



HAL
open science

Comment les sages-femmes libérales des Hauts-de-France s'approprient-elles les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ?

Clémentine Beufé

► **To cite this version:**

Clémentine Beufé. Comment les sages-femmes libérales des Hauts-de-France s'approprient-elles les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ?. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01893664

HAL Id: dumas-01893664

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01893664>

Submitted on 11 Oct 2018

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.

UNIVERSITE LILLE II
École de sages-femmes du C.H.R.U. de Lille

Comment les sages-femmes libérales des Hauts-de-France s'approprient-elles les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ?

Mémoire rédigé et soutenu par Clémentine BEUFÉ

Sous la direction de Nancy PETITPREZ

Années 2013-2018

Promotion « Baptiste BEAULIEU »

*« La liberté extérieure ne nous sera octroyée
Que dans la mesure exacte
Où nous aurons su, à un moment donné,
Développer notre liberté intérieure. »*

GANDHI

REMERCIEMENTS

À tous les professionnels ayant participé à cette étude et qui m'ont encouragé.

À Nancy Petitprez, ma directrice de mémoire, et à Madame Cybalski pour leur aide précieuse à la guidance de ce mémoire.

À Aude, Patricia et Malika qui m'ont fait découvrir ce sujet et qui m'ont incité à me former auprès de Lucienne Bouttier, que je remercie également pour la richesse de sa formation.

Aux personnes qui ont relu ce travail, notamment ma maman.

À ma famille et Nicolas pour leur patience et leur soutien.

À mes amies de promo pour les moments partagés : Marie-Aude, Pauline, Romane, Coline, Sarah, Clémence, Jeanne.V, Jeanne.B, Claire et Lucie.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE	3
I. TRANSGENERATIONNEL ET PSYCHOGENEALOGIE (1, 2, 3, 4)	3
II. LES EMPREINTES EMOTIONNELLES (5 A 16)	4
A) <i>Définition et rôle des empreintes émotionnelles</i>	4
B) <i>Mise en place</i>	6
D) <i>Comment s'en libérer ?</i>	7
E) <i>Exemples concernant les empreintes émotionnelles de la vie prénatale</i>	8
1. Grossesse non consciemment désirée (13)	8
2. Préférence pour le sexe opposée	10
3. Fausses couches / Avortements spontanés précoces (14).....	11
4. Perte gémellaire (16)	11
F) <i>Exemples concernant les empreintes émotionnelles de la naissance</i>	12
1. Naissance par césarienne	12
2. Naissance prématurée avec, ou non, séparation mère-enfant	13
3. Naissance par forceps ou ventouse.....	13
III. ETAT PSYCHOLOGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE LORS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT (17 A 20).....	13
A) <i>Les émotions</i>	13
B) <i>La transparence psychique</i>	14
C) <i>La notion de responsabilité et de culpabilité</i>	15
IV. LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN LIEN AVEC LE THEME (21).....	15
A) <i>Les situations types de la profession</i>	15
B) <i>Les compétences transversales</i>	17

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE 18

I. PRESENTATION DE L'ETUDE 18

A) Objectifs de l'étude 18

B) Problématique et hypothèses 18

C) Méthodologie de recherche 19

1. Outils de recherches 19

2. Population étudiée 19

3. Déroulement des entretiens 20

II. LES RESULTATS 21

A) Présentation de la population 21

1. Années d'expérience depuis l'obtention du diplôme 21

2. Durée d'exercice en cabinet libéral 21

3. Motivations à exercer la profession en libéral 21

4. Activités pratiquées au sein du cabinet 22

5. Nombre d'activités exercées par sages-femmes 22

6. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) 23

7. Formations effectuées 23

B) Connaissance du sujet d'étude 23

C) Origine des connaissances 24

D) Ce que les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance leurs évoquent 25

1. Sages-femmes ayant bénéficiés d'une formation (SF 1, SF 5 et SF 8) 25

2. Sages-femmes non formées : 25

2.1 Concernant le premier groupe 25

2.2 Concernant le second groupe 26

E) Importance ou non de l'abord en périnatalité 27

F) Avec qui l'utiliser ? 28

G) Quand l'utiliser ? 29

H) Comment l'utiliser ? 32

I) Réactions et changements observés concernant les couples et leurs enfants 34

J) Changements personnel et professionnel pour la sage-femme 35

K) Informations destinées aux professionnels et étudiants 35

L) Exemples de cas 37

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	39
I. POINTS FAIBLES – POINTS FORTS – BIAIS.....	39
A) <i>Points faibles</i>	39
B) <i>Points forts</i>	39
C) <i>Biais</i>	39
II. ANALYSE ET DISCUSSION.....	40
A) <i>1^{ère} hypothèse</i>	40
B) <i>2^{ème} hypothèse</i>	40
C) <i>3^{ème} hypothèse</i>	41
1. Par rapport aux professionnels.....	41
2. Par rapport à la patientèle.....	43
3. Par soucis logistique.....	44
D) <i>4^{ème} hypothèse</i>	46
1. Application en pratique	46
3. Changements observés	47
III. PROPOSITIONS ET OUVERTURE.....	48
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES.....	I
ANNEXE I – AUTORISATION D’ENREGISTREMENT	II
ANNEXE II – GRILLE D’ENTRETIEN.....	III
ANNEXE III - SYNTHESE DES ENTRETIENS PAR SAGE-FEMME.....	IV
ANNEXE IV - ENTRETIEN COMPLET REALISE AVEC LA SF 10	XX

GLOSSAIRE

CASSF : Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes

CNGOF : Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens de France

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CPN : Consultations Prénatales

EPP : Entretien Prénatal Précoce (dit du 4^{ème} mois)

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

INTRODUCTION

Souvent inconnues quand on les aborde, les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance nous ont été partagées il y a peu de temps et ont suscité notre curiosité et notre souhait de vous les partager.

En effet, sa profession et sa posture place la sage-femme au cœur de cette problématique, de part son rôle centré sur la périnatalité, ainsi que sa prise en charge globale dans un modèle bio-psycho-social. Cela lui confère une sensibilité toute particulière concernant la féminité dans tout les sens qu'elle peut prendre, notamment par la parentalité. Elle est ainsi présente, à chaque étape de la vie d'un couple, pour préparer sereinement l'accueil d'un nouveau-né et ses premiers pas dans la vie.

Dans notre démarche de recherche, la formation dispensée par Lucienne Bouttier sur le sujet d'étude a été réalisée aux côtés de divers professionnels. Formation à laquelle Aude Vandenberghe, Malika Zaidi et Patricia Dequidt ont participé. C'est auprès d'elles que nous y avons été initiés.

A travers ce mémoire, nous avons voulu exposer le sujet des empreintes émotionnelles, sans faire de prosélytisme, mais en essayant d'en montrer l'intérêt. Le but est de l'exposer, simplement, pour que vous vous fassiez votre propre avis.

La première partie sera consacrée à une revue de littérature en lien avec les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance, sur l'état psychologique de la femme enceinte, pour aboutir aux compétences qu'ont les sages-femmes en lien avec le sujet.

La deuxième partie permettra de présenter l'étude, ses conditions, son déroulement et exposera les résultats acquis au cours de l'enquête.

La troisième partie fera l'analyse des résultats obtenus et proposera une réponse à notre problématique ainsi que des axes d'ouverture possibles.

PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE

I. Transgénérationnel et psychogénéalogie (1, 2, 3, 4)

A notre venue au monde, nous n'héritons pas seulement des gènes de nos parents, il existe également des transmissions dont nous n'avons pas conscience. On compte plusieurs types d'héritages familiaux : certains sont matériels, d'autres sont psychiques (conscient ou inconscient). Nous nous intéresserons essentiellement aux héritages psychiques.

Anne Ancelin Schützenberger (professeur et chercheur en psychologie sociale) distingue les transmissions transgénérationnelles des transmissions intergénérationnelles. Ces dernières sont conscientes et concernent l'accessible : ce qui est connu de tous.

A l'inverse, les transmissions transgénérationnelles sont inconscientes et peuvent se traduire par des secrets familiaux, des non-dits etc.

Ces transmissions s'effectuent de différentes façons :

- Pendant la vie intra-utérine, la mère transmettrait, d'inconscient à inconscient, certaines expériences ;
- Par des projections parentales se traduisant par des attentes ou des projections concernant l'enfant ;
- Par le langage non verbal (c'est-à-dire les attitudes, les gestes via le corps etc) ;
- Par des deuils familiaux inachevés ; l'enfant hériterait des problématiques non résolues de ses parents ;
- Par les non-dits.

C'est avec Anne Ancelin Schützenberger qu'est apparu le terme « psychogénéalogie ». Selon le dictionnaire Larousse, il consiste en une « *Psychothérapie qui prend en compte les événements traumatisants du passé d'une personne ou la vie de ses ascendants (secrets de famille, scènes violentes)* ».

Elle montre l'importance de l'histoire familiale dans la vie de chaque individu et donc du poids du transgénérationnel. Cela explique également que nous n'arrivons pas au monde dénué de toutes expériences ou émotions.

C'est ce que transmet également Geneviève Bruwier (psychologue et psychothérapeute, anciennement sage-femme) dans **La grossesse psychique : l'aube des liens** : « *Devenir parents, être parents et assumer cette fonction ne s'improvisent pas, c'est le résultat d'un processus qui débute avec sa propre naissance, elle-même imprégnée de l'histoire transgénérationnelle des parents.* » (4, p 35)

II. Les empreintes émotionnelles (5 à 16)

A) Définition et rôle des empreintes émotionnelles

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'empreinte correspond à « *Au fig. [Le compl. désigne une réalité non concr.] Marque propre à quelque chose. Empreinte de la douleur, du mal; empreinte d'une civilisation.* ».

L'émotion est qualifiée de : « *Conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.* ». Le CNRTL ajoute également : « *[La cause de l'émotion est extérieure au sujet] Bouleversement, secousse, saisissement qui rompent la tranquillité, se manifestent par des modifications physiologiques violentes, parfois explosives ou paralysantes.* » (5)

Les empreintes émotionnelles témoignent que le nouveau-né, le fœtus et même l'embryon in-utéro, dès la conception, ressent des émotions.¹ Ces dernières peuvent provenir de différentes sources :

- Par le biais des émotions des parents, de la famille ou de l'entourage.
- Par ce qui est transmis par la généalogie (c'est-à-dire par la liste de nos ancêtres établissant notre filiation).
- Mais aussi, des propres émotions (notamment dans les cas où il existe une perte d'un des jumeaux).

Le bébé mémorise ces émotions et s'en tient responsable car selon son mode de vie, s'il ressent des émotions, cela ne peut être que de sa faute. Par son manque de repères extérieurs et de sens critique, il va l'intégrer de cette façon. Il est important de noter que ce mécanisme de mémorisation se met en place de façon inconsciente.

Le fait de se sentir responsable des émotions qu'il perçoit va l'amener à avoir, ultérieurement, des comportements dit « instinctifs », basés sur les croyances qu'il a créées. En fonction des ressentis (plutôt positif ou « négatif »), les conséquences seront différentes pour la vie future de l'individu. Incontestablement, les émotions perçues ou transmises peuvent être variées : joie, bonheur, surprise, tristesse, échec, deuil, désaccord etc.

Ainsi, les attitudes qui en découlent peuvent être plutôt :

- Favorables si les émotions transmises étaient positives (amour, joie, bonheur etc)
- Limitantes dans le cas où les émotions étaient plutôt négatives (danger, deuil, tristesse, déception, angoisse etc).

On comprend donc que les conséquences peuvent diverger : parfois à l'origine des plus grandes forces, parfois à l'origine de mal-être.

¹ Les informations exposées dans cette partie pour la majorité issues de la formation dispensée par Lucienne Bouttier sur les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance. Elle est sophro-analyste, formée avec le Docteur Claude Imbert, et auteure.

L'identité et la personnalité de la personne seront en partie établies par ces émotions. C'est la base du fonctionnement de tout être car elles guident les choix futurs et orientent la vie de l'individu concerné. On parle alors d'empreintes des émotions.

C'est ce que Claude Imbert, dans son ouvrage **L'avenir se joue avant la naissance**, écrivait : « *Ces neuf mois de gestation sont les fondements de la personnalité future. Ils se trouveront réactivés ensuite par l'évènement essentiel représenté par l'arrivée au monde et parfois des empreintes émotionnelles spécifiques des 1ères semaines de la vie.* » (6, p 26) ²

Effectivement, dans la vie adulte, les croyances qu'il aura acquies (in-utéro, à la naissance, dans l'enfance) vont se réactiver en fonction des situations dans lesquelles il se trouve, sans qu'il le sache puisqu'elles sont inconscientes.

Les comportements dit instinctifs se répètent tant que l'individu n'aura pas pris conscience des ces empreintes.

C'est ce que témoignait Anne Ancelin Schützenberger, dans **Aïe, mes aïeux !** : « *Nous sommes finalement, d'une certaine façon, moins libres que nous le croyons. Pourtant, nous pouvons reconquérir notre liberté et sortir de la répétition, en comprenant ce qui se passe, en saisissant ces fils dans leur contexte et dans leur complexité. Nous pouvons enfin vivre ainsi « notre » vie, et non celle de nos parents ou grands-parents, ou d'un frère décédé, par exemple, et que nous « remplaçons », à notre su ou insu...* » (7, p 124)

Nous parlerons essentiellement des empreintes limitantes car elles sont à la base de croyances erronées et de comportements qui les reflètent.

Dans son ouvrage intitulé **Vivre et transmettre le meilleur pendant sa grossesse**, Sophie Metthey (formée en intégration mémorielle) explique l'importance que peuvent avoir les empreintes : « *Lorsque plus tard, je suis devenue thérapeute, l'importance de la vie intra-utérine et de la naissance a été une découverte marquante pour moi. Lors d'une séance d'hypnose, je demandais à l'inconscient de la personne d'aller à la source de son problème, j'étais étonnée du nombre de fois où la personne retournait spontanément dans le ventre de sa mère.* » (8, p 7)

Ainsi, nous pourrions exposer la méthode proposée par Claude Imbert puis Lucienne Bouttier, pour pallier à cela. Le but du travail de « libération » est d'arrêter les effets que ces croyances engendrent dans le quotidien (dévalorisation, échec, problèmes relationnels, culpabilité, et parfois même des maladies).

En effet, conscientiser ces notions (parfois avec l'aide d'un thérapeute) peut permettre d'arrêter cette répétition, comme s'il y avait une « déprogrammation » de ces croyances, une fois qu'elles sont exprimées, comprises et travaillées en conscience.

² Claude Imbert est un ancien médecin qui a découvert en 1989 l'importance de la vie prénatale sur l'avenir. C'est en 1991 qu'elle mettra au point la thérapie des mémoires prénatales qui sera une réelle avancée en psychothérapie. Elle créera alors l'institut européen de sophro-analyse où elle formera à cette thérapie et deviendra auteure pour témoigner de sa pratique.

B) Mise en place

Ces empreintes peuvent se mettre en place à différents moments de vie :

- lors de la vie intra-utérine ;
- lors de la naissance (en fonction de son déroulement) ;
- et jusqu'à la petite enfance.

Le phénomène de mémorisation se déclenche suite à une situation particulière. Dans l'incompréhension de celle-ci, sans explication autour de cet événement, l'embryon, le fœtus ou l'enfant mémorise et s'en tient responsable.

Nous avons expliqué les différentes sources d'émotions existantes : venant de l'entourage, de la généalogie, ou des sentiments personnels. Cependant, il est important de comprendre que ce sont spécialement les émotions de la maman que l'embryon ou le fœtus assimile. Cela s'explique par la proximité physique, le lien qui les unit via notamment le cordon ombilical ; exacerbé par la non conscience du fœtus quant à la séparation entre son corps et celui de sa mère. Dans son ressenti, ils ne sont qu'une seule et même personne. Lacan explique que c'est seulement à partir du stade du miroir (vers 7-8mois) que l'enfant découvre les limites de son corps. (9)

Aussi, il peut saisir les émotions de l'entourage par l'impact qu'elles vont engendrer chez la mère, c'est-à-dire par ses réactions, par ce que leurs émotions provoquent chez elle.

Une fois mise en place de manière inconsciente, ces ancrages resteront actifs tout au long de la vie. Sauf dans le cas où la personne prend conscience de schémas répétitifs, parfois limitants, et décide de s'en libérer. La méthode permettant d'apaiser ces empreintes sera détaillée ensuite.

Edmée Gaubert (formatrice dans le domaine des relations humaines), dans son livre **De mémoire de fœtus**, explique : « *Pour l'instant, c'est grâce au travail thérapeutique de la mémoire cellulaire, aux avancées scientifiques sur le cerveau, que nous arrivons à contacter les manifestations subtiles qui nous ont environné dès notre conception. Ainsi, nous émettons des hypothèses, en constatant la répétition des perceptions, des comportements, sur le fait qu'il se passe des phénomènes marquant fortement la vie à venir d'une personne.* » (10, p 13-14)

Pour illustrer le mécanisme de mémorisation, il est donc nécessaire d'aborder le développement cérébral. Il débute in-utéro avec la formation du tube neural dès la deuxième semaine après la conception et donnera la moelle épinière ainsi que le cerveau. Le développement se poursuit en post-natal et ce tout au long de la vie. Même s'il faut noter que les plus importants changements se produisent dans l'enfance et à l'adolescence. On parle de « plasticité neuronale » car les connexions neuronales se modifient sous l'influence de l'environnement, que ce soit les expériences sensorielles ou les interactions émotionnelles. Cette plasticité neuronale exprime que tout est mémorisé mais également que rien n'est figé. (11)

Aussi, l'épigénétique explique cette mémoire. Nathalie Zammateo transmet le stress émotionnel laissant des traces sur l'Acide Désoxyribonucléique (ADN).

Dans **L'impact des émotions sur l'ADN**, elle l'aborde ainsi : « *Ce domaine suggère que notre vécu, notre mode de vie et même notre alimentation, c'est-à-dire l'ensemble de notre*

relation à l'environnement, influence l'héritage biologique que nous transmettons ». Elle rajoute : « *Nos expériences, nos émotions et nos actions façonnent l'expression de nos gènes en permanence* ». (12)

Ces avancées témoignent du rôle de l'émotionnel et de ce qu'il peut entraîner.

D) Comment s'en libérer ?

