcool par exemple. Mme B a diminué sa consommation de cigarettes par 3, et même plus au début de grossesse « *pour le bien de Margot (le prénom qu'elle a choisi pour sa fille)* ». Elle affirme qu' « *[elle] a vachement culpabilisé pour ça aussi* » et ajoute que le corps médical l'a encore plus fait culpabiliser.

De son côté, Mme D présente un diabète gestationnel ne nécessitant pas d'injection d'insuline mais un simple régime alimentaire. Toutes les précautions prises l'ont frustrée. Elle témoigne d'une grande préoccupation par rapport au bien-être de son bébé : « *Parce que mine de rien c'est un stress de me dire "Si mon sucre n'est pas bon à la prochaine piqûre, mon Dieu, j'ai mal géré, mon bébé va grossir donc je vais accoucher prématurément". C'est de se dire "Moi si je ne fais pas bien mon bébé va en souffrir"* ». Au final, son fœtus était estimé eutrope à la dernière échographie et Mme D s'en félicite.

Mme H a adopté « *une manière de vivre vraiment saine, sans alcool, sans fromage non pasteurisé* ». « *Je n'ai jamais fumé, ça ne me manque pas non plus* ». Elle avoue cependant avoir trouvé que les femmes enceintes sont « *surprotégées* » par les médecins. « *Après pour le moindre truc on court pour voir les conséquences sur Internet, pour une explication et, en général, ce sont toujours des conneries* ». Elle relate qu'au début de sa grossesse, elle regardait « *le petit Apéricube®* » en se demandant si elle pouvait le manger, si c'était du lait pasteurisé ou non. Elle avoue son stress avant chaque résultat d'examen complémentaire, l'impression que cette fois-ci « *ils (les biologistes) trouveront quelque chose* ».

Une autre femme, Mme F nous a également fait part de son inquiétude à chaque résultat d'examen. « *C'est vrai que l'on est toujours dans l'inquiétude de savoir si le*

bébé va bien, si elle évolue bien, si elle grandit bien, si tout va bien quoi. C'est vrai que c'est toujours dans un coin de ma tête ce questionnement : savoir si le bébé va bien. Même au niveau de l'alimentation on essaye de faire un maximum. Je vois par rapport à la toxoplasmose ou des trucs comme ça, j'étais soulagée à chaque fois que j'allais chercher les résultats par exemple. Tous les mois, de savoir que j'étais négative, ça me rassurait ».

En revanche, pour d'autres femmes enceintes, les attentions prises ne renvoient pas à des conseils médicaux. Mme G : *« J'essaie de varier mon alimentation parce que je me dis qu'il doit sûrement ressentir l'alimentation. Et je me fais plaisir en me disant que si moi ça me plaît, je pense que ça lui plaît aussi ».*

On constate donc que les femmes enceintes sont soucieuses du bien-être fœtal mais que les injonctions du corps médical les angoissent tant au niveau du respect de ces règles qu'au niveau de leurs éventuelles conséquences. Néanmoins, les préoccupations médicales ne sont pas les seules qu'aient ces femmes. Il convient d'en prendre compte lors de la délivrance d'informations afin de bien mettre en exergue les conseils et recommandations indispensables au bon déroulement de la grossesse. Ainsi, l'exemple de Mme H avec *« le petit Apéricube[®] »* ou bien les femmes qui donnent leurs chats d'intérieur à la découverte de la grossesse (en raison du risque de séroconversion à la toxoplasmose) signent un « mauvais tri » parmi l'abondance des « interdits » de la grossesse. Que ce soit dans le domaine de la physiologie ou de la pathologie de la grossesse, les informations abruptes vont être mal voire pas du tout suivies. Pour pouvoir apporter des informations dans le domaine médical, les professionnels de santé ne peuvent pas faire l'économie d'une alliance thérapeutique avec les patientes. Nous soignerons d'autant mieux les femmes enceintes que nous les comprendrons, elles et leurs priorités (différentes pour chacune).

4.2. La transmission des sentiments

Nous avons été surpris de constater que certaines enquêtées s'obligent à être calmes et détendues pour ne pas stresser leur fœtus. Mme H tente d'apaiser son concubin afin qu'il ne l'excite pas puisque cela pourrait exciter le bébé après. Elle considère qu'*« il faut des impulsions qui viennent de l'extérieur pour servir à l'enfant certainement mais peut-être pas autant »*. On remarque dans ces propos la mise en place

du couple parental. La place de chacun est en train de se jouer chez Mme H et son concubin qui ne sont plus un simple couple d'amants. La femme enceinte joue alors un rôle important de protection vis-à-vis de l'enfant qu'elle porte en son sein. En tant que contenant, elle se sent responsable de son bien-être.

Quant à Mme B, elle a eu une période difficile avec son compagnon pendant la grossesse, avec beaucoup de tensions entre eux. « *J'ai eu 3 bons mois où j'ai beaucoup pleuré. J'étais très inquiète de transmettre cela à Margot.* » Elle n'a pas trouvé les réponses attendues auprès des professionnels qu'elle a rencontrés : « *Ils vous donnent des médicaments pour fermer votre gueule. Moi ce n'est pas les médicaments que je voulais. Ce n'était pas non plus qu'on m'écoute parce qu'il y a des gens pour cela et que ce n'était pas le lieu, mais au moins qu'on me dise que ce n'est pas parce que je pleure que Margot va être triste* ».

On peut certainement parler pour ces deux enquêtées d'une sorte de dérive par rapport au savoir médical sur la vie in utero. En effet, depuis plusieurs années des études se sont développées sur les conséquences d'un stress pendant la grossesse. Ainsi le stress est dénoncé comme facteur de risque de l'accouchement prématuré mais a aussi un rôle perturbateur sur le développement ultérieur de l'enfant lorsqu'il est éprouvé à certains moments de la grossesse. Il est intéressant de préciser qu'il n'y a pas de lien net entre la production massive d'hormones du stress (le cortisol principalement) et le mal-être qui peut en résulter. D'autre part, plus on met en évidence le stress, plus on l'active (22). Ces grands résultats scientifiques sont assez facilement accessibles au grand public mais le « décryptage » de cette information doit être fait par le corps médical afin d'éviter des malentendus. Pour les femmes enceintes qui n'ont pas accès à des explications, ces études peuvent être comprises comme une injonction d'aller bien. Dans le cas de nos 2 enquêtées, le stress ressenti semble correspondre à un stress normal lors d'une grossesse compte-tenu des bouleversements psychiques qu'elle occasionne. Il convient donc de les rassurer quant aux conséquences sur leur enfant.

4.3. Ne pas l'écraser

Il s'agit d'une préoccupation maternelle que nous avons retrouvée chez deux enquêtées. Alors que certaines évoquent au contraire la gêne qu'entraîne la position fœtale et la nécessité qu'elles ont à pousser leur bébé (Mme B par exemple), d'autres portent une attention particulière à ne pas l'écraser. « *Là je me dis qu'elle doit être serrée, un peu étriquée. Et le fait que quand on bouge, c'est vrai que parfois, je me*

demande si je ne l'ai pas écrasée dans la nuit. Peut-être que je lui ai trop appuyé sur un côté » (Mme F). Mme D est plus nuancée sur ses propos : « Si je me tourne sur le côté, moi je sais que je regarde toujours de quel côté est son dos avant de me mettre sur le côté gauche ou droit ». Ces propos, qui nous ont surpris au premier abord s'expliquent simplement. Il s'agit en réalité d'une représentation fantasmagorique renvoyant au questionnement de la femme enceinte sur sa capacité à être une « bonne » mère. Par cette préoccupation maternelle, elle effectue des choses concrètes pour se rassurer puisqu'elle aide son corps à protéger son enfant.