Tout d'abord, il est conseillé d'effectuer un travail de recherche sur son histoire familiale, essentiellement celle des parents et des grands-parents. Ce travail n'est pas toujours facile, notamment quand les membres de la famille ne sont plus présents ou lorsque certains éléments sont occultés, minimisés ou enjolivés.

La mission de cette étude est d'obtenir des informations pour identifier nos empreintes émotionnelles en lien avec la généalogie. On recherche des situations particulières (par exemple : grossesse hors mariage, fausses couches, décès etc).

Il faut apprendre à connaître et à comprendre les émotions que les parents ou les grands-parents ont ressenti (que ce soit lors de la perte d'un de leur enfant par exemple, ou en ce qui concerne leurs propres empreintes émotionnelles prénatales, de leurs naissances ou de leurs enfances). Car les ancêtres transmettent à la fois les empreintes qu'ils ont reçues inconsciemment, mais également de nouvelles par leurs événements de vie.

En imaginant, les situations qu'ils ont vécu à leur époque, on peut comprendre leurs craintes, leurs moments de tristesse etc. Il faut tenir compte des différences entre les générations, notamment concernant les façons de penser ou de vivre car les enjeux peuvent différer d'une génération à l'autre.

Dans notre quête de compréhension des ancêtres, le but n'est pas d'émettre de jugement sur ce qui a été vécu, car de nombreux éléments peuvent entrer en cause. Cependant, une fois leur histoire intégrée, il est alors plus aisé de comprendre que cela a été transmis à leur insu et qu'ils n'en avaient pas forcément conscience.

Une fois que nous connaissons les empreintes présentes pour notre famille et pour nous-même, le travail va consister à transformer les empreintes limitantes car mise en conscience. Leur répétition pourra alors prendre fin.

La personne sera aux commandes de sa vie, sans être manipulée par ces empreintes limitantes. Cela permet une libération des « conséquences » de ces empreintes, pour l'individu mais également pour les générations futures (transmission généalogique).

Selon Claude Imbert, ce travail peut s'effectuer grâce à la sophro-analyse. Elle allie psychothérapie et sophrologie. Son intérêt est de faire appel à la mémoire émotionnelle. C'est dans celle-ci que sont inscrits tous les ressentis vécus et perçus. La personne se laisse guider par ses ressentis, dans un état de relaxation.

C. Imbert explique, dans **l'Avenir se joue avant a naissance** : « *Toujours après l'induction d'un niveau de relaxation rapide, je propose de s'ancrer dans la conscience fœtale en s'imaginant dans le corps du bébé juste avant le moment de son arrivée au monde. C'est ainsi que le « regard » porté alors sur la vie, les autres et soi-même, peut être retrouvé.* » (6, p 246)

Ce travail est très fréquemment réalisé avec des thérapeutes formés à ce domaine, qui pourront accompagner la personne. Il ne convient pas seulement d'amener les éléments à la conscience, le thérapeute doit aider l'individu à y apporter un sens, une compréhension.

Il doit être correctement réalisé comme les souvenirs enfouis peuvent être pénibles. Effectivement, les mécanismes puissants de refoulement permettent de les placer dans l'inconscient pour éviter qu'ils soient douloureux.

Plus les informations sont nombreuses, plus l'inconscient se sécurise et plus la mémoire et les éléments douloureux se restituent. Et donc plus grande est la part de la conscience qui peut les traiter, leur donner du sens.

Pour les femmes attendant un enfant, Claude Imbert explique l'importance de la communication avec l'enfant à naître car cela permet déjà d'éviter ou au moins d'apaiser certaines empreintes.

« *Ils ont besoin que vous leur parliez ! Que vous leur expliquiez la vie et votre vie, le monde et votre monde. Exprimez-le avec des mots car ils perçoivent les vibrations dès leurs premiers instants. (...) Dans ces cas où vous ne leur expliquez pas ce qui se passe, ils risquent de « tirer des conclusions » hâtives et là encore erronées.* » (6, p 275)

Afin d'illustrer ces propos, il paraît judicieux de citer plusieurs empreintes émotionnelles caractéristiques de la vie prénatale et de la naissance. Le sujet étant vaste, et voulant faire un lien avec la profession de sage-femme, c'est un choix de ne pas parler, ici, des empreintes émotionnelles de la petite enfance.

E) Exemples concernant les empreintes émotionnelles de la vie prénatale

1. Grossesse non consciemment désirée (13)

On parle de grossesse non consciemment désirée ou « accident » quand elle n'était pas programmée, pas désirée à une période donnée, ou qu'il n'existait pas de désir conscient de grossesse.

L'émotion ressentie à la découverte de la grossesse est la « première » émotion ressentie par l'embryon (cela ne s'applique pas dans les cas où la grossesse est découverte tardivement). Elle peut être positive ou plus difficile.

S'y ajoute celle exprimée par le père, qui se transmet indirectement, par le biais du ressenti de la mère.

Lorsqu'une grossesse est dite « accident », il existe un conflit entre une partie inconsciente qui désire la grossesse et une partie consciente qui ne la désire pas. C'est-à-

dire un conflit conscient-inconscient. On peut parler d'acte consciemment manqué et inconsciemment réussi.

Dans le cas où une personne est le fruit d'une grossesse dite « accident », elle peut avoir la sensation qu'elle ne devrait pas être là, qu'elle n'est pas voulue ou aimée avec des sentiments de dévalorisation et une culpabilité « de s'être imposé ».

Ces sentiments apparaissent indépendamment du fait que le non-désir a été de courte durée ou a persisté. Cependant, il est important de noter que la durée d'exposition prolongée aux émotions renforce les empreintes qui en découlent.

Paradoxalement, le point de vue de la maman est souvent différent car pour elle cette situation est indépendante de l'amour qu'elle porte à son enfant. Ce n'est pas l'individu en tant que personne qui n'est pas désiré, mais bien souvent le fait d'avoir un enfant en général, le contexte de vie à ce moment-là etc. Les raisons pouvant être diverses.

Un travail peut être réalisé pour connaître dans quel état émotionnel était la mère au moment de la découverte de sa grossesse.

Le but est d'analyser le contexte dans lequel elle vivait, que ce soit sur le plan relationnel (en couple, célibataire, mariée...), professionnel (emploi stable, chômage, étudiante...), environnemental (conditions particulières de guerres, de catastrophes naturelles etc), par rapport à son âge ou son état de santé, ainsi qu'au déroulement de ses possibles précédentes grossesses.

Il faut également prendre en compte les réactions du père et celles de la famille ou l'entourage.

Ensuite, la situation est différente selon le passage ou non à l'acte. Effectivement, dans certains cas, il peut exister une pensée d'interruption de grossesse sans en faire la démarche.

Mais parfois la future maman cherche à interrompre la grossesse, que ce soit de manière consciente ou non. Cela peut se traduire par exemple par des activités physiques intenses ou des sports à risque, par la prise de médicaments etc (en fonction des générations). Et parfois, consciemment, il existe une tentative ou réalisation d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

Il est important pour la personne issue de ce genre de situation, de comprendre ce qui a amené ses parents à cette situation, notamment en fonction du contexte. On ne parlera pas de nécessité de pardon, plutôt de compréhension du contexte, des enjeux pour apaiser cette empreinte. L'individu doit comprendre qu'il existait deux parties en désaccord chez ses parents. Il peut se rallier à la partie inconsciente (désirant la grossesse) qui a permis qu'il vienne au monde. Cette partie prédominait sur la partie consciente puisqu'il est né.

Paradoxalement, dans les cas de stérilité non organique, il existe également un conflit conscient-inconscient. La partie consciente désire la grossesse mais celle-ci ne se produit pas. C'est alors la partie inconsciente, ici, qui est la plus importante. Dans cette situation, il faut repérer ce qui empêche la grossesse, ce qui peut être jugé dangereux par la patiente d'avoir un enfant.

2. Préférence pour le sexe opposée

Dès le désir de grossesse, à la découverte de la grossesse jusqu'à la naissance et même plus tard, il peut exister une préférence de sexe chez l'un des parents, voire chez les deux. Cette préférence peut être consciente ou inconsciente. Il peut exister des croyances, des projections à vouloir préférentiellement un sexe plutôt que l'autre.

Dans certains cas, persistent des peurs d'avoir un garçon (décès dans la fratrie ou dans la généalogie) ou d'élever un garçon (avec des problématiques de violences par exemple) ; ou alors demeurent des croyances telles que le fait de se dire qu'une fille « c'est plus gentil », « c'est plus facile à élever ». Ces projections seront plus en faveur du désir d'avoir une fille.

A l'inverse, la préférence pour le sexe masculin peut se caractériser par des croyances qui expriment une valorisation d'avoir un garçon, une continuité du nom, une preuve de force, une reconnaissance du mari/de la société, une transmission du patrimoine etc. Il peut s'y ajouter également la peur d'avoir une fille (comme dans la situation précédente, elle peut s'exprimer suite à un décès d'une fille dans la fratrie ou dans la généalogie par exemple).

Ces croyances se transmettent de génération en génération, dans la culture mais sont également personnelles.

On peut détecter cette prédilection dans les prénoms (prénoms mixtes, prénoms mis au féminin) mais aussi dans le comportement des parents. Cela peut se traduire par des filles élevées comme des garçons et inversement.

Chez les enfants issus de ces grossesses, il peut exister différents types d'empreintes émotionnelles : comme le fait de ne pas se sentir accepté (difficulté à être eux-mêmes), de ne pas être comme les parents le voulaient, de culpabiliser et d'essayer d'être conforme pour être aimé.

En tant qu'adulte, certaines problématiques peuvent s'imposer à eux comme une complexité à vivre pleinement leur féminité ou leur masculinité, cherchant à ressembler à l'autre sexe.

Dans cette position, un travail permettrait de se rattacher à la partie du ou des parent(s) qui voulait vraiment ce sexe pour leur enfant.

Même si cela semble évident pour beaucoup, il est important de rappeler aux personnes ayant ces empreintes que lorsque l'ovule rencontre le spermatozoïde, il s'agit du fruit des parents (et non de leur volonté, puisque l'embryon n'était pas encore présent). Il est important de comprendre que la motivation des parents dépendait également de leur propre histoire et qu'elle leur appartient. Le but est de se donner le droit d'être soi-même et de vivre avec ses valeurs féminines ou masculines, en rendant les croyances aux parents.

Claude Imbert expose : « *Pour vous qui allez devenir parents : prenez conscience que vos désirs ou souhaits conscients n'influencent pas vos cellules ! Travaillez à vous libérer de vos préférences et en comprenant les causes* » (6, p193)

3. Fausses couches / Avortements spontanés précoces (14)

Les fausses couches précoces concernent 10% des grossesses, selon le CNGOF (Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens de France) (15, p 624). Elles peuvent avoir des origines physiologiques (aberrations chromosomiques, malformations etc), mais aussi des causes émotionnelles.

Elles sont un acte involontaire/inconscient qui résulte d'un conflit d'intérêt entre conscient et inconscient. Il puise sa source dans l'existence d'un possible danger ou d'une possible peur à avoir un enfant à ce moment là.

Ces craintes peuvent concerner la femme et/ou l'homme. Elles sont alimentées par divers éléments :

- le quotidien au moment de la fausse couche (par rapport à la vie sentimentale, professionnelle, la santé, l'âge...)
- les empreintes émotionnelles propres à la personne (vie prénatale, naissance, enfance)
- la généalogie (empreintes émotionnelles des grands-parents, décès de bébé ou d'enfant dans la famille)

Pour le couple vivant une fausse couche, se mettent en place des sentiments de culpabilité, de tristesse et de peurs (pour une grossesse ultérieure par exemple).

Ces sentiments sont parfois refoulés, notamment en cas de « banalisation » de la situation par l'entourage ou le corps médical.

Or, il est important d'exprimer ces émotions car chaque personne vit la situation différemment (en fonction que la grossesse ait été désirée ou non, des circonstances dans laquelle la fausse couche se déroule, mais aussi de la sensibilité propre à chaque individu).

Lorsqu'une grossesse survient après une ou plusieurs fausse(s) couche(s), le couple peut éprouver des difficultés à s'investir affectivement dans cette nouvelle grossesse, particulièrement à cause des peurs ou angoisses qui les habitent (plus il y a de fausses couches, plus elles augmentent).

Pour l'individu né suite à cet événement, les émotions peuvent être compliquées à prendre en charge. Un travail peut alors s'effectuer, avec les compréhensions acquises en tant qu'adulte, pour comprendre le vécu émotionnel qu'ont eu les parents et ne plus accumuler ces peurs.

4. Perte gémellaire (16)

Le décès précoce de l'un des embryons, en début de gestation, peut s'objectiver par des pertes de sang chez la mère (dans les premières semaines de grossesse), ou par une poche vide à l'échographie de début de grossesse, et même plus tard, à la naissance, par un embryon fossilisé dans le placenta. Cependant, ces signes peuvent parfois passer inaperçus, puisqu'ils sont inconstants (pas de nécessaires manifestations physiques).

Pour le jumeau restant in-utéro se développe des sentiments de tristesse et d'angoisse suite au départ et à la mort de l'autre jumeau avec qui il était en fusion jusque là.

Un sentiment de culpabilité se met en place et peut notamment s'expliquer par le fait de croire avoir pris la place de l'autre jumeau, ou de ne pas l'avoir retenu par exemple.

Ce sentiment pourra mener à beaucoup de dévalorisation dans la vie future.

Par exemple, la blessure embryonnaire disant « Je ne suis pas assez bien/intéressant pour que mon jumeau reste » se réactivera à l'âge adulte pour donner des sentiments de dévalorisation.

Aussi, cette perte peut éveiller un sentiment de manque permanent, comme si « quelque chose manquait ». L'adulte peut alors être à la recherche de relations fusionnelles/de relations idéales ou alors, à l'inverse, avoir une peur du contact.

Dans le quotidien de l'adulte ayant vécu cette situation in-utéro, on peut observer des signes tels que des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), des migraines, des vêtements achetés en double...etc.

Là encore, un travail peut être effectué en commençant par questionner sa mère ou son entourage proche à la recherche de manifestations physiques de pertes gémellaires.

F) Exemples concernant les empreintes émotionnelles de la naissance

Aujourd'hui on considère la naissance comme le passage/la transition d'un état vers un autre pour l'être vivant. Ce passage est souvent source d'angoisses, conscientes ou non ; parfois accru avec la médicalisation de l'accouchement existante à notre époque.

Le CNRTL définit la naissance comme le « *Point de départ de l'existence considérée dans son déroulement.* » mais aussi le « *Fait de venir au monde, de quitter l'organisme maternel.* » (5)

1. Naissance par césarienne

Il est important de connaître les circonstances dans laquelle elle s'est déroulée, que ce soit planifié ou dans l'urgence. Lorsqu'elle est programmée, la maman peut alors expliquer la situation à son bébé, le préparer et rester en communication avec lui. Dans les cas d'urgence ou dans les cas où la mère n'avait pas notion de ces ressentis, le bébé peut se sentir rejeté et seul avec un manque de lien affectif.

Claude Imbert rajoutait dans son œuvre : « *Si une anesthésie générale est associée, elle renforce encore le sentiment de coupure, la mère n'étant pas dans la possibilité physique d'accueillir le bébé* » (6, p 255)

A l'âge adulte, cette personne pourra avoir des difficultés à être autonome, à aller jusqu'au bout des choses, mais aussi dans la relation avec la mère (que ce soit dans le sens de la dépendance ou à l'inverse, de l'opposition). Il pourra se mettre dans des situations de stress/de complications (en rejouant le ressenti de la naissance), étant peu à l'écoute de ce qu'il éprouve. Pour l'adulte, il est possible de prendre conscience de cela afin de pouvoir dépasser ces croyances limitantes à l'aide d'un travail.

Pour illustrer ce propos, C. Imbert transmet un exemple : « *C'est le cas de Pierre, 45 ans, qui consulte pour un manque de confiance et une angoisse face à l'impossibilité de mener à*

bien ses projets par lui-même. Il revit à sa venue au monde, la peur brutale provoquée par l'incision de l'utérus et croit à sa mort imminente. Ebloui par une intense lumière, il a l'impression d'arriver dans un monde hostile et glacial. Le revécu corporel de cette étape dans plusieurs séances lui permettra de se libérer des empreintes profondes qu'il continuait à véhiculer. La mise en place du film de sa nouvelle naissance, telle qu'elle se serait passée si ses parents avaient su qu'il avait besoin d'être informé, lui permet d'intégrer la compréhension des raisons de cet acte chirurgical et le dissocier des autres actions futures, qu'il pourra dorénavant terminer par lui-même. » (6, p 256)

2. Naissance prématurée avec, ou non, séparation mère-enfant

Là aussi il est nécessaire de notifier les conditions de la prématurité et chercher s'il pouvait exister un danger d'une naissance à terme. Ces naissances sont génératrices d'angoisses et de stress pour le couple, souvent liés à de la culpabilité.

Lorsque le nouveau-né est mis en couveuse, il peut vivre cela comme un abandon de la mère. Pour la mère aussi cette situation est compliquée, mêlant tristesse et peurs.

A l'âge adulte, ce sont des personnes qui peuvent montrer une certaine dépendance affective, en lien avec une peur de l'abandon, mais aussi avoir la sensation d'être rejeté avec des sentiments dévalorisants, et voulant être autonome pour ne pas demander de l'aide à l'entourage.

3. Naissance par forceps ou ventouse

Ce sont généralement des accouchements longs et parfois douloureux dans lesquels il existe une peur, inconsciente, à faire naître l'enfant.

Chez l'adulte, la personne peut avoir l'impression, dans la vie, qu'on l'oblige et aura tendance à avoir des difficultés à passer à l'acte seul, avec un besoin de temps.

La re-visualisation de la naissance sans forceps, pour l'adulte qui a conscience de cela, pourra apaiser les empreintes qui en découlent.

III. Etat psychologique de la femme enceinte lors de la grossesse et de l'accouchement (17 à 20)

A) Les émotions

Les futures-mamans ressentent diverses émotions durant leur grossesse, dont elles ne peuvent se couper, elles sont inévitables. Il existe très souvent des peurs, qui peuvent être conscientes (justifiées ou non) ou inconscientes. (13) Ces dernières peuvent être en lien avec leur propre vécu émotionnel (de la vie prénatale, de la naissance et de l'enfance) mais aussi celui inscrit dans leur généalogie, ou le vécu de leurs précédents

accouchements. Il existe donc, durant cette période, une réactivation de leurs propres empreintes émotionnelles.

B) La transparence psychique

Nombreux sont les auteurs qui comparent l'état maternel pendant la grossesse à la période de l'adolescence. Effectivement, toutes les deux sont des crises identitaires, maturatives en lien avec des conflits latents.

En ce qui concerne la période de maternité, on parle de crise identitaire car il existe un repositionnement générationnel, une réactivation de certains conflits et l'apparition d'anxiété. A tout cela, s'ajoutent les modifications corporelles. La grossesse est donc un moment psychique particulier pour la femme, qu'on peut considérer plus vulnérable sur le plan psychologique.

En effet, Monique Bydlowski (psychiatre et psychanalyste) parle du phénomène de « transparence psychique » lors de la grossesse. Il se traduit par le fait que l'inconscient soit plus facilement accessible à la conscience.

Dans la **Dette de vie**, elle explique : *« D'anciennes histoires oubliées et des fantasmes cachés peuvent être communiqués sans gêne, comme si par rapport à l'événement nouveau qu'est la grossesse, plus rien de tout cela n'avait d'importance. »* (17, p 97)

En dehors de la grossesse, il existe un mécanisme de refoulement qui permet à certains conflits latents, souvenirs gênants, pathologiques ou autres d'être mis hors de notre portée (c'est-à-dire dans l'inconscient).

Chez la femme enceinte ce mécanisme est moins efficace. Il n'y a alors pas de censure. On peut parler d'une absence de réserve. Cet état engendre une réelle crise psychique pour la future mère car elle réactive le passé : cela avive la mémoire de l'origine.

Bydlowski témoigne de cette absence de censure : *« D'autre fois, pendant la grossesse, le passé revient sous forme d'affect pur, de tristesse immotivée par exemple. Avant d'incriminer une hypothétique dépression on peut chercher avec la femme à quel moment de sa vie d'enfant, à quelle émotion de la fille d'autrefois, l'état de grossesse vient donner la parole. »* (17, p 95).

C'est donc un moment plus propice à l'introspection personnelle, où la femme peut ressentir le besoin de travailler son histoire personnelle. Il peut être alors important de se centrer sur elle et les émotions qui lui reviennent, notamment en lien avec un certain narcissisme physiologique qui existe à cette période. C'est ainsi que conclue Bydlowski : *« La grossesse est donc ce moment privilégié de transparence psychique au cours duquel peut s'opérer une sorte d'alliance thérapeutique avec le narcissisme maternel »* (17, p 98)

Les professionnels qui accompagnent les femmes enceintes ont donc un rôle essentiel pour les guider, les rassurer et les conforter dans leurs rôles de mères.

C) La notion de responsabilité et de culpabilité

En lisant les propos que ce sujet expose sur l'impact possible des émotions, des sentiments de culpabilité peuvent apparaître pour les parents ou futurs parents. Pourtant, là n'est pas son but... Tout d'abord parce que les recherches sur ces transmissions sont toujours en cours, même si les compétences du fœtus sont aujourd'hui reconnues. Aussi, ce travail qu'il est possible d'établir est réalisable à n'importe quel âge : tout n'est pas donc figé. Et quand bien même il existerait une situation difficile, le fait d'exprimer à son bébé ou futur bébé ce qu'il se passe, amoindrirait les effets. Ce n'est pas parce qu'on ressentirait des choses plus négatives qu'on ne pourrait rien faire pour apaiser cela. Les bébés ont avant tout besoin de sécurité affective.

Mia Kalef, ayant fondé un Institut de recherche sur la période primale, témoigne : « Tous les êtres vivants sont imprégnés. Tous les êtres vivants savent faire disparaître les empreintes. La dernière partie du livre insiste sur le fait qu'il n'est jamais trop tard pour corriger une empreinte. », dans **La vie secrète des bébés**. (20, p 46)

IV. La profession de sage-femme en lien avec le thème (21)

Pour faire le lien avec la profession de sage-femme, nous nous sommes basés sur le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes. Celui-ci a été établi en Janvier 2010, à l'initiative du Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec l'aide du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes.

Il a pour but de refléter les compétences des sages-femmes, à la sortie de la formation initiale (des formations complémentaires sont possibles par la suite).

Il expose alors des situations de la pratique clinique auxquelles les sages-femmes sont confrontées. Avec les missions plus étendues qu'elles ont obtenues, ils ont jugé important de répréciser les rôles et les valeurs professionnelles, mais aussi car cette profession a, comme expliqué dans ce référentiel : « *des compétences spécifiques et partagées* » (21, p 7).

A) Les situations types de la profession

Dans la première partie sont exposées huit situations types du métier.

En premier lieu c'est **la consultation prénatale** qui est abordée, et outre les aspects techniques et administratifs, l'aspect psychologique est pris en charge. Effectivement, il est noté de réaliser le diagnostic « *en vérifiant l'adaptation de la femme à l'état de grossesse* », que ce soit l'adaptation physiologique des fonctions maternelles que le versant psychologique.

Pour cela, ils expriment la nécessité de faire le diagnostic « *en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître* ».

Aussi, ils énoncent l'importance du travail interdisciplinaire dans les cas où cela serait nécessaire. Concernant l'adaptation psychologique, il est possible d'adresser la patiente vers un psychologue, au besoin. (21, p 16).

Cette consultation a un but de suivi de grossesse et, afin qu'elle se déroule dans les meilleures conditions, ils avancent la notion de « *dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple* » (21, p 17). Ces consultations sont le lieu où la prévention et l'orientation peuvent se pratiquer.

Ensuite est abordé **l'organisation et l'animation d'une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)**.

Il est énoncé qu'il est du ressort de la sage-femme de préparer sa séance : « *en préparant le programme pédagogique et le déroulement des séances (environnement matériel, objectifs, contenus, outils, déroulés, timing, support)* », mais aussi « *en s'adaptant à la composition d'un groupe pour ajuster l'utilisation des supports* ».

Ici nous pouvons faire un lien avec notre sujet : il est alors possible pour une sage-femme qui le désire d'introduire les empreintes émotionnelles à ses cours, en tenant compte de l'avis des patientes à cela. C'est-à-dire savoir utiliser les notions de ce sujet quand un groupe y est réceptif/intéressé.

Le référentiel formule qu'il est nécessaire d'animer les échanges : « *en repérant les non-dits et en anticipant les questions posées (vie de couple, sexualité, retour à la maison...) et en proposant un entretien individuel le cas échéant* », et également : « *en repérant les difficultés éventuelles et en donnant les conseils adaptés : éventuellement en orientant et en prenant contact avec le professionnel compétent* ».

Ici, cela peut donc correspondre à un entretien en lien avec un travail que souhaite réaliser une patiente sur des empreintes émotionnelles. Mais cela correspondra également à la mise en relation d'une patiente avec une personne formée à ce sujet, quand des difficultés sont communiquées ou repérées. (21, p 18)

Aussi, est traitée la situation où la sage-femme doit « **assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale** ».

Il énonce de réaliser l'anamnèse en « *recueillant le vécu de l'accouchement auprès de la mère* » mais aussi « *en repérant les situations de vulnérabilité : en évaluant le lien mère-enfant...* ».

Cette situation peut donc être un moment où l'abord de ce sujet est possible. Et il expose l'accompagnement au développement de ce lien entre la mère et son enfant : « *en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels* ».

Là encore, pour des complications psychologiques en lien avec la mère et/ou l'enfant, il est toujours possible d'adresser le duo mère-enfant. (21, p 24)

De plus, la sage-femme peut « **réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention** ». Dans ce cas, elle doit prévenir et dépister les situations de vulnérabilité de la femme. (21, p 25)

D'autres situations, peu en lien avec notre sujet d'étude, sont ensuite évoquées (réanimation néonatale, diagnostic et suivi du travail, hémorragie de la délivrance etc). Nous ne les exposerons donc pas plus.

B) Les compétences transversales

La deuxième partie du référentiel traite des compétences transversales de la sage-femme. Ainsi sont cités la communication, la collaboration, le professionnalisme, le respect des droits, des besoins et des attentes, la gestion et l'organisation, la responsabilité, ainsi que l'érudition.

Par rapport au respect des droits, des besoins et des attentes, le référentiel aborde le fait suivant : « *Intervenir, dans toutes les actions, professionnelles, dans l'intérêt des femmes et des enfants quel que soit le contexte de soins.* », « *en préservant leur espace d'intimité* » « *en créant une relation de confiance au cours des consultations et des interventions obstétricales* » (21, p 28)

Concernant l'érudition, il est dit « *La sage-femme enrichit ses savoirs, ses savoir-faire, savoir-être et exerce en permanence son esprit critique.* », « *recherche de données conformes à la science* », « *sachant confronter ses représentations et ses connaissances* », « *en amenant créativité et initiative dans l'approche des soins aux femmes et à leurs familles* », « *esprit de recherche* », « *formation médicale continue* », « *stratégies de partage des connaissances avec ses pairs et les autres professionnels dans le domaine de la périnatalité* ». (21, p 29)

Ces compétences sont essentielles pour les sages-femmes. Elles permettent d'assurer le suivi optimal des couples et le travail en équipe pluridisciplinaire. Elles sont en lien avec notre sujet d'étude, puisque les compétences de la sage-femme permettent qu'elles abordent ces notions.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE

I. Présentation de l'étude

A) Objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de questionner les connaissances des sages-femmes libérales concernant les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance, mais également de s'interroger sur leurs points de vue sur ce sujet, quelque soit leur niveau de connaissance, et sur la pertinence d'application pratique ainsi que leurs critiques éventuelles.

En d'autres termes, nous avons cherché à comprendre comment les sages-femmes libérales s'appropriaient les empreintes émotionnelles. Cette étude est qualitative dans sa démarche compréhensive et multicentrique dans son recrutement.

B) Problématique et hypothèses

La problématique est la suivante : Comment les sages-femmes libérales des Hauts-de-France s'approprient-elles les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ?

Les hypothèses formulées sont les suivantes :

Axe 1 : Le sujet n'est pas connu par le professionnel de santé, ou n'est pas connu sous cette appellation.

Axe 2 : Le sujet est connu mais vu comme « sans intérêt » pour le professionnel de santé qui n'observe pas de résultats, par exemple.

Axe 3 : Le sujet est connu mais vu comme « difficilement abordable en pratique » par le professionnel de santé (manque de temps, manque de connaissances/formations, patientèle réticente etc).

Axe 4 : Le sujet est reconnu par le professionnel qui l'utilise dans sa pratique.

C) Méthodologie de recherche

1. Outils de recherches

Au départ, nous avions pensé réaliser des entretiens téléphoniques avec un grand nombre de sages-femmes, et quelques entretiens face à face avec celles acceptant. Nous nous sommes rendu compte de la difficulté de réaliser ces démarches.

C'est pourquoi, à l'aide d'un guide d'entretien (22), nous avons finalement choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs afin de réaliser cette enquête. (23)

En effet, ils permettaient d'établir une meilleure relation humaine et d'obtenir une qualité de résultats supérieure.

Ces entretiens ont permis de recueillir des données descriptives et qualitatives telles que la représentation que le professionnel se faisait de ce sujet, son idée de l'utilité ou non, la possible mise en place en pratique etc.

Il était intéressant, dans le cas où on traite un sujet peu connu, de faire des entretiens pour pouvoir expliquer ces notions à celles qui ne le connaissaient pas. (24) Ainsi, il leur était possible de donner un avis sur le sujet, même sans connaissances préalables et donc de poursuivre l'entretien.

Il était possible de donner une définition correcte aux sages-femmes ayant une idée de base erronée de ce que cela signifiait.

Enfin, les entretiens donnaient accès au non-verbal, aux sentiments enfouis et offraient une richesse supérieure aux questionnaires. (25)

2. Population étudiée

Pour avoir le plus de points de vue sur le sujet, les critères de recrutement de la population étaient assez larges. Pour participer aux entretiens, il fallait être une sage-femme diplômée d'état, avoir une activité libérale (mais l'activité libérale exclusive n'était pas requise), ainsi qu'exercer dans la région des Hauts-de-France.

Notre choix s'est porté vers les sages-femmes libérales car ce sont souvent des sages-femmes qui pratiquent des activités de PNP et qui effectuent une prise en charge plus globale des patientes. Ainsi nous avons estimé qu'elles seraient plus à même d'utiliser les notions de ce sujet en pratique.

Avec l'aide de ma directrice de mémoire, Nancy Petitprez, faisant partie du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes de la région, nous avons effectué une liste de sages-femmes connaissant ou susceptibles de connaître le thème de notre étude.

Le site internet du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes permettait de trouver les coordonnées des sages-femmes libérales. (26) Ces dernières ont alors été contacté, tout d'abord par mail, et pour certaines par téléphone.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes rendu compte du biais qu'il pouvait exister à choisir exclusivement des personnes susceptibles d'être sensibles au sujet de notre étude. Nous avons alors décidé de contacter d'autres sages-femmes, au hasard, via les

coordonnées disponibles sur ce même site. Dans l'ordre existant sur ce site, nous effectuons des groupes de dix sages-femmes et nous contactons la première de chaque groupe.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont débuté à la fin du mois de Septembre 2017 et se sont achevés le 12 Décembre 2017. Ils ont concerné treize personnes au total, pour vingt-trois personnes contactées.

Les entretiens se sont déroulés principalement dans les cabinets libéraux des sages-femmes, un lors d'une garde au bloc obstétrical et un entretien s'est même déroulé dans une voiture.

Leur durée a été très variable, allant de 15 minutes à 1 heure et 15 minutes. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, après accord de la sage-femme (Annexe I). Ce qui a permis une retranscription mots à mots sur Microsoft Word.

Les entretiens commençaient par des questions générales de présentation concernant le parcours effectué en tant que sage-femme, les motivations à exercer en libéral, les formations effectuées ainsi que les activités réalisées au sein du cabinet. Ces questions permettaient de dresser un portrait de la sage-femme, et de créer un climat de confiance pour la suite de l'entretien.

Ensuite, les interrogations portaient sur ce que leur évoquait les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance. Cette question permettait d'orienter l'entretien : en fonction des connaissances des sages-femmes, les suivantes différaient

→ Lorsqu'il n'y avait pas de connaissance, des explications étaient fournies. Ensuite, les sages-femmes pouvaient émettre des réactions et des avis sur ce qu'elles en pensaient, l'utilisation en pratique, les possibles difficultés rencontrées etc. Elles argumentaient alors sur les faits qui pourraient les empêcher ou au contraire leur donner envie de l'utiliser.

→ Quand la sage-femme exposait son opinion sur le concept, soit elle possédait la définition correcte du sujet et nous poursuivions l'entretien sans nécessaires informations supplémentaires. Soit l'idée émise était erronée, les entretiens permettaient alors de réajuster et de donner plus amples explications. Ainsi nous pouvions continuer à interroger la sage-femme sur ses idées. (Annexe II)

Par soucis d'anonymat, les noms et prénoms des sages-femmes ont été remplacés par des numéros. Ainsi la première sage-femme interrogée sera la « SF 1 » et ainsi de suite, dans l'ordre de réalisation des entretiens.

II. Les résultats

A) Présentation de la population

Notre corpus d'entretien est constitué de treize sages-femmes libérales exerçant dans les deux départements Nord et Pas-De-Calais de la région Hauts-de-France.

La population est entièrement féminine.

On compte onze sages-femmes ayant une activité libérale stricte et deux sages-femmes ayant une double activité : pour l'une, c'est une activité hospitalière, pour l'autre, c'est une activité de missions à l'internationale et d'enseignement.

1. Années d'expérience depuis l'obtention du diplôme

Années	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35
Population (n = 13)	1	3	0	2	2	2	3

Sur les treize sages-femmes interrogées, neuf ont plus de 16 ans de diplôme et quatre ont moins de 10 ans de diplôme. Aucune sage-femme n'a entre 11 et 15 ans d'expérience.

2. Durée d'exercice en cabinet libéral

Années	0 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20
Population (n = 13)	2	7	2	2

Figure 2 : Durée d'exercice en libéral

Sur les treize sages-femmes rencontrées, toutes ont eu une activité hospitalière préalablement à l'installation en cabinet libéral. La majorité des sages-femmes exercent depuis 6 à 10 ans leur profession en cabinet libéral.

3. Motivations à exercer la profession en libéral

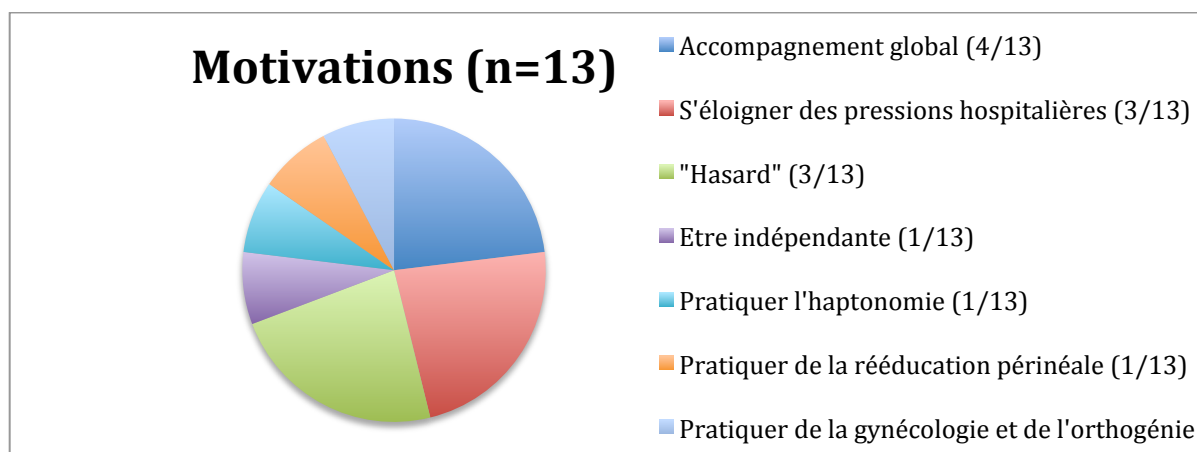


Figure 3 : Motivations à exercer en libéral (n=13)

Concernant les sages-femmes interrogées, trois ont fait part de leur envie de prendre en charge globalement la patiente, d'avoir davantage de temps à lui consacrer. Trois sages-femmes ont communiqué leur volonté de s'éloigner des pressions qui peuvent exister en pratique hospitalière. Pour trois des sages-femmes c'est plus le hasard qui les a mené vers une activité libérale, en débutant par des remplacements qui leur ont donné envie de s'installer en cabinet. Une sage-femme ressentait le besoin d'être plus indépendante. Pour trois des sages-femmes, la motivation était une pratique qui leur tenait à cœur (l'haptonomie pour l'une, la rééducation du périnée une autre et enfin la gynécologie et l'orthogénie pour la dernière).