5. L'accompagnement dans la relation

5.1. La place du concubin/conjoint

Volontairement, nous n'avons pas voulu évoquer le futur père dans nos questions. En effet, le thème de notre mémoire exigeait de s'intéresser au potentiel retentissement du type de PNP effectuée sur la relation mère-fœtus. Or, d'une part les compagnons n'ont pas assisté, pour la grande majorité, aux séances de PNP suivies par les enquêtées. Indispensables en haptonomie, ils ne sont par exemple pas les bienvenus en PNP à la piscine. Il n'y a donc aucune pertinence à interroger les pères dans notre étude. Cependant, la méthodologie par entretien semi-dirigé laisse de la liberté quant aux thèmes abordés par les enquêtées. La place du conjoint dans la relation à l'enfant a donc été évoquée par certaines femmes enceintes.

En effet, lors de massages effectués par son concubin, Mme E sent les réponses que son bébé donne à son mari lors de ces contacts : *« Et elle (son fœtus) lui répondait ».*

Mme I insiste sur la différence de réaction de son bébé en fonction de sa voix et de celle de son mari, ainsi qu'en fonction de l'apposition de ses mains ou de celles de son époux. *« Il réagit à la voix de son père et, quand son père pose la main, il n'a pas du tout la même attitude qu'avec moi. Donc il arrive à faire la différence entre nous deux. Moi je pose la main et il va bouger ; il va gesticuler, donner des coups. Son père pose la main et hop, il stoppe aussitôt ».*

Les autres femmes ayant évoqué la relation de l'enfant avec son père sont les enquêtées ayant pris des cours d'haptonomie.

Mme A : « Concernant l'haptonomie, j'étais assez curieuse parce que ce côté communication était assez intéressant. Je me demandais comment ça se faisait et surtout ce qui était intéressant, c'était l'implication du père. Parce que du coup c'était un exercice de couple parce que c'est vrai que le papa est à l'extérieur de tout ça. Moi je le porte, je le ressens, tout ça c'est très peu concret pour lui ». « Et c'est vrai que quand Andrew (son concubin) mettait ses mains, il répondait très vivement pendant les séances d'haptonomie ».

Mme C : « Donc je pense que c'était (l'haptonomie) une façon (pour le père) de s'impliquer. Et aussi d'avoir moins peur parce qu'au début, il ne pouvait pas me toucher le ventre. [...] Mais du coup il l'a sentie (sa fille) rapidement, chose qu'il n'aurait pas senti s'il n'avait pas osé. Il a apprivoisé mon ventre. Parce que sinon il ne l'aurait sentie que maintenant, là où elle tape fort. [...] Pour le coup, avec l'haptonomie, on avait ce petit rituel des tous les soirs et du coup, on avait notre complicité, nous deux, dans le couple. On partageait vraiment ça tous les deux. On se retrouvait autour du bébé ». Le compagnon de Mme C a été surpris lors d'un cours de portage de voir que peu de père avait l'intention de porter en écharpe leur bébé. Pour lui, il s'agit d'une continuité de la grossesse où il a pu développer un côté tactile avec sa fille.

Mme D : « En haptonomie, si le papa n'est pas là, vous ne pouvez pas faire votre cours. Donc moi, c'était vraiment pour impliquer le papa. Dire dès le début "Moi je porte le bébé mais tu es là aussi, tu n'es pas spectateur complètement, tu peux agir". [...] Mais il y a déjà au moins ce cercle qui se crée à trois avant la naissance (grâce à l'haptonomie). C'est vraiment un côté affectif, c'est dire au bébé "Voilà, tu n'es pas encore né mais on est déjà là, c'est la rassurer". [...] Alors qu'en haptonomie (contrairement à la préparation « classique »), on n'est pas centrés qu'autour du bébé parce qu'il y a aussi le couple. Et nous c'est ce qu'on cherchait aussi ».

Par ces témoignages, il semble que la PNP par l'haptonomie favorise l'émergence de la triade futur père – future mère – fœtus ; le couple et leur enfant. Les compagnons des enquêtées paraissent avoir une plus grande implication dans la grossesse. Les cours d'haptonomie et les rendez-vous à trois autour du bébé ont permis à ces futurs pères de développer une communication avec leur enfant.

5.2. Les échanges sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement

Outre les informations médicales délivrées, il est ressorti de nos entretiens que les femmes enceintes ont l'envie (voire le besoin) de partager leur expérience sur la grossesse et l'accouchement entre elles et avec de jeunes accouchées.

Certaines femmes évoquent le rôle prépondérant de leur entourage pendant la grossesse. Ainsi, Mme A mentionne à plusieurs reprises des échanges avec sa grande sœur, mère de deux enfants. C'est elle qui lui a conseillée de faire du chant prénatal et de l'haptonomie pendant sa grossesse parce qu'elle-même en avait tiré beaucoup de bienfaits. Par ailleurs, Mme A déclare bénéficier de l'expérience de son entourage lors de moments d'échange. Elle met sur le compte de son âge, et donc du fait qu'elle n'est pas « *dans les premières à avoir un bébé* » ce fait de pouvoir jouir des différents vécus de sa mère, sa grande sœur et des ses copines qui sont toutes déjà mères.

Une autre femme, Mme G, prend une certaine distance par rapport « *à ce qu'on raconte dans [s]a famille* ». « *Je prends bien soin pour certaines choses de temporiser parce que, soit c'est une tante dont l'enfant a une quinzaine d'années, soit c'est une cousine qui a accouché il y a 3 ou 4 ans* ». Elle ajoute que « *le réseau familial* » amène une multitude d'informations et ce, depuis que la grossesse a été rendue publique donc elle n'a même pas le temps de se poser certaines questions qu'elle a déjà la réponse. Néanmoins, Mme G a beaucoup apprécié les « *rencontres avec les autres participants qui partageaient la même expérience qu' [elle]* » en séance de PNP « classique ». D'une part, cela lui a permis de relativiser sur « *les petits bobos quotidiens* ». D'autre part, une fois les premières séances qui ont permis de faire connaissance, elle a beaucoup appris lors du partage d'expérience, par exemple lorsque les participantes décrivent une contraction.

La PNP « classique » a beaucoup plu dans sa globalité à Mme E, tant au niveau des informations délivrées, des exercices faits que de la relaxation et « *des autres vécus avec les mamans* ».

Mme B a été déçue par l'ambiance en PNP « classique ». En effet, elle témoigne d'un manque de contact, une certaine pudeur, « *une façon de faire comme si tout allait bien* ». « *Alors c'est rigolo parce que vous arrivez et vous leur posez des questions "Ça va ? ", "Ça va ?" "Oui, tout va bien". Pour tout le monde tout va bien. Et au fur et à*

mesure quand vous creusez, elles commencent à dire "J'ai mal", "Je ne dors pas" ». Mme B pensait que les femmes constituant le groupe allaient « *se conseiller, se faire des confidences ; des trucs de filles quoi* ». On peut émettre l'hypothèse que Mme B a été confrontée à une culture plus « chaleureuse » puisqu'elle a vécu une grande partie de sa vie à l'île de la Réunion, ce qui fait que le manque de proximité des métropolitains la surprend.