4. Activités pratiquées au sein du cabinet

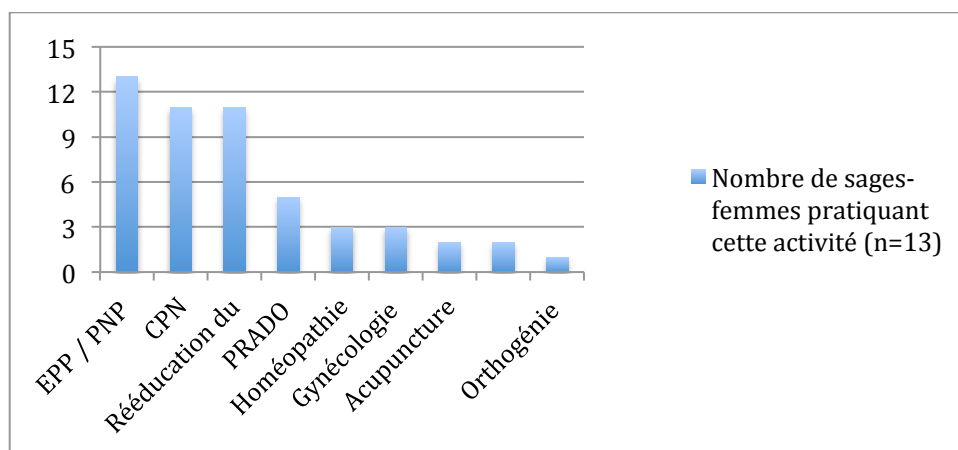


Figure 4 : Activités exercées en libéral

Les sages-femmes interrogées exercent toutes de la PNP. Onze d'entre elles réalisent des CPN et pratiquent de la rééducation du périnée. Cinq sages-femmes exercent une activité de PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile). Sont cités également l'homéopathie et la gynécologie pour trois sages-femmes chacune. L'acupuncture et les consultations de lactation sont réalisées par deux sages-femmes pour chaque activité. Enfin, une sage-femme possède une activité d'orthogénie.

5. Nombre d'activités exercées par sages-femmes

Nombre d'activités	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8
Population (n = 13)	2	6	5	0

Figure 5 : Nombre d'activités exercées par sages-femmes

La plupart des sages-femmes possèdent plusieurs activités au sein de leur cabinet. Seule une sage-femme n'exerce que l'haptonomie comme pratique libérale ; celle-ci ayant une double activité.

6. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

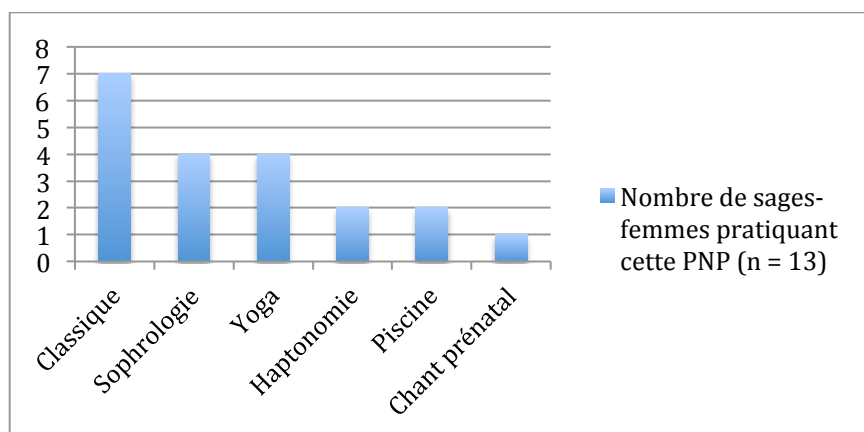


Figure 6 : Les différentes PNP pratiquées

Comme cité précédemment, toutes les sages-femmes interrogées exercent de la PNP. La PNP la plus pratiquée est la PNP classique, pour sept sages-femmes. Ensuite, suivent sophrologie et le yoga pour quatre sages-femmes chacune. L'haptonomie et la PNP en piscine sont réalisées par deux sages-femmes pour chaque activité. Enfin, le chant prénatal est pratiqué par une sage-femme.

Six sages-femmes exercent plusieurs types de PNP. Cependant, une sage-femme n'exerce que l'haptonomie, quatre sages-femmes exercent la PNP classique seule, une sage-femme ne pratique que le yoga, enfin une ne réalise que de la sophrologie.

7. Formations effectuées

Concernant les formations effectuées, on retrouve, pour toutes, des formations en lien avec la PNP pratiquée. Pour les onze sages-femmes réalisant de la rééducation du périnée, toutes ont bénéficié d'une formation. Les sages-femmes qui réalisent des activités d'acupuncture, d'homéopathie, d'orthogénie y sont formées.

D'autres formations ont été citées telles que l'aide à l'arrêt du tabac, l'ostéopathie autour de la femme-enceinte, des formations liées à l'administratif, sur le deuil périnatal, concernant la sexologie, les massages bébé, la diététique et grossesse.

Enfin, trois sages-femmes sont formées aux empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance (effectuée par Lucienne Bouttier).

B) Connaissance du sujet d'étude

Huit sages-femmes avaient des connaissances en lien avec le sujet (dont trois sages-femmes ayant bénéficiées d'une formation).

Concernant les cinq sages-femmes restantes, trois ne savaient pas si cela était en lien avec la maman ou le bébé et deux n'avaient pas d'idées de ce que cela évoquait. Elles ont alors reçu des informations pour pouvoir continuer l'entretien. Après celles-ci, toutes ces sages-femmes déclarent finalement avoir des notions sur le sujet ; simplement elles ne le connaissaient pas sous le nom « d'empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ».

C) Origine des connaissances

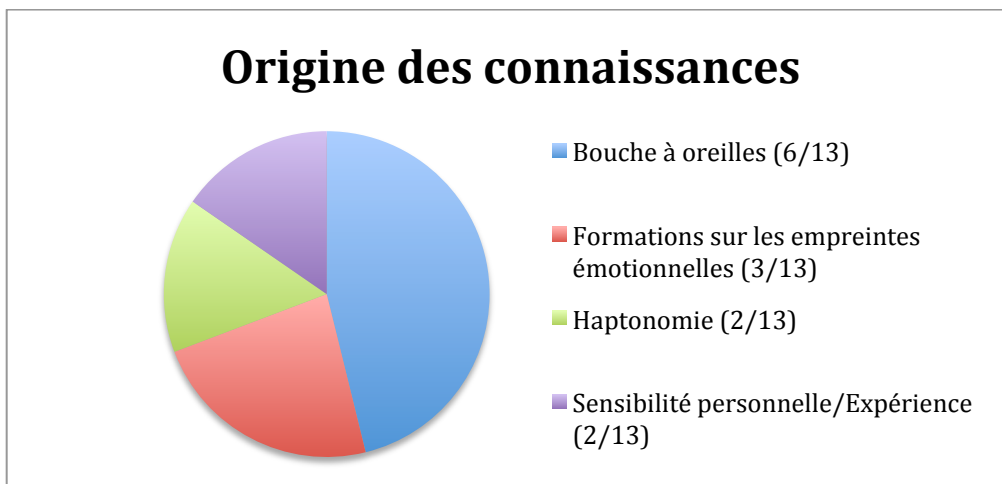


Figure 7 : Origine des notions sur le thème (n = 13)

Trois des sages-femmes ont eu des notions grâce à leurs formations, six ont eu des notions via l'entourage, deux via l'haptonomie et enfin deux par expérience ou sensibilité personnelle.

- SF 2 : Elle aborde les notions qu'elle possède via sa formation sur l'ostéopathie et la grossesse : « *Mon formateur à l'époque m'avait parlé d'un livre qui s'appelait « Ostéopathie intrapelvienne et arbre gynécologique : sexualité et identité » de Christine Michel Sweitzer ; et c'était sur la mémoire cellulaire et elle expliquait bien dans le livre qu'elle avait été amené à plusieurs reprises à manipuler des femmes en intra-pelvien. (...) Donc systématiquement on retrouve une répercussion physique et organique chez la femme. »*

Par rapport aux désirs de formations des trois sages-femmes formées :

- La SF 1 a été conseillée, elle n'était pas convaincue par l'idée puis elle a totalement adhéré et maintenant elle dit : « *Et puis je crois que c'est ma mission sur terre ce truc là, vraiment.* ».
- La SF 5 a eu l'envie de se former car elle avait toujours pressenti que quelque chose se jouait à cette période-ci et sa consœur lui avait transmis qu'il existait une formation qui pourrait répondre à ses interrogations.
- La SF 8 a eu notion de l'existence de cette formation par sa consœur et a ressenti le besoin d'en savoir davantage pour accompagner au mieux ses patientes.

D) Ce que les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance leurs évoquent

1. Sages-femmes ayant bénéficiés d'une formation (SF 1, SF 5 et SF 8)

Dans notre échantillon de sages-femmes libérales, trois ont effectuées une formation sur le sujet. Elles parlent des émotions qui peuvent se transmettre au bébé, pendant la grossesse et au moment de sa naissance et ce qu'elles peuvent entraîner. Ces sages-femmes sont convaincues par ce sujet.

- SF 1 : « C'est les **émotions** des mamans, pendant la grossesse et jusqu'au 9 mois après du bébé, qui sont **transmises** au bébé un peu en copier-coller. Et que le bébé **déprogramme** quand on lui raconte, quand on arrive à expliquer et à **mettre du sens** : il déprogramme. »
- SF 8 : « Les empreintes émotionnelles pour moi **c'est le bagage des cellules de tout individu**, un bagage qui serait ancré en soi avec des empreintes, et qui forgerait ou qui perturberait toutes les personnes qui seraient en difficulté pour moi. »

Parmi ces trois sages-femmes, une ne l'utilise pas (SF 8) : « Parce que je pense qu'il faut faire un travail sur soi, et pour moi, il n'est pas encore fini. Je me questionne encore beaucoup, je ne peux pas me lancer dans les entretiens sur les empreintes émotionnelles si je ne suis pas au point sur mon histoire. ». Pour le moment, elle explique : « Je ressens (...) quand je suis en présence d'une femme qui relèverait d'un entretien sur les empreintes émotionnelles euh je les oriente vers ma consœur. »

2. Sages-femmes non formées :

On distingue deux groupes. Le premier groupe, non formé, possède des notions en amont de l'entretien. Le second groupe n'a pas de notions de ce que cela évoque et obtiendra des informations afin de pouvoir donner leurs avis.

2.1 Concernant le premier groupe

- SF 2 : « Ca m'évoque la **mémoire cellulaire**. Et ça m'évoque les **expériences** qui prouvent bien qu'il y a une **vraie communication** au niveau émotionnel pendant la grossesse, entre la maman et son fœtus. Ça c'est clair. »
- SF 3 parle d'une « évidence », notamment grâce à son parcours d'haptonomie et dit : « **On voit bien** qu'il [le fœtus] répond, qu'il y a des interactions, **qu'il ressent les émotions autour de lui**, les intentions de ses parents. ».
- SF 10 : « Ces empreintes **il va les former progressivement** avec certainement des projections qui ne sont pas forcément justes. Pour moi les bébés, et j'ai bien envie de dire des bébés, c'est pas pour moi des fœtus parce qu'effectivement ils ont tout un vécu in-utéro qui est profond et qui est surprenant. Et je pense que, affectivement, **ils sentent énormément de choses** et que ben parfois on n'en a pas conscience. »

- **SF 11** : En parlant des femmes anxieuses par rapport à leur grossesse ou à leur accouchement : « *Et bien je me suis rendue compte que globalement (...) il y a souvent des **angoisses de mort de elle fœtus**, par rapport à la grossesse de leur maman, quand elle la portait elle.* »
- **SF 13** : « *Tout, ça m'évoque un petit peu **l'haptonomie** aussi je dirais euh après tout ce qui est **angoisse, peur** de la femme enceinte, de la **répercussion** que ça a sur bébé et donc du coup ça veut dire plein de choses quoi, c'est ça le problème c'était qu'on dit ça a une empreinte émotionnelle ben si ça a une empreinte euh voilà il y a beaucoup de choses qui vont en découler quand même.* »

Dans ce groupe, la plupart parle de cohérence et d'évidence en lien avec les informations qu'elles possédaient déjà ou en lien avec leur expérience personnelle. Cependant, la SF 7 n'est pas convaincue et cela n'est pas réellement envisageable pour elle, notamment par manque de preuves scientifiques, mais aussi par son activité d'orthogénie. Elle précise tout de même rester ouverte à cela si les patientes en expriment le besoin.

- **SF 7** : « *Je pense que je vois pas bien comment on pourrait... Moi je suis un peu cartésienne et très évidence based médecine, fin j'ai eu mon enseignement sur cette base là donc **j'ai un peu de mal avec les choses qu'on ne peut pas prouver** avec une étude prospective, en double aveugle, enfin j'exagère mais fin par des méthodes scientifiques fiables. **Après je ne suis pas non plus fermée**, je pense comme la plupart des sages-femmes, à d'autres choses. Mais c'est un peu un concept qui me gêne aussi dans le sens ou bah déjà dans l'orthogénie ça voudrait dire : réellement on tue un être humain dès la conception, ce qui n'est absolument pas du tout mon point de vue. Euh déjà ça, ça me gêne, du point de vue orthogénique c'est hyper culpabilisant et pas souhaitable de dire ce genre de choses. Et puis d'un autre point de vue, ça veut dire qu'un enfant adopté, un déni de grossesse, un deuil pendant la grossesse, ça veut dire qu'il est d'emblée foutu ?* »

2.2 Concernant le second groupe

- **SF 4** : Elle évoque la **médecine traditionnelle chinoise** : « *En fait on est la somme on va dire de l'énergie de ses parents. Le capital qui nous est donné à la naissance par les parents, notamment par exemple sur le désir au moment de la conception et ça détermine quand même pas mal notre capital santé. Après le reste de notre capital santé c'est la nourriture et l'air qu'on respire.* ».
- **SF 6** : « *Ça me parle parce qu'on voit des bébés en début et quelque fois **on sent qu'il y a des choses** qui ne vont pas chez un bébé et on n'a pas toutes les réponses et c'est vrai **qu'il faudrait creuser un petit peu** ce qui s'est passé chez la maman et voir un petit peu l'empreinte familiale et sociale, l'entourage.* ».
- **SF 9** : « *Oh moi **ça me parle complètement**, parce que bah, maintenant que je l'ai vécu, une grossesse c'est très bouleversant. On repense à plein de choses, on a plein de souvenirs qui nous viennent, plein d'inquiétudes, on a plein d'angoisses, de stress de se dire « Est-ce qu'on répétera certaines choses qu'on n'a pas envie de répéter ? ». **On transpose beaucoup de choses**, enfin moi en tout cas j'ai trouvé que je re*

transposais beaucoup de choses de ma relation moi de fille finalement euh avec mon bébé. »

- **SF 12** : Elle parle d'un psychiatre qui lui avait transmis des **études par rapport aux mamans stressées pendant la grossesse**. Cette étude montrait que les bébés étaient plus excitables et avaient une réponse au stress plus rapide et importante.

Toutes ont des notions en lien avec le sujet évoqué.

E) Importance ou non de l'abord en périnatalité

Les sages-femmes sont globalement d'accord concernant cette question. Elles estiment cela important à aborder. La SF 7 n'étant pas convaincue, ne trouve pas de réel intérêt même si elle reste à l'écoute de la demande des patientes.

- **SF 2** : *« Oui parce que forcément les dames elles restent quand même dans leurs émotions et leurs sensations d'avant donc forcément pendant la grossesse, **tout remonte, tout le temps**. Il y a des dames que vous prenez en séance d'acupuncture ou même de yoga, et tout d'un coup en milieu de séance elle va se mettre à pleurer, elle va s'effondrer. Donc là faut essayer de comprendre d'où ça vient et puis c'est justement les aider à passer des caps et à prendre conscience de tout ça aussi. »*
- **SF3** : *« On sait très bien que pendant la **grossesse c'est un moment merveilleux pour travailler pleins de choses**. Il y a la **transparence psychique** alors là pour travailler et essayer de délester un peu les générations suivantes au niveau du transgénérationnel, c'est un moment clé. »*
*« **Ça dépend comment s'est fait**, c'est toujours pareil. »*
- **SF 5** : *« C'est parce que moi je les capte là, sinon euh voilà. Après c'est ma consoeur effectivement qui parfois a des patientes qui font des fausses couches à répétition, ou des infertilités, des choses comme ça. Elle elle peut plus. Mais moi je n'en parle que là, **parce que je n'ai l'occasion d'en parler que là**. Mais sinon on pourrait expliquer de façon générale aux gens comment l'être humain fonctionne, comment son psychisme se forme et que ça peut avoir un impact sur notre caractère, notre façon de faire. »*
*En parlant des femmes enceintes, « Elles sont beaucoup plus sensibles à tout ce qui s'est vécu pour elle dans la propre enfance, ça remonte. Donc **c'est le moment**. »*
- **SF 8** : *« Je pense que c'est un moment important puisque les femmes elles ne connaissent pas du tout le domaine donc **on va les orienter**, puisqu'elles **ont une problématique qu'elles ne connaissent pas**, on va les orienter à ce moment là et puis creuser. »*
- **SF 10** : *« Ah bah oui c'est important oui je pense. Enfin moi c'est ma passion, donc forcément c'est (rires) le chemin que j'ai choisi quelque part. »*

Elles sont d'accord pour exprimer que le sujet est abordable mais certaines y mettent des conditions (manière de procéder, patiente avec qui l'aborder etc). Cela sera détaillé dans les parties suivantes.

Certaines sages-femmes ajoutent qu'il serait possible de l'aborder dans des cas d'infertilité, de parcours de PMA (Procréation Médicalement Assistée), ce qui pourrait faire un lien avec leurs compétences de suivi gynécologique.

- SF 6 : *« On les voit pas les patientes qui sont en période d'infertilité et qui ont des problèmes à avoir des enfants. On sait bien que dans la moitié des situations il y a des blocages psychologiques et que c'est souvent une histoire chargée qu'il y a derrière ; et puis d'un seul coup d'un seul il y a une grossesse qui se met en route ou alors après une 1^{ère} grossesse compliquée il y a une grossesse spontanée un an plus tard qui se met en route. Non, le bon moment ça serait plutôt dans des situations où il y a des blocages justement, par rapport à des grossesses. »*

F) Avec qui l'utiliser ?

La plupart des sages-femmes estiment qu'il est possible d'informer les parents. Elles témoignent qu'elles pourraient expliquer à toutes les femmes le ressenti du fœtus in-utéro, par exemple. Seule la SF 7 précise qu'elle l'utiliserait seulement si la patiente en exprime besoin.

Pour une prise en charge plus complète (travail plus en profondeur sur l'histoire personnelle), beaucoup de sages-femmes rapporte qu'elles n'iraient plus loin seulement dans les cas où la femme en a besoin (difficultés/stress/angoisse) ou en fait la demande. Si ses compétences ne lui permettent pas de l'effectuer, elles adresseraient leurs patientes à une personne qualifiée.

- SF 1 : *« Il faudrait l'aborder **avec toutes les patientes**. Aucune femme enceinte n'a pas d'émotions pendant la grossesse, j'en connais aucune. » « Mais au moins sensibiliser les femmes et le jour où elles sont prêtes, elles vont faire le travail. »*
- SF 2 : *« **D'emblée j'en parlerai à tout le monde**. » « C'est quand la dame, on sent que **ça commence à monter**, c'est à ce moment là **qu'il faut la prendre en charge**. Faut attendre aussi un minimum qu'elle prenne conscience qu'il y a quelque chose qui ne va pas pour qu'elle puisse avancer derrière. » « Mais aussi, ça se voit et on sent qu'elles vont craquer et on en parle à nouveau. »*
- SF 3 : *« **L'information peut toujours être donnée**. »*
- SF 4 : *« Ça pourrait, mais **il faudrait que ça soit une demande je pense**. Plutôt à des femmes qui expriment des choses. Parce que je pense qu'une empreinte émotionnelle positive ne peut amener que quelque chose de positif donc là il n'y a pas besoin. »*

- **SF 8** : « **C'est plutôt des confessions**, pour moi ça commence comme ça et après on creuse. » « Si elles sont prêtes à parler et que **je sens qu'il faut aller plus loin** là je les adresse donc en 2^{ème} entretien avec ma consœur. »
- **SF 9** : « J'ai envie de dire, les patientes qui sont **plus anxieuses**, qui sont plus inquiètes ou qui ont eu des comportements peut être en début de grossesse parce qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes (d'alcool ou de tabac) et qui peuvent s'inquiéter des répercussions que ça peut avoir sur leurs bébés. **C'est souvent plus les mamans qui ont un caractère anxieux qui me demandent souvent** « Est-ce que bébé il le ressent ? (...) » »
- **SF 10** : « Donc euh en tout **cas mettre en conscience** les parents au départ, là oui c'est **fondamental**, j'en parle c'est sur. C'est plus sur **l'après naissance**, si les **parents n'ont pas besoin**, je ne vais **pas forcément** leur en parler. »
- **SF 12** : « Maintenant que tu m'en parles, c'est pas très juste peut-être mais **je n'en parle pas autant à toutes**. (...) Donc **je passe l'info et selon la réaction je vais plus loin ou pas**. Je ne peux pas te dire sur quelle base je m'appuie pour aller plus loin ou pas, c'est du ressenti. J'ouvre des portes et puis je vois ce qu'il y a derrière et selon j'y vais ou pas. »
- **SF 13** : « J'allais dire **moi j'en parle quand ça va pas**, après est-ce qu'il faut en parler tout le temps ? (...). Je dirais de faire un travail **si elles le demandent ou si elles ne sont pas bien** voilà. Mais si elles sont à l'équilibre est-ce que ça ne va pas détruire l'équilibre, leur mettre un coup je ne sais pas... »

Les résultats nous indiquent que les sages-femmes procèdent essentiellement selon leurs ressentis et se basent sur ces derniers pour passer l'information ou argumenter davantage. Il existe une adaptation du professionnel de santé à la patiente qu'il reçoit, puisqu'ils s'adaptent également à la possible demande formulée. Parfois ce n'est pas une question de personnes avec qui l'aborder, mais de professionnel ne se sentant pas apte à l'utiliser, et ne voulant pas se substituer à un psychologue par exemple.

G) Quand l'utiliser ?

→ Quatre sages-femmes ont fait part de la possibilité d'utiliser ces connaissances à tout moment.

- **SF 3** : « Je pense que c'est quelque chose qui **se transmet dans sa manière d'être**, plus que des informations théoriques. C'est-à-dire qu'à partir du moment où le professionnel déjà quand il s'approche du ventre, et quand il parle à la femme, il a conscience qu'il y a deux entités en face de lui. (...) Parce que si on prend une hauteur utérine et que pendant toute la consultation on s'adresse à la maman mais on s'est jamais adressé au bébé, par exemple, que ce soit à travers le toucher (avec un toucher spécifiquement pour le bébé et pas seulement pour le ventre de la maman), ou des paroles pour le bébé (qui ne sont pas spécifiques pour la maman), après on va avoir un discours : il va y avoir une **dissonance cognitive** c'est-à-dire

*qu'on transmet quelque chose dans nos paroles mais dans nos façons de faire on n'a jamais considéré pendant la consultation que ce bébé avait un vécu. Le faire dès le début, et à un moment donné peut être avoir une **séance particulière** où on va en parler.»*

- SF 5: « *En **prépa** surtout. Si je les ai dès **4 mois de grossesse**, bah déjà là. Après ça dépend à quels moments, parce que quand je les ai juste en **PRADO** par exemple, ou des fois juste en **rééduc**. (...) Je vais l'utiliser même en **consultation d'allaitement** parce qu'il y a parfois des blocages d'allaitement qui sont dus aussi à ça. Voilà **je l'utilise tout le temps**, mais le plus précocement possible pour moi c'est le mieux, quand je l'utilise à 4 mois quand elles viennent à l'entretien quoi. »*
- SF 10: « *Bah à **tout moment**, quand je les vois, dans toutes situations : en préparation à la naissance, je fais de la sophro, je leur parle beaucoup du ressenti du bébé in-utéro même si on fait pas de l'hapto. Bien entendu en hapto ça c'est le parcours. Et puis euh en rééducation périnéale, après la naissance, si les parents ont des soucis et ben on aborde aussi les soucis qu'ils peuvent rencontrer. Donc dans ces cas là je les mets aussi en relation avec ce que le bébé peut vivre ou percevoir éventuellement. »*

→ Une sage-femme possède un avis mitigé sur le sujet, elle n'est pas convaincue mais, pour ses patientes, elle reste ouverte à cela.

- SF 7: « *Dans tous les cas de figure, si c'est des choses qui permettent de pouvoir faire que la patiente se sent mieux dans ses baskets grâce à certaines choses, où je ne sais quoi, pourquoi pas, **rien n'est à exclure**. C'est pas parce que c'est pas prouvé scientifiquement de quoi que ce soit qu'il faut l'exclure mais le concept, je pense, peut être bien utilisé mais euh faut se méfier parce que dans ce cas là c'est dans les deux sens. »*

→ Pour les huit autres sages-femmes, la majorité s'accordait à estimer l'abord possible lors de l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois (EPP).

- SF 1: « *Moi ce que j'aimerais bien c'est que l'entretien prénatal de grossesse se passe à 2 mois de grossesse, et pas à 4 mois et demi, que ce soit obligatoire pour tout le monde et **qu'on en parle à tout le monde**. »*
- SF 12: « *À l'entretien je passe l'info, surtout qu'on va en rediscuter pendant les séances. Donc j'en parle plus pendant les séances. J'en parle beaucoup en PRADO parce que j'ai l'impression que pour certaines c'est plus concret quand leur bébé est en face d'elle. »*

Pour en venir à la PNP, sur ces huit sages-femmes, cinq estiment ce moment propice à la diffusion d'informations. Même si certaines soulignent le fait que toutes les femmes ne pratiquent pas de séances de PNP.

Concernant la SF 1, formée à ce thème, elle explique : « Une fois par mois je fais un **atelier sur les empreintes émotionnelles**, où tout le monde ne vient pas, mais **pas mal viennent** et là je raconte l'outil, je mets des mots sur les émotions que je vis quand je suis enceinte, quelles soient positives ou limitantes, et puis on parle à son bébé. Exemple « Voilà je vis le harcèlement au boulot mais ça ne te concerne pas, cette émotion c'est la mienne » ».

A l'inverse, trois sages-femmes affirment difficile l'évocation en PNP. Elles justifient cela par le fait que les cours de PNP sont généralement collectifs et qu'il peut alors être compliqué pour les femmes d'exprimer leurs ressentis devant un groupe.

- **SF 8** : « Lors des cours de PNP **je ne peux pas leur parler d'empreintes** à ce moment là, les empreintes on en parle plutôt en entretien, parce que pour moi les empreintes c'est déjà repéré en catimini, voilà, ça doit être lors d'un entretien, pour moi c'est ça. (...) Par expérience, tout le volet psychologique c'est certainement pas devant d'autres femmes, parce qu'on peut parler de n'importe quoi : d'une fausse couche, d'une mort d'un frère voilà. »
- **SF 9** : « Parce que dans les séances qu'on fait, souvent c'est collectif, donc ça peut me sembler **très compliqué** de discuter finalement euh de chaque crainte que pourrait avoir chaque patiente, **parce que c'est personnel** et qu'elle a pas forcément envie de l'exposer à toutes les personnes. »

Six sages-femmes sur les huit évoquent la rééducation périnéale comme un moment adéquat car les femmes expriment plus volontiers lorsque quelque chose ne va pas. Certaines sages-femmes ont aussi le sentiment qu'il est parfois plus aisé pour les femmes de parler de cela lorsque leur enfant est né. Les choses sont alors plus concrètes.

- **SF 4** : « Après **pendant la rééducation pourquoi pas mais faudrait que spontanément elles nous parlent de quelque chose** qui les a marqué. »
- **SF 12** : « Quand elles viennent avec leur bébé et **qu'on finit par ne pas faire de séance de rééduc** parce qu'elles veulent parler parce que bébé ça ne va pas. »
- **SF 13** : « Parce que c'est vrai que c'est souvent en rééducation du périnée **qu'on va voir qu'elles ne sont pas bien**, qu'il y a un petit souci. »

Les consultations prénatales (CPN) et gynécologiques ne sont pas évoquées comme un moment adéquat selon les sages-femmes interrogées.

- **SF 1** : « En **CPN** ou en **consultation gynéco on n'a pas le temps**. Après sur des situations particulières, moi je reçois les femmes une bonne heure toute seule : il faut prendre le temps. »
- **SF 12** : « Le **suivi de grossesse seul** je trouve ça **compliqué** d'aborder ce genre d'info, parce que j'ai un peu peur si je balance ça comme ça elles vont se focaliser et avoir peur de ressentir certaines choses, culpabiliser alors qu'elles se culpabilisent déjà beaucoup pour beaucoup de choses. »

De plus, sur les treize personnes interrogées, cinq parlent d'effectuer une consultation supplémentaire, au besoin, pour avoir du temps si une problématique se pose.

Pour finir, la SF 2 insiste sur le fait que l'exercice libéral permettrait de mieux traiter ce sujet : *« En consultation à l'hôpital c'est compliqué, on n'a pas forcément le temps. En libéral, l'intérêt c'est que les dames de toute façon on va les suivre et il y a une vraie relation de confiance qui va se créer et elles vont se permettre et s'autoriser à lâcher prise. Elles savent qu'elles sont écoutées, qu'elles sont toutes seules dans la salle et qu'on peut prendre le temps. Donc elle sont plus à même de pouvoir se confier. »*

H) Comment l'utiliser ?

Beaucoup de sages-femmes font part de l'idée d'expliquer aux couples l'apport possible de la communication avec leur futur enfant.

- SF 1 : *« Voilà je voulais vous dire que les **émotions se transmettent au bébé**, qu'il suffit de **raconter pour quelles se déprogramment** »*
- SF 2 : *« Je dis toujours : restez dans **la communication**, qu'elle soit **verbale ou intérieure**. »*
- SF 3 : *« Que **le bébé oui il sent tout**. Mais en même temps c'est la vie. Effectivement on souhaiterait le mettre dans un petit cocon pour l'empêcher de vivre les choses. Mais pour lui c'est aussi le **moment de l'expérimentation**, que ce soit l'angoisse de sa maman, mais aussi le bien-être de sa maman comme de son papa. (...) Le fait d'en **avoir conscience**, on a peur de, donc on est dans un **mode protecteur** où en général il va y avoir des **paroles autour**. Dire « voilà maman va pas très bien mais t'inquiètes pas papa prend soin d'elle, c'est pas ta responsabilité » Comme on fait avec un enfant finalement. »*
- SF 5 : *« Je leur explique pendant les cours de prépa, l'importance de la **communication** avec le bébé, de leur **expliquer** les émotions qu'on ressent, ça on le fait et du coup je fais une séance de sophro la dessus. Je leur explique l'intérêt et puis je leur explique les empreintes émotionnelles ; que le stress, les grosses émotions vont s'imprimer, que si on les explique pas bah voilà. **Je leur explique en gros le principe des empreintes émotionnelles**, en cours collectif, à la 1^{ère} séance. (...). Et après à la dernière séance, je refais pour leur expliquer l'importance aussi de **raconter l'accouchement** à l'enfant dans les émotions ressenties « il s'est passé ça » ou « j'ai eu peur pour toi » et voilà. C'est déjà pas mal. »*
- SF 8 : *« Je dis bien au couple qu'il faut **parler** à son bébé, je dis au papa de parler à son bébé, pourquoi pas aussi inviter les aînés à parler au bébé aussi. »*
- SF 9 : *« Donc en tant que professionnelle j'ai plus tendance à dire : l'important c'est que vous **dialoguez** avec votre bébé, que vous lui **expliquez** que si vous êtes inquiète c'est pas du tout du fait de sa présence. (...) Parce que si on est de caractère anxieux on tourne un peu en boucle, de se dire « Ah je suis anxieuse, donc ça va*

*rendre mon bébé anxieux donc je suis encore plus anxieuse et c'est de ma faute et je culpabilise ». Et **donc essayez de couper un peu ça de la culpabilisation.***»

- **SF 10:** « Les parents doivent **parler** au bébé, lui **expliquer** les émotions qui peuvent éventuellement être ressenties par la maman parce que le bébé les ressent directement, ils sont en symbioses. Il ressent aussi les émotions de son père. Et donc l'idée c'est qu'en mettant des mots dessus, en disant au bébé « t'es pas responsable de ce que je ressens, c'est pas toi qui porte cette responsabilité là » parce que souvent l'enfant prend pour lui cette **responsabilité**. Et bien souvent ça l'apaise. »
- **SF 12:** « Certaines qui disent « ah bah de toute façon il m'entend pas », A moi de rebondir et de dire bah si **il vous entend même si il ne comprend pas forcément ce que vous dites**, de toute façon on ne sait pas après la naissance à partir de quel âge ils comprennent exactement les choses donc on ne peut pas se dire je ne lui parle pas jusqu'à tel âge et puis d'un coup du jour au lendemain je vais lui parler: il faut le faire dès le début. »

Les sages-femmes insistent sur les précautions liées à cette utilisation, notamment en lien avec une possible culpabilité que peut ressentir la femme enceinte.

- **SF 3:** « La maman qui va vraiment très mal et qui **prend conscience** de ça, c'est important parce que ça va permettre de **libérer des choses au niveau transgénérationnel** pour son enfant mais toujours est il que **c'est compliqué** à ce moment là de prendre conscience de ça. Et ça demande **d'être accompagné**, de la rassurer dans sa capacité à être mère, et lui montrer toujours « Ok mais regarde ton bébé il va bien, il grandit bien ; il te dit qu'il va bien. Ok tu vas pas bien toi mais en même temps ton bébé il est toujours là, il est resté là, il grandit ; regarde il bouge, il te dit que t'es une mère suffisamment bonne pour lui puisqu'il a décidé de rester et il continue a grandir en toi ». Donc je trouve que **l'information** c'est toujours bon, plus on est informé mieux c'est, mais surement **pas suffisant**. »
- **SF 4:** « Les patientes qui expriment des choses, qui ont vécu des choses difficiles ou qui ont eu une grossesse pas facile : je pense que là on peut le dépister et en parler à ce moment là, **en essayant de ne pas être culpabilisante**. »
- **SF 11:** « Alors je fais attention à ça moi, parce que c'est vrai c'est juste mais en même temps on passe des messages et en même temps elles savent bien **que les bébés c'est des éponges émotionnelles**, elles savent bien tout ça. Il faut toujours faire attention on est toujours sur un fil. En fait je trouve qu'**on est toujours sur un fil de ne pas culpabiliser** roh parce que ça c'est compliqué. »

Certaines sages-femmes travaillent avec la mère sur son histoire personnelle. Cela permet à la patiente de déprogrammer ses croyances personnelles et évite ainsi de les transmettre.

- **SF 1:** « Soit avec des mamans enceintes qui sont en prépa et qui d'un coup ont très peur d'accoucher, et là on détricote l'histoire à partir de leurs propres naissances et on trouve très souvent des choses. »

I) Réactions et changements observés concernant les couples et leurs enfants

Les sages-femmes qui utilisent les bases de ce principe observent des changements plutôt positifs, que cela soit au niveau des parents ou des nouveau-nés. Elles emploient les termes : « révolution », « plaisir », « captivant », « sereins », « ressource », « surprise ». Même s'il faut noter que pour certaines femmes enceintes il est compliqué de rendre cela concret.