Mme H s'est quant à elle dirigée vers la PNP « classique » pour diverses raisons dont la rencontre avec d'autres femmes enceintes. Elle avait par ailleurs une amie enceinte en même temps qu'elle mais à un terme plus avancé alors les préoccupations n'étaient pas les mêmes. Au final, elle regrette le peu d'échanges effectifs entre les différentes participantes en PNP « classique ». Elle évoque « *une certaine politesse* » qui empêcherait un abord trop intrusif dans la vie de l'autre et sentirait ce manque de par son origine hongroise (elle vit en France depuis 7 ans).

Pour Mme J, « *les échanges avec les autres mamans sur le vécu de la grossesse* » lui ont manqué. « *Du coup, chaque fois que j'étais avec une femme enceinte, j'essayais de parler avec elle, de savoir quel était son terme et si elle vivait la même chose que moi* ».

Enfin, pour Mme I, le peu de communication en groupe de préparation aquatique n'est pas gênant puisque « *Dans l'ensemble, tout le monde vit plus ou moins la même chose* ». De plus, elle se décrit comme une femme peu bavarde qui n'aime pas parler en groupe.

Pour les deux enquêtées ayant suivi des séances de PNP « classique » et d'haptonomie, la première a été peu appréciée. Le fait d'avoir une sage-femme « personnelle » avec laquelle on peut plus facile aborder certains sujets les a plus comblées que les séances collectives en PNP « classique ». Mme D a pu par exemple parler longuement de son diabète gestationnel avec la sage-femme, ce qu'elle n'a pas fait en PNP « classique ».

Les groupes de PNP « classique » étant composés quasi exclusivement de primipares, il n'y pas d'échange de témoignages d'accouchement. Ceci est par contre fait au chant prénatal où les participants peuvent revenir après l'enfantement pour présenter leur enfant à la fin de la séance et raconter leur accouchement avec l'usage

qu'ils ont pu ou non faire du chant. Certaines continuent à venir ensuite aux séances avec leurs nourrissons pour faire du chant post-natal.

Mme A témoigne de l'apport de ce « rendu d'expériences ». « *Les témoignages des couples qui ont accouché étaient très enrichissants* ».

Mme H : « *Le chant, c'est vraiment génial. Chaque fois que j'y suis allée, il y avait une femme qui venait juste d'accoucher, un bébé né une semaine auparavant, un autre cinq mois auparavant. On voit aussi des enfants, des vrais, et c'est vraiment bien* ».

En conclusion, nous constatons un besoin de la part des femmes enceintes de partager sur le vécu de leur grossesse. On retrouve souvent un sentiment d'identification aux autres participantes des séances qui leur signifie leur appartenance à ce groupe social. Concernant le rendu d'expérience en post-partum lors des séances de chant, il s'agit là encore d'un processus d'identification important en fin de grossesse pour ces femmes qui ont besoin de se projeter en tant que futures mères.

5.3. L'image de la sage-femme

Chaque enquêtée a rencontré une ou plusieurs sages-femmes lors de leur parcours : consultations prénatales programmées ou en urgence, échographies prénatales et PNP. Certaines ont également fait suivre leur grossesse en parallèle par un médecin, de façon volontaire ou non.

Le discours qui ressort de la prise en charge et de l'accompagnement des sages-femmes est particulièrement mélioratif.

Mme A : « *La rencontre avec la sage-femme a été très positive puisque Mme X (sage-femme libérale chez laquelle les séances d'haptonomie ont été faites) était très sympa et qu'effectivement elle répondait à tous nos questionnements. C'était une séance très ouverte. On pouvait parler de plein de choses et c'est vrai que ça rassure. [...] Elle était là pour donner de l'information et pour nous rendre compte que le déroulement était bon. Que toutes les sensations que je pouvais avoir parfois, même les petites, un peu comme des courbatures, étaient d'origine ligamentaire. Elle mettait des mots sur ce que je pouvais ressentir donc moi, ça me permettait de mieux connaître tout ça ; les états normaux et les étapes normales de la grossesse* ».

Mme B : « *La sage-femme (de PNP « classique ») est adorable. Moi en tout cas, elle m'a appris plein de choses, dans la douceur, dans la tolérance. Enfin, j'ai*

trouvé ça vachement sympa. J'aimerais bien qu'elle soit là le jour de l'accouchement. J'aimerais bien que ce soit quelqu'un comme elle, quelqu'un de doux comme ça ». Quant à la sage-femme qui a effectué les échographies de Mme B, « Super gentille, J'ai beaucoup aimé son contact ». Enfin, elle ajoute : « Pour moi, les seules personnes avec qui je me suis sentie bien, qui ont répondu à mes questions, ce sont les sages-femmes, le corps des sages-femmes ».

Mme C : « Les sages-femmes que j'ai pu voir étaient toutes à répondre à nos questions quand on avait des questions à poser ».

Mme D : « Se dire de temps en temps que l'on peut se poser parce que je rencontre quelqu'un qui est professionnel, qui est sage-femme, qui peut aussi me dire Voyez les choses sous cet angle-là et hop, se sentir mieux ».

Mme E : « Et la sage-femme (de PNP « classique »), je la trouve vraiment très bien, très compétente. C'est son métier mais elle sait vraiment de quoi elle parle. Je trouve que l'on peut poser n'importe quelle question, on a une réponse. Ça, c'est super chouette d'avoir un lien, une confiance dans le professionnel de santé. C'est vrai que c'est chouette, c'est rassurant ».

Mme F : « Et quand j'ai fait la version (par manœuvre externe), c'est vrai que la sage-femme qui était présente était très rassurante ».

Mme I : « Au niveau des sages-femmes, je les ai toutes trouvées super sympathiques, très douces, très attentives. À l'échographie, c'était vraiment super. J'en ai eu trois différentes et les trois étaient géniales. [...] Elles prenaient énormément de temps pour expliquer, c'était sympa ».

Mme J : « Les rendez-vous avec la sage-femme (lors des consultations prénatales) tombaient finalement au bon moment, quand j'avais des questions. C'était de petites angoisses, des inquiétudes ».

Nous constatons que ce qui est apprécié dans la prise en charge des sages-femmes est leur attention, leur écoute et les explications qu'elles peuvent donner aux questions et aux sensations vécues par les femmes enceintes. Cela concourt à une réassurance dans l'évolution de la grossesse et dans la capacité des femmes à être suffisamment bonnes pour leur bébé. Nous sommes convaincues que les médecins qui suivent les grossesses doivent faire preuve de telles qualités également. Néanmoins, nous voulons nous centrer sur le travail des sages-femmes puisque cela constitue notre profession.

Lors de différents entretiens nous avons été marqués par le besoin de certaines enquêtées d'être confortées dans ce qu'elles ressentent. Ainsi, elles témoignent d'exemples de communication avec leur bébé mais hésitent ensuite : « *Mais bon après c'est peut-être juste une impression... Mais non, je pense que... Parce qu'il n'est pas conçu juste quand il sort de mon ventre. Ils ont déjà une vie.* » (Mme H). Les trois enquêtées qui ont fait des cours d'haptonomie ont été encouragées dans leurs sensations et leurs sentiments de communication avec leur enfant et cela peut expliquer qu'elles semblent plus affirmatives dans leurs propos. Il convient donc de rassurer les patientes et de les guider dans leurs sensations afin de favoriser cette relation entre la femme enceinte et son fœtus pour chacune.