- **SF 1** : « **Des mamans beaucoup plus sereines et des bébés surtout, (...) qui n'ont plus tout ce bagage transgénérationnel.** »
- **SF 3** : « *Et on voit bien que l'accompagnement psycho-affectif pendant la grossesse et la naissance est **primordiale** pour le bébé.* », en parlant de l'haptonomie. Concernant les couples, « *Eux-mêmes le disent c'est une **révolution**. Après alors soit la maman avait déjà l'intuition et c'est juste une confirmation, pour les papas aussi ça peut être juste une confirmation. Pour d'autres, c'est un monde qui s'ouvre. Ou bien ils ne pensaient pas que c'était autant que cela.* »
- **SF 8** : « *Ben **c'est captivant**. (...) C'est sur qu'on peut être amené à essayer de convaincre certaines femmes qui sont plus rationnelles, qui veulent comprendre, chez qui 1+1=2. Et ces femmes ben c'est par des exemples concrets, par aussi des exemples concrets qu'on donnerait nous mais aussi autour d'elle des expériences, comme on commence à en parler.* »
- **SF 10** : « *Ben, **généralement, c'est des réactions très positives** parce que je pense qu'intuitivement elles sentent bien leur enfant, et elles sentent souvent que c'est tout à fait juste, c'est un peu le langage du cœur quoi quelque part. C'est écouter l'enfant avec le cœur, ce n'est pas écouter l'enfant avec la tête et avec le mental, c'est l'écouter avec le cœur et la fibre de leur humanité qu'elles ont en elles. Donc souvent c'est des **regards de surprise** mais aussi, **ça les rassure beaucoup de savoir qu'elles ont la compétence de pouvoir aider leur bébé**, de pouvoir leur parler, de pouvoir les accompagner. C'est vraiment quelque chose de l'ordre de la ressource. »
« *Une **prise de conscience des parents** en se disant que la naissance ben c'était pas facile pour le bébé ; ils n'avaient pas conscience que le bébé vivait autant de chose et puis tout d'un coup « oh ben », ils sont un peu sidérés.* »*
- **SF 12** : « *Il y en a **beaucoup qui sont surprises** parce qu'elles pensent que le bébé dans le ventre il est dans sa bulle et il est coupé de tout et qu'il ressent rien. (...) Il y en a quand je leur en parle elles me disent oui, par exemple sur la musique, elles me disent il entend la musique. **Elles ont un éclair de lucidité comme si elles n'y avaient jamais pensé jusque avant** : « ah bah oui quand je mets certaines musiques, il bouge plus comme s'il était content ». Et je leur dis ; oui vous voyez il y a une interaction possible. **Elles le remarquent un peu**. Mais j'ai l'impression que pour certaines si on ne leur dit pas clairement elles n'y font pas trop attention. »*

J) Changements personnel et professionnel pour la sage-femme

Les sages-femmes remarquent qu'elles ont changé leur manière de prendre en charge leurs patientes, dans leur façon d'interpréter une plainte exprimée mais également dans la réponse apportée.

- SF 2 : « **Avant**, quand on est pas au courant, **on prête pas forcément attention à cela**. Même s'il y a des petits éléments qui restent dans l'observation, mais on sait pas trop si effectivement il y a un vrai impact. **Après**, quand on comprend un peu les choses, on met ça en pratique et **on voit des vrais résultats** au niveau de la prise en charge du bébé et c'est évident, même pour la maman. Et **personnellement**, c'est **très enrichissant**. »
- SF 5 : « **J'ai changé mon écoute** en fait, ça n'a plus rien à voir. C'est à dire qu'avant, une femme qui venait en me disant « J'ai peur d'accoucher » par exemple, je lui demandais de quoi elle avait peur. Elle me disait : de l'épisio, de la ventouse, du forceps etc. J'avais tendance à lui répondre « Vous inquiétez pas, pendant les cours on va vous expliquer, on va voir en long en large et en travers etc ». Et là c'est plus du tout la même chose, **je vais essayer d'aller chercher d'où vient cette peur**. De toute façon je me suis bien rendue compte qu'en leur expliquant l'accouchement, même en montrant des films, ça ne calmait pas leurs peurs. La peur elle était beaucoup plus profonde. **Ce n'était pas une peur de l'inconnu, c'était plus une réaction émotionnelle**. (...) Même écouter les gens d'une façon différente, et surtout tout ce qui est lié à la naissance, aux soins du bébé et tout ça a forcément une résonance sur leur propre naissance ou leur propre passé. (...) On arrive à déprogrammer des peurs, enfin à notre niveau, tranquillement, on arrive à les rendre beaucoup plus sereines avec cette approche là. »
- SF 8 : « **Je suis plus à l'écoute**, je m'oriente plus, par l'intermédiaire de la formation, dans des **questions clés**. »
- SF 11 : « Bah c'est une **évolution** pour moi je pense j'ai l'impression. Une évolution de... Dans ma pratique oui si si oui quand même j'ai évolué. J'ai forcément évolué. »

K) Informations destinées aux professionnels et étudiants

Beaucoup de sages-femmes ont exprimé possible l'abord des empreintes émotionnelles aux professionnels et étudiants sages-femmes. Concernant les étudiants, quelques sages-femmes ont rapporté que le programme étant vaste, cela pourrait être compliqué.

Ce qui ressortait était qu'une annonce brève du sujet pouvait être réalisée, avec plus ou moins un apprentissage au repérage de situations difficiles et savoir à qui orienter.

Aussi, sur demande des professionnels/étudiants, des formations pourraient être proposées, pour une utilisation plus complète. Certaines sages-femmes ont expliqué qu'il serait judicieux que d'autres professionnels, en lien avec les sages-femmes, soient informés.

- **SF 1 :** « Bien-sur on pourrait **sensibiliser les sages-femmes, mais aussi les puéricultrices, les auxiliaires de vie etc, idéalement.** »
- **SF 3 :** « Après **si c'est du référencement**, il n'y a **pas forcément besoin d'avoir la connaissance**. Donc ça peut être **avoir des petits clignotants** comme on dit et puis avoir des questions types du genre « Comment s'est passé votre naissance ? ». Il y a des énormes clignotants (né sous X, mère décédée à la naissance) après toutes les choses plus subtiles on les aura pas forcément. (...). Après au delà, il faut voir le temps qu'on a. »
« **C'est informer les professionnels**, qu'ils en aient conscience (petits clignotants) et après orienter vers les personnes qui sont en capacité, si eux ne sont pas en capacité ou n'ont pas le temps. Informer les professionnels, **c'est la 1^{ère} étape**, avec des **formations** mais aussi des formations de base dans les écoles de sages-femmes. »
- **SF 5 :** « Il faudrait **au moins faire passer l'information dans les écoles**, que toutes les sages-femmes devraient connaître ça. (...) Nous en France, on est beaucoup trop technique, dans les études on est des techniciennes et on nous apprend pas ces outils qui vont parfois débloquer des situations sans que la technique intervienne. (...) Alors bien sur il ne faut pas tout mettre sur le dos du psy. Mais faut des fois savoir ouvrir un peu, pour dans certains cas aller chercher d'autres questions qui ne sont pas forcément du technique, ou de la mécanique. **Et je pense que c'est bien d'avoir cette ouverture d'esprit**, sans oublier l'autre versant. »
« Pour pouvoir mettre en pratique cet outil là, il faut déjà tout avoir fait un travail sur soi déjà parce que forcément ça nous atteint aussi. Et une fois qu'on a compris, pour nous comment ça fonctionnait et qu'on est capable de l'utiliser. »
« **Passer l'information ça me paraît bien, par contre utiliser l'outil sans faire la formation ça me paraît dangereux.** »
- **SF 8 :** « Oui, malheureusement les **formations** sur les empreintes émotionnelles ne sont **pas encore assez connues**. Et euh **je pense que ce serait indispensable**, pour moi, qu'il y ait au moins une annonce que ça existe et quels sont les outils qu'on peut utiliser pour venir en aide à ces femmes puisqu'il y a un problème, il y a une problématique. »
- **SF 9 :** . « Ouais, c'est important, mais **ça doit venir d'une démarche personnelle de chaque professionnel**. (...) Et peut être que les empreintes émotionnelles bah ça peut être aussi très fort, et parfois un peu violent je pense pour la personne qui se forme au démarrage. Parce que pour pouvoir accompagner les gens il faut déjà se comprendre soi-même et donc c'est, je pense, un **travail d'introspection** qui doit être très intense. **Donc faut se sentir prêt à le faire sur soi-même pour ensuite accompagner les patientes.** »
- **SF 10 :** « Ah oui, **je pense que ce serait un très bel accompagnement** de ce fait, pour les bébés, pour les mamans, pour les couples, de les mettre dans cette résonance là. Et puis ça pourrait faire une société aussi différente, plus respectueuse de chacun. Déjà respectueuse de soi, c'est important. (...) Donc déjà si on prend soin de soi, on arrive à prendre soin des autres, on arrive à être dans cette empathie vis-

à-vis des autres. Donc je pense que oui, ça pourrait être tellement nourrissant pour chaque être en devenir mais aussi chaque individu aussi. »

- **SF 12** : « Oui parce que si certains n'ont pas la chance entre guillemets de discuter avec d'autres personnes et de s'en rendre compte je pense que **c'est important que tout le monde soit au courant**. Mais il y a tellement de choses qu'il faudrait aborder pendant les études. »

L) Exemples de cas

SF 1 : « L'histoire d'un **bébé qui hurlait dans les bras des étrangers**. Effectivement, sa maman avait appris, quand elle avait 19 ans, qu'elle était issue d'une **FIV** avec **donneur inconnu**. Et ce bébé **portait l'empreinte de la grand-mère**. A savoir : merci la médecine de m'avoir permise d'être enceinte mais aussi ce donneur peut-être qu'il est moche, peut-être qu'il est bête, peut-être autre chose. Et donc l'étranger potentiellement peut être dangereux. Et ça s'est transmis, non pas à sa fille. **On explique au bébé**, « voilà l'émotion que ta maman a porté de ta grand-mère ; tu peux rendre cette émotion aux générations, tu n'es pas concerné par ça ». Trois jours après, le bébé n'avait plus peur. »

SF 2 : « Notamment là j'avais une maman qui attendait un bébé porteur d'un méningocèle, elle était **excessivement stressée** forcément par rapport à la pathologie de son bébé. Je lui ai bien dit « parlez-en ». Et au final, **elle en a bien parlé, et son bébé est particulièrement calme et serein**. A l'inverse, j'ai eu une patiente qui **a eu des difficultés** autour de la grossesse et qui n'a strictement **pas parlé à son bébé** et là pour le coup on se rend compte que le **bébé pleure H24** et clairement c'est ni des problèmes de coliques, ni des problèmes de reflux. Je lui en ai parlé. Et comme par hasard, la consultation suivante la maman me dit « écoutez j'en ai parlé à mon bébé et maintenant il ne pleure plus ». On voit vraiment en pratique que ça sert. »

SF 5 : « C'est une **patiente** qui venait **en rééducation**, que je ne connaissais pas d'avant, elle **a une petite fille de 3 mois et un grand garçon de 7 ans**. Donc elle arrive avec sa petite de 3 mois, et **la petite** me voit et hurle, donc **très très en colère**, raidie, les yeux en colère. Impossible de la mettre dans le transat, impossible de la mettre nulle part. (...) La fois d'après, elle revient, avec cette petite toujours aussi en colère, qui dans les bras de sa maman ne dit rien mais qui, dès qu'elle voit un étranger, se met dans des colères pas possible. Donc je dis à la maman que ça va être compliqué de faire les séances, je lui demande si elle peut la confier à quelqu'un.

Elle me dit que c'est impossible car elle veut voir personne et qu'elle ne peut même pas la confier à sa mère, c'est d'ailleurs catastrophique, même avec son papa c'est limite. Donc à part la garder sur elle, c'est pas possible. Et elle dit, ce qui me contrarie le plus c'est qu'elle est encore plus en colère quand elle voit son grand frère, elle hurle, des spasmes, du sanglot. Elle dit je suis très contrariée parce que mon grand garçon qui me réclamait une petite sœur depuis longtemps, voilà... Je lui dis oui c'est bizarre parce que souvent les enfants ils sont interactifs et tout ça.

Elle s'en va, et je réfléchis à cette histoire. Je me dis c'est quand même un peu bizarre ce comportement. Elle revient, et donc je lui dis que j'ai repensé à son histoire. Et je lui demande si elle a un frère. Elle me dit **oui j'ai un grand frère et là elle fond en larmes**. Je demande ce qui se passe, elle est inconsolable.

Elle me dit : en fait **quand j'étais enceinte, de cette petite, mon frère est décédé brutalement et on m'a empêché de faire le deuil**, on a voulu me protéger, sous prétexte que j'étais enceinte je n'avais pas le droit d'être triste du coup je n'ai pas pu vivre le deuil mais c'est une catastrophe. Et elle me regarde et elle me dit « **Il y a un rapport avec ma fille ?** ». Je lui dis « Vous en pensez quoi ? » Elle me regarde et elle dit « c'est pour ça qu'elle n'aime pas son frère ? » Je lui dis « vous avez ressenti quoi pour votre frère vous ? » Elle dit « je suis en colère, très en colère de pas avoir fait le deuil, très en colère contre mon frère parce qu'on n'a pas à mourir quand je suis enceinte ».

Elle disait toujours le mot très en colère. Et je lui dis « là votre fille elle est... ? » Elle me dit « très en colère ». **Et toute seule elle a fait le lien.**

Elle dit : ma fille c'est ma colère qu'elle est en train de... Je lui dis « peut être, vous vous êtes peut être dit inconsciemment : n'aime pas ton frère puisque toute façon il va mourir ». Et elle me dit « c'est carrément ça » donc je lui ai expliqué que sa fille avait ressenti ça. Et **quand je lui parlais c'était évident pour elle**. Et la petite, dès qu'on a commencé à parler de la colère, du deuil, du frère qui était décédé, elle s'est tue. **Elle nous a écouté.**

Une fois qu'elle a compris ça, je lui ai dit : vous allez rentrer chez vous et déjà vous allez expliquer à votre grand garçon que si sa sœur est en colère contre lui, ce n'est pas de sa faute, déjà ça va lui faire du bien et vous allez expliquer pourquoi.

Donc elle a expliqué ça au garçon qui était plus que soulagé. Et je dis après il faudra **l'expliquer à votre fille**, elle l'a déjà entendu mais faudra le réexpliquer. Ca, ça a été **plus difficile parce qu'il fallait qu'elle vive le deuil**. Mais elle l'a fait un peu plus tard.

Et la plus grande victoire, 1 mois et demi après, **à la visite de contrôle** elle est venue avec ses enfants et **c'était son fils aîné qui s'occupait de sa petite sœur** qui riait aux éclats devant son frère.

C'est un exemple parlant de l'émotion que la petite avait absorbé de sa mère, **la colère qu'elle était entrain de ressortir à chaque fois qu'elle voyait un étranger** ; et comment ça s'est réglé en expliquant et en revenant sur les émotions de la mère, qu'elle avait ressenti, et que la petite ré exprimait.

C'est un exemple assez caractéristique qui s'est résolu en 3 mois. C'est devenu plus vivable. Et notamment la maman de cette femme qui avait voulu préserver sa fille, donc la petite était très en colère contre la grand mère, c'était évident. »

SF 8 : « C'est plus des **femmes hyper inquiètes**, sans savoir à quoi c'est du, la grossesse se passe bien, il n'y pas de facteurs de risque, on sent qu'il se passe quelque chose, ça remonte certainement à une génération au dessus ou encore au dessus, et donc voilà, les quelques femmes que j'ai envoyé à ma consoeur c'est plus ce genre de femmes. »

SF 11 : « Il y a **des femmes qui ont été transférées en réa** par exemple et la petite était séparée de sa mère. **Donc le bébé ça lui a fait peur pour elle**. Et un jour elle me dit un peu de façon agressive « mais on peut s'attacher à quelqu'un d'autre qu'à sa mère tout de suite ». Oui bien sûr heureusement. Elle me dit « mon papa a été très présent quand ma mère était en réa ». Je lui dis « c'est super très bien, bien-sûr, évidemment, heureusement, le bébé il en a besoin aussi ». Et elle me dit 1h après « de toute façon moi je m'entends pas du tout avec ma mère ». J'ai rien dit j'ai laissé il faut qu'elle travaille, chacune sa route, on ne sait pas à qui on a affaire, je ne sais pas où elle en est. Mais je me dis elle a très certainement compris qu'il y avait un truc. Donc du coup elle, elle fait de l'asthme par exemple, elle sait pas respirer et ça j'en ai beaucoup de rapports comme ça à la mort. Que ça soit pour les enfants, pour le nouveau-né ou pour elle-même ou par rapport à sa mère dans le ventre en fait c'est dans la **pulsion de mort** »

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

I. Points faibles – points forts – biais

A) Points faibles

Le sujet traité n'étant pas une science exacte, les avis le concernant sont mitigés. Ainsi, réaliser une étude sur celui-ci n'est pas aisé. Notamment par manque d'études scientifiques et par manque de reproductibilité des faits. Cela a fait de cette étude un point qu'on peut juger faible car il n'existe pas de réelles « règles » le concernant, qui expliqueraient toutes les situations. Aussi, notre échantillon de treize sages-femmes libérales n'est pas représentatif de cette population de part son faible effectif.

B) Points forts

Le point fort de ce travail est la réalisation de la formation sur les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance, dispensée par Lucienne Bouttier. Elle a permis d'acquérir plus de connaissances sur le sujet mais également de rencontrer diverses personnes se formant, ayant toutes des avis sur le sujet et des expériences personnelles ou professionnelles à partager. Ainsi cela rendait ce thème plus vivant et plus explicite.

C) Biais

On peut noter un biais de sélection car les sages-femmes ont tout d'abord été sélectionnées selon leurs possibles sensibilités à ce sujet, grâce au bouche à oreilles. Dans un deuxième temps, nous avons effectué une sélection plus représentative en choisissant au hasard les sages-femmes sur le site du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes. Ainsi, notre échantillon de treize personnes n'est pas forcément représentatif de la population générale. Sans avoir contacté les sages-femmes par bouche à oreilles, nous aurions peut-être rencontré plus de sages-femmes qui ne connaissaient pas ce le sujet.

Il existe également des biais quant à la réalisation des entretiens. On remarque que les premiers entretiens sont parfois plus courts. On peut se dire qu'il existe un biais quant à la relance effectuée lors des entretiens. Et donc que les sages-femmes des derniers entretiens ont été plus sollicitées à la parole.

L'anonymat ne permet pas de faire part des lieux d'exercice des sages-femmes et peut ainsi constituer un biais, si nous partons du principe qu'il existe des sages-femmes plus susceptibles de connaître ce sujet du fait de leur lieux d'exercice.

II. Analyse et Discussion

A) 1^{ère} hypothèse

Le sujet n'est pas connu par le professionnel de santé, ou n'est pas connu sous cette appellation.