6. Les PNP

6.1. Le choix des types de PNP

Pour Mme A, nous avons vu que ce sont les recommandations de sa grande sœur qui l'ont encouragée à faire du chant prénatal et de l'haptonomie. Elle s'est donc rendue à ces 2 types de PNP pour se faire sa propre idée sur ces activités qui avaient apporté « *beaucoup de bénéfices* » à son aînée. Elle aurait fait de la PNP « classique » s'il y avait eu de la place.

Mme B ne savait pas vraiment vers quelle PNP se tourner, elle voulait avant tout des renseignements.

Là encore, on retrouve un besoin d'informations chez Mme C, qui a motivé sa participation à la PNP « classique ». Concernant l'haptonomie, c'est son compagnon qui a insisté pour suivre des cours sur les conseils d'un collègue. Il a été enchanté par le témoignage de ce dernier : une relation plus proche avant et après la naissance entre le père et son enfant. Selon Mme C, c'est l'occasion pour le futur père de s'impliquer dans la grossesse.

Mme D a fait de la PNP « classique » « *comme tout le monde* », pour apprendre sur la grossesse et pour savoir si tout le monde la vit pareil. Par ailleurs, la jeune femme a vu un reportage il y a plusieurs années sur l'haptonomie et a alors décidé d'en faire pendant sa première grossesse. En effet, elle y voit plusieurs bienfaits : pouvoir « *gérer (la douleur des contractions utérines) sans médicaments* », impliquer le père dans la grossesse, et apporter de l'affection (avec son ami), rassurer son enfant in utero.

La préparation « classique » a été choisie par Mme E afin d'obtenir des informations. Elle a déjà quelques livres chez elle mais elle souhaitait qu'il y ait un cadre d'échange. Elle aurait voulu y joindre l'haptonomie mais s'y est prise trop tard.

Mme F aurait voulu faire de la préparation classique mais les dates proposées ne lui convenaient pas. Elle s'est donc dirigée vers l'hypnose, sophrologie, relaxation. La jeune femme aurait bien été tentée par l'haptonomie également, pour « *la relation, la communication* » mais son époux n'est pas facilement disponible. Elle a choisi la PNP en piscine parce que « *Ça [la] tentait d'être dans l'eau, un peu comme elle (son fœtus) est dans [s]on ventre, d'être pareille qu'elle, dans un liquide.* »

La volonté de Mme G était de faire de la PNP « classique » comme « *une base* » et d'y ajouter le chant prénatal. Cependant, elle n'a pas pu faire cette dernière activité en raison d'horaires qui ne coïncidaient pas avec ceux de son travail.

Mme H a suivi les séances de PNP « classique » afin d'avoir des informations sur la physiologie de l'accouchement et pour la rencontre avec d'autres femmes enceintes. La sage-femme de PNP « classique » du groupe de Mme H étant celle qui anime le chant prénatal, elle l'a encouragée à y venir. Le fait de devoir apprendre des chansons pour enfants en français (Mme H est d'origine hongroise) était à la fois une motivation et une crainte.

Mme I aime bien l'eau et « *voulai[t] faire un peu d'activité sans que cela [lui] fasse mal* ». Elle a donc choisi de faire une PNP en piscine, d'autant plus qu'elle se sent alors à égalité avec son enfant quand elle flotte. Par ailleurs, Mme I est une femme réservée qui n'avait donc pas envie de se retrouver « *avec plein de monde* ».

Enfin, Mme J a voulu suivre des séances d'hypnose, sophrologie, relaxation dans 2 buts : se relaxer et avoir une aide pour pouvoir accoucher sans analgésie péridurale. D'autre part, elle avait déjà expérimenté l'acupuncture à l'adolescence et avait alors pu constater son rôle thérapeutique. C'est donc tout naturellement qu'elle s'est de nouveau tournée vers cette médecine afin de soigner des problèmes de constipation et d'insomnies.

Parmi nos enquêtées, la PNP « classique » est particulièrement plébiscitée puisque 8 femmes sur les 10 interrogées désiraient y assister. Elles mettent en avant la possibilité d'y obtenir des informations, aussi bien sur la grossesse et que sur l'accouchement dans le cadre d'un échange avec un professionnel. Les consultations prénatales ne semblent donc pas suffisantes pour assurer cette fonction. Le manque de

temps et l'objectif très médical de ces rendez-vous mensuels ne semble pas le lieu idéal pour acquérir certaines connaissances et avoir des réponses à toutes leurs questions.

La motivation principale pour participer à l'haptonomie est le contact avec le fœtus. Ce que l'on peut regretter, c'est que certaines femmes pensent qu'il est indispensable de suivre des cours d'haptonomie pour bien communiquer avec son enfant. C'est le cas de Mme H qui énonce en effet qu'il n'y a pas d'échanges tactiles car elle n'a pas fait d'haptonomie. Les professionnels pratiquant cette activité peuvent témoigner que certaines femmes font de l'haptonomie spontanément sans avoir besoin de cours. Il est vrai que cette « science de l'affectivité » permet d'optimiser les échanges avec le fœtus mais il est dommage de penser que sans haptonomie il n'y a pas de communication entre les futurs parents et leur bébé.

Enfin, la PNP en piscine est vue par les enquêtées qui y ont participé comme un moyen d'être en adéquation avec ce que vit le bébé. Cette réflexion est dite alors qu'aucune activité n'est centrée spécifiquement sur le fœtus dans cette PNP ; il s'agit de quelque chose de très spontané chez ces femmes. Nous pouvons donc supposer qu'avec n'importe quel type de PNP, une femme peut trouver un intérêt pour son fœtus même si ce n'est pas une PNP directement orientée vers le bébé.

Il nous a semblé intéressant de comparer nos résultats avec ceux de Sandrine Lebaudy dans son mémoire intitulé « Le choix de la préparation à la naissance », en 1994. Dans son étude par questionnaires, elle retrouve que 90% des femmes ayant fait de l'haptonomie l'ont fait en partie pour le contact avec le fœtus, 65% chez celles qui ont fait du chant prénatal, 41,5% pour celles qui ont participé à des séances de sophrologie, et seulement 29,5% pour les femmes ayant fait de la PNP aquatique (27). Les disparités peuvent s'expliquer par notre faible effectif.

6.2. La satisfaction des types de PNP

Mme A a apprécié le chant prénatal pour ses vertus sur le plan physique ainsi que pour l'aide qu'il va pouvoir lui apporter lors de son accouchement. Cela lui a semblé complémentaire de l'haptonomie où le travail du couple autour du bébé a favorisé le lien avec ce dernier et a impliqué grandement son concubin.

Bien que l'ambiance du groupe n'ait pas été en adéquation avec les attentes de Mme B, la PNP « classique » lui a beaucoup appris grâce à la sage-femme.

Les informations « concrètes » que désirait avoir Mme C ont été reçues lors des cours de PNP « classique ». Il y a cependant eu des redites par rapport à certains

exercices vus en haptonomie (respiration, soulagement de dorsalgies, etc.). La « science de l'affectivité » a permis une complicité du couple autour de leur enfant, une grande implication du futur père dans la grossesse. Le suivi personnalisé a été également apprécié par Mme C.

Mme D est la seule pour qui la PNP « classique » n'a pas du tout répondu à ses attentes, contrairement à l'haptonomie. Elle évoque un grand contraste entre la première PNP où il n'y a pas de « *cercle* » avec le futur père, où les clefs données pour lutter contre la douleur du travail lui semblent inefficaces, où ce n'est pas personnalisé et où l'on ne s'occupe pas du bébé, et la deuxième où c'est totalement l'opposé. L'haptonomie a suscité chez elle, en plus des éléments positifs précités, une grande sérénité, beaucoup d'émotions et une meilleure prise de conscience de son corps de femme enceinte.

La PNP « classique » a en revanche enthousiasmé Mme E grâce aux autres vécus des participantes, à une grande disponibilité de la sage-femme pour répondre aux questions et à des pistes pour soulager les douleurs du travail (marche, ballons, etc.).

C'est aussi bien grâce à la sophrologie, hypnose, relaxation qu'à la PNP en piscine que Mme F a pu bénéficier de conseils pour la respiration, ce qui a amené chez elle une sensation de maîtrise du corps.

Mme G a principalement aimé les rencontres avec partage de sensations en PNP « classique ».

De son côté, Mme H a pu obtenir de nombreuses informations en PNP « classique » tout en étant accompagnée par son concubin qui a, de son propre gré, voulu y participer. Elle déplore en revanche une certaine pudeur de la part des autres participantes. Lors du chant prénatal, elle témoigne d'un véritable lâcher-prise avec une sensation de bien-être après les séances. Les témoignages d'accouchées lui ont beaucoup plu. Elle estime que beaucoup d'exercices sont les mêmes qu'en PNP « classique » mais qu'ils sont réalisés « *de façon amusante* », ce qui lui fait dire que c'est pour elle « *la vraie préparation à la naissance* ».

La PNP en piscine a aussi bien plu à Mme I qu'à son bébé qui était alors très calme, « *relax* ». Cela lui a permis, conformément à ses attentes, de faire de l'exercice sans trop se fatiguer.

Enfin, Mme J a joui du rôle thérapeutique de l'acupuncture. D'autre part, ces attentes ont été comblées en hypnose, sophrologie, relaxation même si elle déplore le manque d'échanges entre femmes enceintes.

Dans l'ensemble, les attentes des enquêtées ont été exaucées lors des PNP choisies et plusieurs femmes évoquent même une complémentarité lorsqu'elles ont suivi 2 types de PNP. En revanche, on remarque des discordances dans le discours de ces femmes où, pour un même aspect d'une PNP, les avis sont opposés. Nous pensons que la pluralité des types de PNP proposées permet certainement de mieux répondre aux attentes des femmes. Les enquêtées sont globalement satisfaites, et ce, même quand elles n'ont pas pu suivre les PNP qu'elles voulaient. Il semble que l'essentiel pour ces femmes enceintes soit d'être accompagnées à la fois sur le plan somatique et sur le plan psychique. Ces 2 aspects étant très liés pendant la grossesse, les femmes ont donc besoin de professionnels qui sachent les incorporer ensemble lors de séances de PNP.

6.3. Réponses à nos hypothèses de départ

L'une des difficultés à laquelle nous avons été confronté durant notre enquête a été la combinaison de plusieurs PNP pour la quasi-totalité des femmes interrogées. Ce paramètre n'avait pas été envisagé avant les débuts de l'enquête. La méthodologie initiale a néanmoins été suivie mais les résultats n'ont pas pu être classés comme prévu. Par ailleurs, certaines femmes pratiquent, enceintes, des activités qui semblent pouvoir interférer avec les PNP suivies, même si elles ne sont pas accompagnées par un professionnel de la naissance lors de ces passe-temps. En effet, plusieurs enquêtées ne suivant pas de PNP aquatique ont néanmoins beaucoup nagé pendant leur grossesse (Mme A, Mme E, Mme H). Mme A a également continué son activité de yoga habituelle alors qu'elle était enceinte avec un professeur qui a adapté certaines postures pour elle.

Un autre biais à souligner est le fait que nous voulions qu'il y ait un véritable élan pour la PNP choisie. Or il s'avère que pour des soucis d'organisation certaines n'ont pas pu suivre la PNP par laquelle elles étaient tentées. Dans la majorité des cas, les créneaux pour la PNP voulue étaient déjà complets quand elles ont voulu s'inscrire et pour d'autres, il s'agit d'horaires qui ne les arrangeaient pas (le chant prénatal ne se fait que le lundi à 18h par exemple). Cependant, nous pouvons nuancer ce point puisque pour les femmes enceintes les plus motivées, certaines activités telles que l'haptonomie et l'acupuncture sont pratiquées par plusieurs sages-femmes libérales dont les créneaux sont facilement libres.

Enfin, il faut souligner le petit effectif : dix entretiens menés. S'ajoutant aux points précédents, il est difficile de conclure en ayant des femmes avec des profils de PNP quasiment tous différents.

Néanmoins, notre première hypothèse, selon laquelle les femmes enceintes qui suivent les séances de PNP sont sensibilisées aux compétences du fœtus, en particulier celles qui sont accompagnées dans leur grossesse par l'haptonomie, semble vérifiée. Cependant, nous n'avons pas noté de différences flagrantes entre les femmes qui ont fait ou non de l'haptonomie en termes de connaissances sur la sensorialité fœtale. Il s'agit plutôt d'une certaine assurance sur la possibilité d'interaction et la vraisemblance d'une communication avec le fœtus de la part des enquêtées ayant fait de l'haptonomie.

Concernant la deuxième hypothèse, selon laquelle les femmes choisissent leur PNP en fonction du type de lien qu'elles désirent établir avec leur fœtus, il est plus difficile de se prononcer puisque la PNP n'est pas toujours réellement « choisie ». Nous pouvons toutefois souligner que le fœtus est peu cité parmi les motivations à suivre une PNP, hormis pour l'haptonomie et la PNP en piscine (et dans une moindre mesure le chant prénatal via les chansons apprises). Pour la majorité des femmes interrogées la relation avec le fœtus n'est donc pas un critère essentiel pour le choix d'un type de PNP mais un parmi d'autres. Elles ont besoin d'un accompagnement qui prenne en compte leur état de grossesse en tant que tel et non le seul fait d'attendre un enfant.

Enfin, la troisième hypothèse, les liens créés avec l'enfant sont différents selon la PNP suivie, n'est pas vérifiée. Nous avons constaté que les relations nouées sont principalement tactiles quelles que soient les PNP suivies. Les femmes ayant suivi des cours d'haptonomie semblent bénéficier d'une relation plus précoce avec leur bébé. Concernant la fréquence et l'intensité de ces échanges, les données sont difficiles à établir. D'autre part, nous pensons que le chant prénatal instaurerait une relation basée essentiellement sur le son mais cela n'a pas du tout été retrouvé dans notre étude.