Dans la population étudiée, cinq sages-femmes ne savaient pas, au premier abord, ce que l'intitulé de l'étude évoquait. Elles étaient demandeuses d'informations supplémentaires venant confirmer ou infirmer ce qu'elles imaginaient. En effet, plusieurs se questionnaient sur les empreintes émotionnelles annoncées : étaient-elles en lien avec la mère ou le futur enfant ? C'est là que des informations étaient données, expliquant que les deux sujets étaient impliqués et qu'un travail pouvait être réalisé des deux côtés.

Enfin, toutes les sages-femmes avaient des notions sur le sujet, que ce soit spontanément ou suite à des explications fournies. L'origine de ces dernières était variée : que ce soit par expérimentation, par bouche à oreilles ou par des formations. Leurs connaissances étaient plus au moins approfondies et exactes.

On donc peut dire que la totalité des sages-femmes rencontrées percevait ce que le sujet exprimait, simplement elles ne le connaissaient pas toutes sous le nom « d'empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ». Cela peut s'expliquer par le fait que ce sujet soit encore très peu connu dans grand public, même s'il n'est pas nouveau, il reste marginal.

B) 2^{ème} hypothèse

Le sujet est connu mais vu comme « sans intérêt » par le professionnel de santé qui n'observe pas de résultats, par exemple.

Concernant cet axe de recherche, une sage-femme avait notion de ce sujet mais n'était pas en accord avec celui-ci, par manque de conviction personnelle. Elle estimait sa pratique professionnelle, notamment d'orthogénie, non compatible avec ces notions.

Elle explique : « *Moi je suis un peu cartésienne et très evidence based medicine, fin j'ai eu mon enseignement sur cette base là donc j'ai un peu de mal avec les choses qu'on ne peut pas prouver avec une étude prospective, en double aveugle, enfin j'exagère mais fin par des méthodes scientifiques fiables. Après je ne suis pas non plus fermée, je pense comme la plupart des sages-femmes, à d'autres choses. Mais c'est un peu un concept qui me gêne aussi dans le sens où bah déjà dans l'orthogénie ça voudrait dire : réellement on tue un être humain dès la conception, ce qui n'est absolument pas du tout mon point de vue. Euh déjà ça, ça me gêne, du point de vue orthogénique c'est hyper culpabilisant et pas souhaitable de dire ce genre de chose. »*

Elle ne voit pas cela comme « sans intérêt », puisqu'elle exprime qu'elle serait prête à en discuter si la patiente en formule la demande, cependant ce n'est pas un sujet avec

lequel elle est en accord : « *Dans tous les cas de figure, si c'est des choses qui permettent de pouvoir faire que la patiente se sent mieux dans ses baskets grâce à certaines choses, où je ne sais quoi, pourquoi pas, rien n'est à exclure.* »

Plus de preuves scientifiques lui aurait également permis de rendre cela plus envisageable. On peut faire un lien avec certaines études menées sur les conséquences du stress maternel pendant la grossesse. (28 à 32)

Après avoir réalisé les entretiens, nous avons remarqué que ce manque de preuves scientifiques et le manque de connaissances de la population générale vis à vis de ce sujet pouvait gêner certaines personnes.

C'est ainsi que l'exprime la SF 5 : « *Après c'est des notions très nouvelles, pas encore reconnues par les psychanalystes, pas encore passées dans les mœurs : ça y arrive puisqu'on a des preuves scientifiques maintenant mais voilà il faut du concret parce que nous en France, il faut des preuves scientifiques pour passer des messages sinon c'est souvent pris pour du charlatanisme ou de la sorcellerie, alors que ça n'en est pas.* »

Effectivement, on rejoint l'idée que les avis sont très controversés et très variés sur ce sujet, puisqu'il est récent, peu évoqué et développé, autant dans la formation de sage-femme que dans la population générale.

Des formations de base permettraient de transmettre des notions sur le sujet pour harmoniser sa définition ainsi que son utilité. Leurs buts ne seraient pas de convaincre les personnes réticentes, mais simplement de leur donner accès à la meilleure information pour qu'ils aient un avis éclairé.

C) 3^{ème} hypothèse

Le sujet est connu mais vu comme « difficilement abordable en pratique » par le professionnel de santé (par exemple par manque de temps, manque de connaissances / formations, patientèle réticente etc).

La notion de difficulté d'abord a souvent été soulevée, pour diverses raisons.

1. Par rapport aux professionnels

La difficulté exprimée est en lien avec les professionnels de santé qui ne connaissent pas comment l'aborder en pratique, puisqu'ils ne possèdent pas d'informations sur ce sujet. La problématique concerne les termes à choisir en pratique, les moments, les personnes à solliciter en cas de besoin etc. Dans ce sens, toutes les sages-femmes ont jugé nécessaire une information aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants. En sachant que ce sujet existe, ils pourraient l'aborder avec leurs patientes s'ils le désirent. Aussi, les professionnels intéressés pourraient alors avoir accès à des formations. Effectivement, beaucoup de sages-femmes ont insisté sur le fait que la démarche de formation doive venir du professionnel de santé.

Il faut cependant noter que le programme d'étude étant chargé, il serait parfois compliqué d'aménager les plannings pour les étudiants. Néanmoins, la SF 1 a à cœur de

réaliser une information dans les écoles de sages-femmes de France : « *Moi j'ai le projet, à grande échelle aujourd'hui, d'aller sensibiliser toutes les sages-femmes dans toutes les écoles pour qu'elles sachent orienter vers des personnes qui travaillent là dessus.* »

La formation serait plutôt réservée aux personnes désirant se spécialiser et régler des problématiques d'empreintes émotionnelles (pour la mère ou le nouveau-né). Alors que l'information permettrait d'expliquer aux couples en quoi cela consiste, de repérer éventuellement une situation à risque et de savoir vers qui orienter. C'est là le cœur de la profession de sage-femme de diagnostiquer des problématiques et de travailler en équipe pluridisciplinaire pour accompagner globalement les couples. Par exemple, la sage-femme pourrait être amenée à faire appel au psychologue si elle remarque une faille que la grossesse va creuser. Le rôle de la sage-femme étant d'accompagner la femme et de l'aider à se connaître et à se comprendre.

Ce sujet concerne tout être, même les professionnels de santé, puisque tous nous possédons nos propres empreintes émotionnelles. C'est pourquoi l'information peut être intéressante, car le sachant, le professionnel de santé pourrait vouloir travailler son histoire personnelle, et/ou adapter sa pratique professionnelle en ce sens.

La SF 8, formée aux empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance, n'utilise pas ce qu'elle a appris en formation car elle estime devoir davantage cheminer sur son histoire personnelle. Elle exprime : « *Parce que je pense qu'il faut faire un travail sur soi, et pour moi, il n'est pas encore fini. Je me questionne encore beaucoup, je ne peux pas me lancer dans les entretiens sur les empreintes émotionnelles si je ne suis pas au point sur mon histoire.* »

Certaines sages-femmes ont fait des comparaisons avec d'autres formations comme l'haptonomie ou la sophrologie, en disant que les travaux personnels à réaliser préalablement (pour le professionnel se formant) sont parfois éprouvants. Cela démontre donc l'importance de l'accompagnement, que ce soit lors de la formation du professionnel qui travaille son histoire, ou pour la femme-enceinte à qui on explique ce sujet. Une formation à l'accompagnement est donc primordiale, notamment pendant la grossesse où les émotions sont exacerbées.

On remarque que ce qui importe est la motivation du professionnel à se former, et son travail en amont pour être apte à prendre en charge les couples. C'est ainsi que le transmet la SF 9 : « *Ouais, c'est important, mais ça doit venir d'une démarche personnelle de chaque professionnel. (...) Donc faut se sentir prêt à le faire sur soi-même pour ensuite accompagner les patientes.* »

Par ailleurs, les sages-femmes exprimaient l'idée que d'autres professionnels de santé pourraient bénéficier d'une formation dans une démarche de prise en charge globale parents-enfant(s). Elle permettrait de renforcer l'interdisciplinarité, en lien avec les compétences transversales des sages-femmes citées dans le Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes. Ce dernier parle de : « *stratégies de partage des connaissances avec ses pairs et les autres professionnels dans le domaine de la périnatalité* ». (16, p 29) Les formations pourraient concerner les médecins généralistes, les puéricultrices, les gynécologues-obstétriciens, les auxiliaires de puériculture et toutes les personnes qui prennent en charge la patiente.

Les sages-femmes ont insistés sur leur souhait de respecter leurs compétences. En effet, si celles-ci ne leur permettent pas de l'aborder en pratique, elles expriment pouvoir diagnostiquer des situations particulières et orienter vers un professionnel adapté, pour ne pas se substituer à leurs champs de compétences.

2. Par rapport à la patientèle

Parfois c'est ce que les notions évoquées pouvaient engendrer chez la patiente qui effrayait les sages-femmes. Plusieurs ont fait part de leurs inquiétudes quant à la manière d'utiliser cet outil. Elles parlaient de « culpabilité », de « stress » que cela pourrait induire, et en particulier chez des patientes déjà angoissées auparavant.

Ces sages-femmes ont alors fait part des précautions qu'il serait nécessaire de prendre. Elles passent, pour la majorité, par une formation concernant les professionnels de santé (cf paragraphe précédent). Elle permettrait d'employer les termes adaptés, de choisir les moments adéquats et ainsi de ne pas générer de mal-être ou de stress supplémentaire.

Beaucoup de sages-femmes ont exprimé qu'il était possible d'informer les femmes ; cependant il faudrait rester à l'écoute et ne pas imposer quelque chose qui ne leur conviendrait pas. Le Référentiel Métier et Compétences explique, dans la partie concernant les compétences transversales de la sage-femme : « *Intervenir, dans toutes les actions professionnelles, dans l'intérêt des femmes et des enfants quel que soit le contexte de soins* » (21, p 28). Comme pour les sages-femmes, les avis sont variés, il est alors important de s'adapter aux avis et ressentis des personnes reçues en consultation. C'est ce que le référentiel expose : « *En recherchant les pratiques les plus optimales pour répondre aux besoins de la femme et/ou du couple, et du nourrisson* » (21, p 29).

Aussi, face à des patientes pour qui cela n'est pas concret, il serait parfois difficile de travailler dans cette direction. C'est pourquoi certaines sages-femmes expliquent qu'elles pourraient leur donner des exemples concrets pour rendre les choses plus réelles et compréhensibles.

En outre, la relation de confiance doit être instaurée entre le professionnel de santé et la femme pour que puissent émerger les possibles complications. C'est parfois ce qui pose problème, quand il est compliqué d'obtenir le ressenti ou les histoires personnelles des familles ou que le temps manque.

En ce sens, la SF 6 transmet : « *Même si elles l'ont déjà fait à l'hôpital ou chez leur gynéco, moi des fois je pose des questions et elles l'ont jamais dit [en parlant de complications] parce que la question elle a pas été formulée de la même façon ou qu'ici elles se sentent un petit plus libres de le dire qu'ailleurs, ou alors la fameuse fin de l'entretien où on se lève et elle fait « Au fait, il y a ça... » et là on se rassoit et on est reparti, parce que ben c'était justement le gros morceau qu'il fallait sortir.* »

On peut faire le lien avec ce qu'exprime Françoise Molénat (pédopsychiatre) dans **Accompagnement et alliance en cours de grossesse** : « *Ouvrir le dialogue dès le début de la grossesse, s'intéresser à la globalité de la situation vécue par la famille : l'idée est simple mais sa réalisation beaucoup moins. (...) D'autant que cette parole n'émerge pas spontanément, mais nécessite un climat particulier de disponibilité avec un professionnel*

soignant, médecin ou sage-femme. D'où un malentendu : « Mais nous écoutons les femmes enceintes. » Certes, mais osent-elles parler ? Bien plus, le malaise peut-il émerger et se dire dans un contexte médical cadré pour veiller à la sécurité somatique ? Les futures mères disent, après-coup, la sensation particulière qu'elles éprouvent à sentir cette disponibilité dans une durée suffisante. » (27, p33-34)

Même si les sages-femmes ont parfois fait part des difficultés à aborder ce sujet, on peut observer qu'elles ont toute exprimé leur bienveillance face à la patiente, et leur envie de les accompagner de la meilleure façon possible. De plus, étant présentes à de nombreux moments de la vie des femmes (suivi gynécologique, suivi de grossesse, naissance et après-naissance), elles sont un acteur principal de leur suivi.

3. Par soucis logistique

D'autres fois, c'est le manque de temps qui a été évoqué, en particulier concernant les consultations puisque beaucoup d'informations sont à transmettre à la patiente.

Nous avons décidé d'effectuer notre étude avec des sages-femmes libérales car nous estimions qu'elles étaient les plus aptes à pouvoir utiliser les notions relatives aux empreintes émotionnelles, comparativement aux sages-femmes exerçant en milieu hospitalier. La SF 2 est venue appuyer cette idée en disant : *« En consultation à l'hôpital c'est compliqué, on n'a pas forcément le temps. En libéral, l'intérêt c'est que les dames de toute façon on va les suivre et il y a une vraie relation de confiance qui va se créer et elles vont se permettre et s'autoriser à lâcher prise. »*

Effectivement, la multiplicité des intervenants auprès des couples peut altérer la relation soignant-soigné. Dans le cas des sages-femmes libérales, elles peuvent avoir une action dans de nombreux moments de l'enfantement (EPP, CPN, PNP, PRADO, consultations post-natales, rééducation périnéale), ce qui les place comme un interlocuteur privilégié dans le suivi des couples.

De plus, les avis divergeaient quant aux moments possibles à l'abord en pratique. Essentiellement concernant les séances de PNP où la moitié des sages-femmes interrogées considérait ce moment opportun et l'autre moitié était en désaccord avec cette idée. Ces différences de pratique observées témoignent de la richesse et de l'hétérogénéité des avis concernant le sujet.

Concernant l'EPP, Yvonne Knibiehler rappelle : *« Son objectif est notamment de repérer les femmes et les couples en situation de vulnérabilité et d'insécurité affective pour leur proposer un suivi adapté et ainsi améliorer la qualité des liens avec l'enfant à naître. » (33, p 192)*

Effectivement, la totalité des sages-femmes s'accordaient à dire qu'il est un moment clé pour repérer et donner quelques notions, c'est-à-dire au moins informer les couples, car beaucoup n'avait pas les ressources suffisantes pour effectuer des entretiens consacrés à ce sujet.

Aussi Françoise Molénat explique, dans **Accompagnement et alliance en cours de grossesse** : *« Le principe est simple : la disponibilité d'un professionnel permet l'émergence des sentiments propres à la femme enceinte. Des problèmes chargés de culpabilité peuvent se dire. Une première alliance guide l'ensemble du suivi. Ce n'est donc qu'une porte d'entrée dans le chemin où devront se tisser deux logiques : subjectivité des*

futurs parents, objectivité de la surveillance médicale. » (27, p 45) Cela exprime toute l'importance de ce premier contact soignant-soigné pour la suite du suivi.

Néanmoins toutes les patientes n'effectuent pas d'EPP. C'est effectivement ce que confirme le rapport de l'enquête nationale périnatale de 2016 : « *Il est encore peu diffusé en 2016 : seules 28,5% des femmes déclarent en en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010 (Tableau 24), alors que 85 % des maternités déclarent qu'elle s'en organisent.* » (34) En ce sens, la SF 1 aimerait qu'il soit obligatoire afin de pouvoir transmettre ces notions.

La SF 6 a fait part de l'importance de la reprise des antécédents obstétricaux et familiaux pour repérer des situations difficiles ou des transmissions des générations précédentes. F.Molénat évoque cette reprise en disant : « *Voie d'accès privilégiée et non intrusive à la vie émotionnelle, la recherche avec la femme enceinte des épisodes obstétricaux passés, de la manière dont elle s'est sentie entourée ou non, donne des indications précises sur les modalités à mettre en place. Peuvent s'explorer alors les ressources de l'entourage, la position du conjoint, les moments d'insécurité, sans qu'il soit besoin d'interroger le passé personnel a priori. Seules les conditions obstétricales à la génération précédente, outre leur intérêt sur le plan médical, peuvent renseigner sur d'éventuels contextes émotionnels délétères dans la construction du parent.* » (27, p 48) C'est déjà là une première approche des éléments particuliers ou compliqués qui ont pu se dérouler antérieurement.

Le post-natal était également cité, car les sages-femmes remarquent que les femmes sont souvent plus demandeuses de conseils concernant leurs enfants ou leurs problèmes personnels. Parfois les sages-femmes ne reçoivent les patientes qu'en rééducation périnéale par exemple, c'est donc à ce moment là qu'elles peuvent en parler. Elles n'ont pas toujours le choix du moment. Comme exprimé dans la première partie, un travail est réalisable à tout âge, il n'est alors pas trop tard pour informer les couples.

Quelque soit le moment choisi, les réactions peuvent variées. Aussi, selon le moment de vie dans lequel le couple se trouve, il sera en capacité d'utiliser ou non les informations fournies. Cependant, une fois données, elles leur seront peut-être utiles ultérieurement. En parlant de ces patientes, la SF 11 exprime cette idée: « *En fonction de ce que vous entendez vous l'interprétez différemment. Moi je dis la même chose mais vous vous n'êtes pas au même moment, au même endroit et puis ça parle et ça résonne en vous différemment, on est toutes différentes.* »

Les sages-femmes travaillent en fonction de ce qu'elles perçoivent et abordent les choses différemment selon ce qu'elles ressentent le plus adapté aux personnes qu'elles suivent, mais aussi en fonction de leur expérience.

On peut faire un lien avec l'étymologie du terme « sage-femme ». Sage vient de « sapiens » qui veut dire « savoir ». Sage-femme signifie alors : « qui a la connaissance, l'expérience de la femme ». (35)

Ce sujet est en lien avec la profession puisqu'il permet un accompagnement plutôt psychologique de la femme, dans un moment particulier de vie. Aussi, grâce aux compétences rappelées dans le référentiel, on remarque qu'il s'intègre dans la pratique professionnelle de la sage-femme.

D) 4^{ème} hypothèse

Le sujet est connu par le professionnel qui l'utilise dans sa pratique.

1. Application en pratique

C'est le cas de cinq sages-femmes interrogées, qui transmettent cela de différentes manières.