Conclusion

La relation mère-fœtus nous semblait être le cœur de la grossesse et c'est la raison pour laquelle nous avons décidé de l'aborder via l'influence des différents types de PNP proposés aux futurs parents. Nous avons pu constater que chaque femme communique avec son enfant de manière principalement tactile. Néanmoins, il semble que la pratique de l'haptonomie amène une certaine assurance de leur part quant aux réponses du fœtus, grâce au travail des professionnels qui confortent les couples dans cette idée. C'est un sentiment que nous aimerions que chaque futur parent possède afin d'investir au mieux la relation avec l'enfant.

Au-delà de ces résultats, nous nous sommes rendu compte que même si le fœtus n'est pas toujours au cœur du discours des femmes, il est au cœur de leurs préoccupations. Notre rôle est de les valoriser, de les rassurer et de les accompagner dans cette relation avec leur enfant à partir de ce qu'elles mettent en place pour lui. En effet, d'une part un des objectifs de la PNP est d'amener les couples à être autonomes grâce à une confiance en soi, une projection dans l'avenir avec leur enfant. D'autre part, cela est indispensable pour transmettre à nos patientes nos recommandations et conseils médicaux de manière optimale. La PNP, quelle qu'elle soit, est l'endroit privilégiée pour mettre en place une relation de qualité avec les femmes enceintes dans un environnement de partage et d'écoute, en prenant en compte le soma aussi bien que le psyché des participantes.

Un projet d'enfant s'élaborant à 2, il serait intéressant de voir quelle relation s'établit entre les futurs pères et leur bébé en l'absence d'haptonomie. En effet, seule cette activité les met à une place égalitaire avec leur épouse ou compagne et l'on a pu voir à quel point le couple en était alors renforcé. Même si une communication s'établit quelques fois entre le futur père et l'enfant, certains paraissent avoir du mal à trouver une place dans cette fusion charnelle entre la femme enceinte et le fœtus.

Enfin, nous aurions aimé approfondir en vérifiant la continuité de nos résultats après la naissance de l'enfant, à savoir si la relation est facilitée avec le bébé lorsque les parents ont effectué de l'haptonomie en anténatal.



Bibliographie

Livres

- (1) BAYLE Benoît – L'enfant à naître. Identités conceptuelles et gestation psychique – Ramonville Saint Agne – Erès – 2005 – 391 pages – Collection La vie de l'enfant
- (2) BEN SOUSSAN Patrick – La grossesse n'est pas une maladie – Paris – Syros – 2000 – 211 pages
- (3) BRAZELTON Thos Berry, CRAMER Bertrand, KREISLER Léon, SCHÄPPI Rolf, SOULE Michel – La dynamique du nourrisson – Paris – ESF – 1982 – 175 pages – Collection La vie de l'enfant
- (4) BYDŁOWSKI Monique – Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité – Paris – Odile Jacob – 2010 – 169 pages – Collection Poches
- (5) COMBESSIE Jean-Claude – La méthode en sociologie – Paris – La découverte – 1996 – 113 pages – Collection Repères
- (6) CYRULNIK Boris – Les nourritures affectives – Paris – Odile Jacob – 2000 – 249 pages – Collection Poches
- (7) CYRULNIK Boris, SZEJER Myriam, GOLSE Bernard – Les enfants d'aujourd'hui. Quoi de neuf chez les 0-7 ans ? – Paris – Marabout – 2010 – 121 pages – Collection Marabout éducation
- (8) DELASSUS Jean-Marie – Le génie du fœtus. Vie prénatale et origine de l'homme – Paris – Dunod – 2001 – 183 pages – Collection Enfances
- (9) GUITTET André – L'entretien : techniques et pratiques – Paris – Armand Colin – 2008 – 205 pages – Collection U Psychologie
- (10) HERBINET Étienne, BUSNEL Marie-Claire (ouvrage collectif sous la direction de) – L'aube des sens. Ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales – Paris – Stock – 1983 – 414 pages – Collection Les cahiers du nouveau né (n°5)

(11) HURET Jean-Claude – Le couple – les parents – les enfants. L'haptonomie : un chant d'amour – Aix en Provence – Persée – 2009 – 207 pages

(12) LE GOËDEC Benoît – La préparation à l'accouchement. Toutes les méthodes pour accueillir bébé en douceur ! - Paris – First – 2010 – 181 pages – Collection Ma p'tite famille

(13) MARINOPOULOS Sophie – Dans l'intime des mères – Paris – Fayard - 2005 – 270 pages

(14) MISSONNIER Sylvain – La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité – Ramonville Saint Agne – Erès – 2005 – 223 pages – Collection La vie de l'enfant

(15) MONTAGNER Hubert – L'arbre-enfant, une nouvelle approche du développement de l'enfant – Paris – Odile Jacob – 2006 – 328 pages

(16) RAPOPORT Danielle (textes rassemblés par) – Corps de mère. Corps d'enfant. Dans l'eau, debout, assise, accroupie, ... comment accoucher aujourd'hui? L'enfant attendu, ausculté, échographié, sexué, dessiné... imaginé ? - Paris – Stock – 1983 – 227 pages – Collection Les cahiers du nouveau-né (n°4)

(17) RELIER Jean-Pierre – L'aimer avant qu'il naisse. Le lien mère-enfant avant la naissance – Paris – Robert Laffont – 1993 – 206 pages – Collection Réponses

(18) SOULE Michel (ouvrage collectif sous la direction de) – L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges – Toulouse – Erès – 2011 – 337 pages

Articles

(19) DE VALORS Marie-Hélène – La globalité de la naissance. Variabilités du rythme cardiaque fœtal et communication maternelle – Les dossiers de l'obstétrique, 2008, n°368, p 29-35

(20) GRANIER-DEFERRE Carolyn - Premières acquisitions fœtales – Danger des sur stimulations – Les dossiers de l'obstétrique, 2007, n° 358, p 9-14

(21) RIBEIRO Aurélie, GRANIER-DEFERRE Carolyn – L'audition fœtale : développement fonctionnel et perceptif - Les dossiers de l'obstétrique, 2007, n° 358, p 4-8

(22) ROEGIERS Luc interviewé par Gayda Martine – Grossesse : oubliez votre stress... - Le Ligneur des parents, 18 janvier 2012, n°2, p 10

(23) SEVIN Marie-Anne – Le chant prénatal – Les dossiers de l'obstétrique, 2007, n°358, p 14-17

Textes officiels

(24) Recommandations professionnelles Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Haute Autorité de Santé - novembre 2005

(25) Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité : Périnatalité et prévention en santé mentale - collaboration médico-psychologique en périnatalité

Mémoires

(26) GOUTALAND Anne – Les relations précoces mère enfant (La Grossesse, l'Accouchement et les Premiers jours) – Mémoire présenté au diplôme d'état de sage-femme – Lyon – 1995

(27) LEBAUDY Sandrine – Le choix de la préparation à la naissance – Mémoire présenté au diplôme de sage-femme – Rouen – 1994

(28) MALVESI Julie – Du désir d'enfant ... au devenir parent. Enquête auprès de 9 couples attendant leur premier enfant – Mémoire présenté au diplôme d'état de sage-femme – Rouen - 2007

(29) MORIN Marie-Thérèse – Incidence de l'échographie sur le vécu de la grossesse – Mémoire présenté à l'école de cadre de sage-femme – Lyon – 1975

(30) PORET Karine – L'échographie, la grossesse, l'annonce du sexe fœtal : retentissements sur le vécu de la grossesse et sur l'enfant imaginaire – Mémoire présenté au diplôme d'état de sage-femme – Rouen – 1994

Sites Internet

(31) www.9mois-emoi.com – comité rédactionnel et scientifique spécialisé en périnatalité (respect de la charte HON CODE) – site édité et hébergé par Axe Partner Santé – consulté en février 2011

(32) www.chantprenatal.fr – consulté en avril 2011

(33) www.ch-belvedere.fr – consulté en mai 2011

(34) www.haptonomy.org – consulté en avril 2011

(35) www.uvmaf.org – consulté en août 2011

(36) www.uvp5.univ-paris5.fr – consulté en janvier 2012

Films documentaires

(37) Catherine Dolto, L'haptonomie périnatale – 53mn - Réalisation : P.-O. Lévy – Production : Aune Productions – 2007

(38) Le monde selon bébé - un film de Bernard George - 90mn - production : 13
Production, Arte France et CBC

(39) Le monde vu avec les yeux de bébé, 1^{ère} partie Ressentir - DVD Pampers

A decorative scroll graphic with the word "Annexes" written inside. The scroll is horizontal and has a rolled-up appearance on both the left and right sides. The word "Annexes" is centered within the scroll in a dark, serif font. The scroll is outlined in black and has a light gray shadow on the top edge of the rolled-up sections.

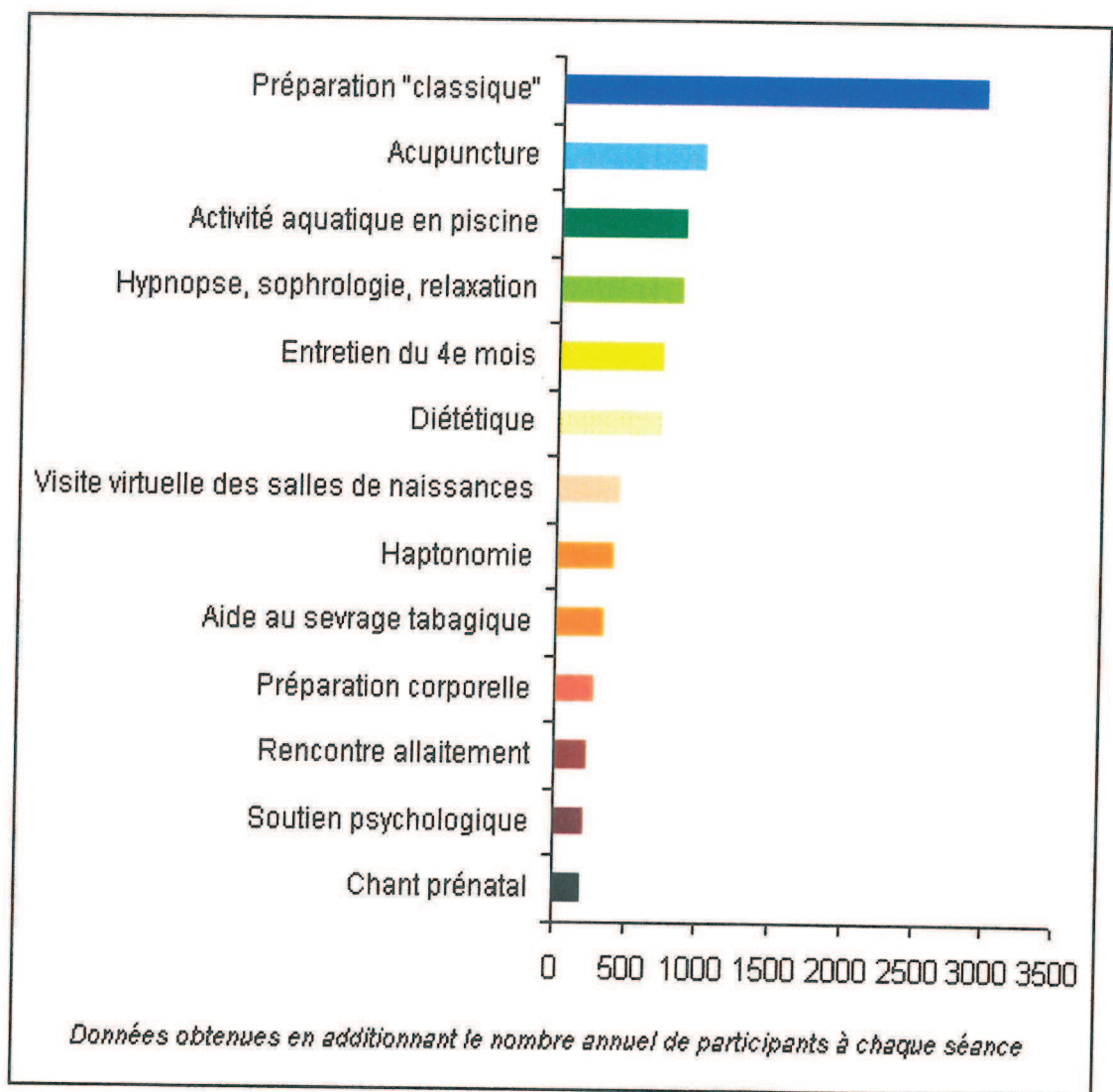
Annexes

Semaines d'aménorrhée	Types de mouvement
7	Fins mouvements vibratoires
8	Mouvements ondulatoires entrecoupés de périodes d'inactivité
9	Mouvements convulsifs de tout le corps, embryon reposant au fond du sac gestationnel
10-12	Embryon nageant dans le liquide amniotique, mouvements très importants de tout le corps, mouvements de flexion-extension des membres, hoquet inconstant
13-14	Mouvements respiratoires, déglutition débutante, réponse aux stimuli mécaniques, Sucction du pouce
18-19	Respiration et déglutition simultanées
20-21	Mouvements des doigts, des paupières et de la bouche
26-28	Mouvements du tronc ou de la tête aux stimuli sonores

Annexe I : Types de mouvements fœtaux en fonction de l'âge gestationnel (36)

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels activés et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme (le couple) dans ses choix et les décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père d'un style de vie sain, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.

Annexe II : Objectifs généraux de la PNP (24)



Annexe III : Accompagnement des futures mamans et préparation à la naissance : activités proposées au CH du Belvédère (33)

S'informer et se relaxer

Entretien individuel de début de grossesse

Cet entretien d'écoute et d'échange avec un professionnel favorise l'expression de vos attentes, de vos besoins ou de votre projet de naissance. Vous donnez les informations utiles sur le soutien dont vous pouvez bénéficier et de répondre à toutes les questions qui vous préoccupent.

Réalisé par une sage femme seule ou en couple, conjoint bienvenu, 45 minutes, séance unique prise en charge par l'Assurance Maladie

Préparation « classique »

Ces rencontres sont l'occasion de dédramatiser l'aspect médical et technique de la naissance en donnant toutes les informations voulues : échange avec les sages-femmes et les autres couples, visite virtuelle des lieux de naissance...

- Cette préparation vous propose :
 - une discussion sur tous les thèmes touchant à la grossesse (l'accouchement, les suites de couches, l'allaitement, la puériculture, l'accueil de l'enfant, la relation père-mère-enfant...);
 - un travail corporel portant sur la prise de conscience de votre corps (perceptions, sensations, statique corporelle, respiration et relaxation).

Animée par une sage femme en groupe - conjoint bienvenu 2 heures, 1 séance toutes les 3 semaines 6 séances, prises en charge par l'Assurance Maladie

D'autres rencontres en groupe sont proposées pendant le séjour à la maternité : entretien de puériculture, portage en écharpe, gymnastique post-natale...

Préparation hypnose, sophrologie et relaxation

La démarche consiste à redécouvrir son corps, à le percevoir de l'intérieur par des exercices de relaxation et de respiration. Chaque séance propose l'apprentissage de l'autohypnose (capacité de laisser faire le corps, par une détente mentale). Cela permet de lever de façon efficace les angoisses de l'accouchement et modérer le moment venu la douleur. Au cours de ces séances, vous pouvez, si vous le souhaitez, enregistrer les exercices d'hypnose et de sophrologie.

- Trois thèmes sont développés :
 - la gestion de la douleur et l'inconfort (par soi-même, par l'apport de la périnucléaire)
 - l'accouchement
 - l'accueil de l'enfant et votre séjour à la maternité.

Animée par un psychologue ou une sage femme en groupe - conjoint bienvenu 1 heure 15, toutes les 2 semaines 3 séances prises en charge par l'Assurance Maladie

Préparation corporelle (sans temps de discussion et d'information)

Cette préparation est proposée plus particulièrement aux mamans qui ont déjà un enfant et qui souhaitent une préparation uniquement physique. Ce travail corporel se concentre sur les perceptions, les sensations, les étirements, la respiration et la relaxation. Le principe nous montre que cette préparation corporelle ne convient pas au conjoint.

Animée par une sage femme en groupe - conjoint non accepté 1 heure 15, tous les 15 jours 6 séances prises en charge par l'Assurance Maladie

L'activité aquatique

L'eau est un élément privilégié pour se détendre et se relaxer : elle permet un relâchement musculaire plus important, une grande liberté de mouvement et un travail sur le souffle. Dans une ambiance détendue, vous découvrez une connaissance différente de votre corps et de ses capacités. Cette activité peut-être pratiquée pendant toute la durée de la grossesse et il n'est pas nécessaire de savoir nager.

Animée par une sage femme sous la surveillance d'un maître-nageur sauveteur en groupe - conjoint bienvenu 5 séances, une par semaine

Piscine de Mont-Saint-Aignan : samedi de 8h45 à 10h
Piscine de Bihorel : jeudi de 11h45 à 13h

Forfait pour 5 séances : 56,10 € (2012) non remboursé par l'Assurance Maladie le conjoint règle à la piscine l'entrée à 1/2 tarif

Rééquilibrer les énergies

L'acupuncture

Dès la fin du huitième mois, l'acupuncture permet de bien se préparer à l'accouchement par le recouvrement énergétique et la maturation du col.

Pratiquée par un médecin ou une sage femme diplômés en acupuncture sans intérêt pour le conjoint lundi, mardi et le jeudi matin 30 minutes, 1 fois par semaine 3 séances prises en charge par l'Assurance Maladie

Bon à savoir ! L'acupuncture permet aussi pendant toute la grossesse la prise en charge médicale des troubles énergétiques tels que nausées, mal de dos, insomnies, brûlures d'estomac, troubles circulatoires, angoisses...

Tout en douceur

L'haptonomie

L'haptonomie est une approche affective par le toucher ou le contact à une place importante. C'est entrer en contact avec le bébé in utero et ainsi favoriser l'attachement parents-enfant.

Accompagnement par une sage-femme ou un midwife
Séance individuelle ou avec un autre couple
Comptoir obligatoire, 1 heure, toutes les 3 semaines

Forfait pour 5 séances : 64,40 € (2012)
non remboursé par l'Assurance Maladie

Après l'accouchement, poursuite de l'accompagnement de bébé notamment par le portage. Réserve aux patientes qui ont bénéficié de l'haptonomie prénatale

Accompagnement par une sage-femme
groupe de 3 à 6 couples avec bébé
comptoir bien-venu mais non obligatoire
2 heures, toutes les 3 à 6 semaines

Forfait pour 3 séances : 38,80 € (2012)
non remboursé par l'Assurance Maladie

Le chant prénatal

Préparation corporelle et vocale, cet accompagnement permet d'accéder davantage à ses propres ressentis. La diversité des sons, chantes permet d'aider l'enfant à faire progressivement la transition entre le monde intérieur et le monde extérieur. Ces ateliers sont aussi un lieu de rencontre entre les futures et les jeunes mamans avec leur bébé. Tous les parents sont les bienvenus avec ou sans connaissance musicale.

Anime par une sage-femme et une pianiste
en groupe - comptoir bien-venu
1 heure 30, toutes les semaines, lundi à 18h.

Forfait pour 8 séances : 65,40 € (2012)
non remboursé par l'Assurance Maladie
1re séance gratuite pour découvrir cette activité
Inscription gratuite, se présenter directement

Séances de rattrapage

Proposées pour les couples qui n'ont pas bénéficié des préparations à l'accouchement.

Visite virtuelle des salles de naissance

A partir d'un diaporama détaillant le parcours d'une patiente le jour J, vous découvrez nos locaux, et nos propositions de prise en charge. C'est l'occasion de répondre à vos dernières questions avant la naissance. Pour des raisons d'organisation, la visite réelle des locaux n'est plus réalisée.

Anime par une sage-femme
en groupe en fin de grossesse
Reserve à la patiente et son conjoint

Lundi midi ou mardi soir
1 heure 30 ou 2 heures, séance unique
prise en charge par l'Assurance Maladie

Rencontre allaitement maternel

Permet d'obtenir des informations pratiques sur l'allaitement et ses avantages. Certaines rencontres accueillent aussi les jeunes-mamans accompagnés de leur bébé.

Anime par une sage-femme ou un membre de l'association SOS allaitement
en groupe en fin de grossesse - comptoir bienvenu
1 heure 30, séance unique
prise en charge par l'Assurance Maladie

Règlement

Pour les séances remboursées par l'Assurance Maladie : aucune avance n'est nécessaire.
Pour les séances NON remboursées par l'Assurance Maladie : règlement avant la première séance au bureau des entrées du Belvédère, en espèces, CB ou chèque à l'ordre du Trésor Public.
Toutes les activités sont gratuites pour le comptoir, sauf l'activité aquatique.

Différents soutiens pour une naissance

De la piscine à l'hypnose, en passant par la sophrologie ou le chant prénatal...

Que ces accompagnements soient aussi simples que de respirer ou qu'ils demandent un peu plus de techniques ils n'ont qu'un but

mieux vivre votre expérience de femme enceinte et votre accouchement

Une préparation est toujours utile. Elle permet d'aborder l'accouchement plus sereinement. Toutes ces activités tendent à votre autonomie dans cette expérience émotionnelle qui est la maternité.

Inscriptions

Attention places limitées !
S'INSCRIRE LE PLUS TOT POSSIBLE
après la 1^{re} échographie du 3^e mois de grossesse
Tél. 02 35 15 63 19
de 8h45 à 17h00
tous les jours de semaine sauf le vendredi

Centre hospitalier du Belvédère
Centre ville - 72, rue Louis Pasteur - BP 45
76131 Mont-Saint-Aignan cedex
www.ch-belvedere.fr

preparation.naissance@ch-belvedere.fr