L'entretien du 4^{ème} mois leur est indispensable pour avoir une première approche avec la femme ou le couple. Ainsi, elles peuvent discuter de leurs états d'esprit, de leurs façons d'envisager cette grossesse, leurs envies, leurs antécédents etc.

Elles peuvent, de ce fait, leur proposer les différents types de PNP en leur expliquant leurs rôles et leurs différences. C'est un moment privilégié entre la sage-femme et la patiente car il a pour but de conseiller la future mère, de l'orienter et de la conseiller si des problématiques se posent, peu importe le domaine. C'est un premier contact qui permet d'instaurer un climat de confiance pour permettre à la femme de se sentir à l'aise avec le professionnel. Si un travail est effectué ensuite, il n'en sera que meilleur.

Une sage-femme rapporte qu'elle effectue des ateliers mensuels (SF 1), où elle reçoit les patientes qu'elle suit et elle communique des informations sur les empreintes émotionnelles. Elle peut ensuite recevoir les femmes qui le désirent pour un entretien personnel supplémentaire. Cet atelier est réalisé dans le cadre des séances de PNP. Le Référentiel Métier et Compétences explique qu'il est du ressort de la sage-femme de préparer sa séance de PNP et de l'animer : « *en donnant la parole et le temps aux participant(e)s pour poser des questions et témoigner de leurs expériences, inquiétudes, attentes, souhaits et en veillant à reformuler leurs discours pour faciliter le partage.* » (21, p 18).

D'autres sages-femmes rejoignent l'idée d'effectuer une séance supplémentaire pour aborder ce sujet, car elles ont parfois à faire à des problématiques lourdes. Le but est d'assurer le suivi idéal pour que la patiente puisse avancer avec ces nouvelles notions. C'est pour cela que beaucoup précise qu'il est nécessaire de prendre du temps, d'autant plus que la grossesse est un moment particulier où beaucoup d'émotions sont présentes. Elles précisent que le rôle des sages-femmes est de guider les femmes et donc de leur expliquer et de les rassurer également. Ainsi, en abordant ce sujet, l'idée est de faire avancer le couple et non d'engendrer des problématiques supplémentaires.

Ces sages-femmes l'utilisent toutes en PNP, que ce soit classique, sophrologie ou en haptonomie. C'est le moment qu'elles choisissent pour passer des messages clés, notamment sur la communication avec l'enfant à naître. Néanmoins, elles sont d'accord pour ne pas résoudre des problèmes personnels devant le groupe. Elles expliquent le sujet et suivent les envies des femmes. Elles remarquent que certaines femmes en parlent librement ou viennent en fin de séance pour demander un rendez-vous personnel. D'autres sont peut-être moins convaincues et ne désirent pas continuer dans cette voie.

De plus, elles expliquent que la rééducation du périnée est un moment privilégié. Ce n'est pas simplement le moment de rééduquer le périnée, c'est également une opportunité pour les sages-femmes de faire un point général sur l'état de la jeune

maman ainsi que de son enfant. Ces séances sont plus propices à la discussion car elles ont plus de temps en pratique. Aussi, lorsqu'elles reçoivent des patientes qu'elles suivaient en anténatal, il leur est plus aisé de dépister si la patiente ne va pas bien et il est plus facile pour la patiente de se confier dans le cadre d'une relation de confiance préétablie.

Ainsi, plusieurs thèmes sont abordés : passant du bien-être du nouveau-né, au moral de la patiente, mais aussi à la sexualité, aux messages de prévention etc. Elles évoquent la richesse de ce moment. Elles remarquent que les femmes sont alors plus à l'écoute car leur enfant est maintenant présent et les notions évoquées sont alors davantage concevables. Les sages-femmes expriment le même ressenti face au PRADO.

3. Changements observés

Elles observent des résultats en pratique ce qui les conforte dans l'idée d'utiliser ces notions.

Concernant les couples, elles remarquent des sentiments de surprise à l'annonce de ce sujet, parfois réfractaires, parfois déjà convaincus ou ayant préalablement cette intuition. Elles parlent de « monde qui s'ouvre » pour certains pour qui cela était totalement inconnu. Quand elles effectuent un travail avec la patiente, elles remarquent qu'elles sont plus en confiance et prêtes à donner naissance et à vivre plus sereinement ces moments bouleversants de grossesse, de naissance et d'après-naissance.

Françoise Molénat aborde les avantages que l'accompagnement contenant et bienveillant peut avoir sur les femmes, dans **Accompagnement et alliance en cours de grossesse** : « *La sensation neuve pour certaines femmes enceintes d'être au centre d'un cercle bienveillant et fiable ébranle des vécus enfouis dans la construction personnelle. Des émotions/sensations verrouillées sur une angoisse profonde susceptible de se réveiller face au bébé, se libèrent dans un contexte humain qui permet une circulation neuve des émotions. Selon une autre terminologie, sous la poussée psychique d'une naissance à venir, un moment d'insécurité revécu dans un climat sécurisé améliore les capacités de régulation du stress.* » (27, p 40)

Par rapport aux nouveau-nés, elles remarquent qu'ils sont plus sereins lorsque les mères ont eu des notions en amont. Pour les nourrissons qu'elles prennent en charge en post-natal, elles remarquent des résultats souvent rapides pour résoudre certaines problématiques, et ceci dans la durée.

Si on reprend l'évolution majeure concernant le statut du nouveau-né, il est maintenant considéré comme une personne à part entière, loin du « tube digestif » tel qu'il était envisageait il y a un demi-siècle. C'est ce qu'aborde Jacky Israël (pédiatre), dans la revue Spirale, où il consacre une partie sur : « *Le bébé est reconnu en tant que personne bien avant sa naissance.* » (36) Les capacités fœtales étant mieux connues, peut-être des études viendront-elles approfondir les ressentis qu'il possède et renforcer les connaissances sur le vécu et les transmissions in-utéro.

Personnellement et professionnellement, les sages-femmes trouvent cela « enrichissant » et remarquent une évolution dans leur pratique. Celle-ci est marquée par une écoute différente, n'interprétant plus les remarques ou les plaintes des patientes

de la même manière. Elles estiment vouloir chercher la cause profonde des problèmes pour dénouer des histoires familiales et comprendre la femme.

Cependant, elles rappellent qu'il est nécessaire de garder à l'esprit que tout ne se résout pas grâce à cet outil. Mais elles jugent important de l'avoir à l'esprit pour y penser lorsque la médecine n'est pas fructueuse. Elles expliquent aussi passer le relais lorsque leurs compétences ne sont plus suffisantes. Leur travail interdisciplinaire leur permet de diagnostiquer et d'orienter, afin de rester dans leurs compétences.

Le Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes parle, dans la partie Savoirs et savoir-faire de coopération, de : « *travailler en coopération et en réseau avec les autres professionnels* », « *adresser la femme à un autre professionnel, si nécessaire* », « *recueillir un avis complémentaire* » (21, p 33) Le but étant de travailler avec d'autres professionnels, en gardant, chacun, ses champs d'action et de compétences.

Ces sages-femmes trouvent une place pour ce sujet dans leurs pratiques et ne ressentent pas de problématiques particulières, si ce n'est quand les histoires des patientes sont trop lourdes pour elles, elles passent le relais. Leurs ressentis sont plutôt positifs face à ce sujet puisqu'elles l'utilisent et qu'elles ont l'envie de le partager avec leurs collègues ou futures collègues.

III. Propositions et ouverture

Il serait intéressant de proposer des formations aux sages-femmes, par exemple via le réseau OMBREL (Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise), pour pouvoir étendre le domaine d'action des sages-femmes et proposer aux couples un accompagnement différent. Même si de nombreuses sages-femmes utilisent déjà quelques notions de ce sujet.

Yvonne Knibiehler (spécialiste de l'histoire des femmes et de la maternité) aborde l'activité libérale dans **Accoucher** : « *En secteur libéral, les sages-femmes peuvent plus aisément étendre la palette de leurs activités vers des soins moins techniques et des modes d'accompagnements dits « relationnels » plus en conformité avec leurs aspirations professionnelles.* » (33, p 191) Cela traduit l'ouverture possible des empreintes émotionnelles comme accompagnement.

Cette formation permettrait aux professionnels qui le désirent d'enrichir leur activité et de transmettre cela aux étudiants qu'ils rencontrent. Dans cette étude, on remarque que le bouche à oreilles a effectivement permis à de nombreuses sages-femmes de connaître, au moins superficiellement, ce sujet.

Après avoir réalisé cette étude, peut-être la formation n'est-elle pas adaptée à toutes les sages-femmes. Sûrement, elles ont toutes leurs spécificités et leurs sensibilités, ce qui

permet la richesse de prise en charge au sein de la profession. Les formations sont nombreuses, les sages-femmes désirant se former plus spécialement à certaines que d'autres. Ainsi, elles ne peuvent pas être formées à toutes. Il est convenu de garder ses spécificités propres. Cependant un accès plus simple et une promotion de la formation pourrait intéresser certaines sages-femmes. C'est notamment ce qu'elles ont exprimé en abordant d'autres notions comme l'haptonomie, l'acupuncture, la sophrologie où les émotions sont également prise en charge. Aussi, la sage-femme a à cœur d'accompagner les couples en ce sens, et de l'aider à vivre sereinement ces moments.

De surcroît, il serait possible d'aborder ce sujet dans les écoles de sages-femmes. Seuls les étudiants sensibles à cela pourraient venir à un temps d'informations. De plus, les sages-femmes ont souvent fait des liens avec d'autres méthodes de PNP, en expliquant en cours ces pratiques, peut-être l'information sur les empreintes émotionnelles pourrait être donnée. Les étudiants intéressés pourraient alors obtenir des contacts et avancer dans cette direction, si ils le désirent.

Par rapport aux patientes, peut-être pourraient-elles être informées lors de l'EPP ou de la PNP. Ces derniers n'étant pas réalisés par l'ensemble des patientes, des notions pourraient être apportées à d'autres moments du suivi. Même si le temps est parfois insuffisant, une transmission par le savoir-être pourrait également leur être explicite. Dans le cas d'un travail plus spécifique sur une problématique rencontrée, cela dépendrait de la formation de la sage-femme. Se traduisant soit par une consultation supplémentaire réalisée de son propre chef, soit par une collaboration avec un professionnel diplômé dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire.

Concernant la poursuite de l'étude, il semblerait intéressant de mener cette étude du côté des couples. Le but serait de connaître ce qui leur a été transmis mais aussi ce qu'ils en pensent. Si le couple interrogé a reçu des informations, leurs avis quant à l'abord à ce moment de vie pourrait être concluant.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de rendre compte des connaissances et des avis qu'ont les sages-femmes libérales dans les Hauts-de-France. Les entretiens réalisés ont permis une discussion au cas par cas, en fonction des connaissances et des avis de la sage-femme, pour avoir un reflet de la façon dont elle s'approprie le sujet. Ils ont été riches puisque chaque sage-femme avait sa façon de voir les choses : ce qui exposait la richesse de la profession.

Il en ressort que le sujet reste peu connu au premier abord, sous l'appellation « d'empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ». Cependant, toutes les sages-femmes avaient quelques notions, plus ou moins exactes, le concernant.

En ce qui concerne l'intérêt d'utilisation, une sage-femme n'était pas en accord avec le sujet. Cependant, elles ont toutes exprimées que dans l'intérêt des femmes elles pourraient être amenées à en parler. Ce sujet reste donc quelque chose qu'elles pourraient aborder en pratique, même si certaines sages-femmes restent plus sensibles que d'autres à ces notions.

Aussi, des complications pourraient freiner l'utilisation. La formation ou l'information des professionnels et étudiants restent insuffisantes. Les choses peuvent évoluer vers une démocratisation du sujet qui lui permettrait d'être davantage abordé. Tout de fois, si un manque d'intérêt est exprimé, il convient de ne pas imposer un sujet si particulier à quelqu'un qui ne le ressent pas sur lui-même. Ainsi, il en est de même concernant les patientes qui se montreraient réticentes. Pour les professionnels non sensibles, l'information permettrait de repérer et éventuellement d'adresser vers une personne compétente.

En consultations, le manque de temps a été soulevé. Néanmoins, la continuité dans la prise en charge en activité libérale permet une relation de confiance et une émergence des problématiques, ce qui rend l'abord réalisable à un autre moment du suivi, ainsi qu'un possible travail réalisable ensuite.

Le métier de sage-femme est une profession médicale à compétences définies tant sur le plan clinique que relationnel. Toutefois, ce qui relève de ce domaine et du champ de la psychologie se révèle moins délimité. Les sages-femmes profitent en effet d'un large panel de possibilités quant au suivi de leurs patientes. Ainsi libre à elles selon leur vécu et leur ressenti d'utiliser ces empreintes. Aussi, elles peuvent travailler en interdisciplinarité, si leurs compétences sur ce sujet ne sont pas suffisantes.

Les sages-femmes utilisant les notions de ce sujet remarquent de réels résultats en pratique concernant les mères et leurs nourrissons : ils sont jugés « plus sereins ». Elles transmettent, autant par leur savoir-être que par des informations plus théoriques.

Finalement, toutes ont prouvé la bienveillance qu'elles avaient à l'égard de leurs patientes, en se montrant à l'écoute de leurs besoins. Elles ont fait part de leur ouverture d'esprit et leur adaptation face à chaque patiente et chaque situation.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) MAILLARD C, VAN EERSEL P. J'ai mal à mes ancêtres : la psychogénéalogie aujourd'hui. Albin Michel. 2012. 208 p. (Espaces libres).
- (2) CANAULT N. Comment paye-t-on les fautes de ses ancêtres : psychogénéalogie. Pocket. Paris; 2016. 187 p. (Pocket santé, numéro 16467).
- (3) THOMAS M-G. Psychogénéalogie : l'héritage invisible. Saint-Julien-en-Genevois: Jouvence; 2014. 95 p.
- (4) BRUWIER G. La grossesse psychique : l'aube des liens. Fabert. Belgique: Yapaka; 2012. 60 p. (Temps d'Arrêt / Lectures).
- (5) CNRTL (page consultée le 06/12/2017). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [en ligne].
<http://www.cnrtl.fr/definition/empreinte>
<http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9motion>
<http://www.cnrtl.fr/definition/naissance>
- (6) IMBERT C. L'avenir se joue avant la naissance. 8^{ème} éd. Paris: Visualisation Holistique; 1998. 293 p.
- (7) SCHUTZENBERGER AA. Aïe, mes aïeux ! Desclée de Brouwer; 2015. 272 p. (La Méridienne).
- (8) METTHEY S. Vivre et transmettre le meilleur pendant sa grossesse. Le Souffle d'Or. Gap; 2012. (Naître & Grandir).
- (9) BAILLY L. Compte-rendu de colloques. La revue lacanienne. 2008;2(2):169-75.
- (10) GAUBERT E. De mémoire de fœtus : l'héritage familial s'inscrit dans nos cellules dès la conception. 2^{ème} éd. Gap: Le Souffle d'Or; 2011. (Champs D'idées).
- (11) LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU (page consultée le 25/02/2018). Le cerveau, [en ligne].
http://www.hirnliga.ch/fileadmin/user_upload/0_Startseite/0_Bildwechsel/2017/1_17_fru_he_Entwicklung_f.pdf
- (12) ZAMMATTEO N. L'impact des émotions sur l'ADN. Quintessence. Ressources et Santé; 2014.
- (13) BOUTTIER L. Les grossesses apparemment non désirées ou dites « accident » et leurs empreintes émotionnelles. Caen: Du Bouquet; 2013.
- (14) BOUTTIER L. Pourquoi faisons-nous une fausse couche ? Caen: Du Bouquet; 2016.

- (15) CNGOF (page consultée le 28/03/2018). Recommandations pour la pratique clinique – Les pertes de grossesse, [en ligne]. http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC+COLLEGE%2FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=450
- (16) BOUTTIER L. Parle à mon coeur, Aide-le à faire son deuil. 2ème. Caen: Du Bouquet; 2009.
- (17) BYDLOWSKI M. La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. 3ème éd. Paris : Presses universitaires de France; 2000. 203p. (Le fil rouge).
- (18) BYDLOWSKI M, GOLSE B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY. mars 2001;(63): p30-3.
- (19) BYDLOWSKI M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir. 2001;13: p41-52.
- (20) KALEF M. La vie secrète des bébés : comment nos premières expériences façonnent notre monde. Sully. Vannes; 2016. 237 p.
- (21) Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (page consultée le 06/12/2017). Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes, [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- (22) BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2ème éd. Malakoff: Armand Colin; 2015. 128 p. (128).
- (23) VAN CAMPENHOUDT L, QUIVY R. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod ; 1995, 262 p.
- (24) ALAMI S, DESIEUX D, GARABUAU-MOUSSAOUI I. Les méthodes qualitatives. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) ; 2009. 126p.
- (25) PAUGAM S. L'enquête sociologique. Paris : PUF ; 2012. 458p.
- (26) Ordre des Sages-Femmes. (Consultée le 01/09/2017) Annuaire des sages-femmes libérales , [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairelib/>
- (27) MOLENAT F. Accompagnement et Alliance en cours de grossesse. Yapaka.be. 2012. (Temps d'Arrêt / Lectures).
- (28) O'CONNOR T.G., HERON J., GLOVER V., et al. Antenatal anxiety predicts child's behavioral / emotional problems independently of postnatal depression. . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol.41, 2002. P 1470-1477.

- (29) HIROSHI A., NORIKO H., et al. Prenatal psychological stress causes higher emotionality, depression-like behavior, and elevated activity in the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Neuroscience Research*, vol 59, 2007. P 145-151.
- (30) MEANEY M.J., Maternal care gene expression and the transmitting of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of neuroscience*, 2001.
- (31) VAN OS J., SELTEN JP. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 1998.
- (32) VICKARYOUS N., et al. The role of early embryonic environment on epigenotype and phenotype. *Reprod Fertil Dev* 2005.
- (33) KNIBIEHLER Y. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. 2e éd. Rennes: ENSP; 2007. 200 p. (Métiers Santé Social).
- (34) INSERM, DRESS. (page consultée le 20/02/2018) Enquête nationale périnatale : Rapport 2016, [en ligne].
http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- (35) LENOBLE-PINSON M et LEROY F. (page consultée le 11/02/2018) Les dessous étymologiques de la sage femme, [en ligne].
<http://www.ulb.ac.be/facs/medecine/sbhm/documents/fernandleroy.pdf>
- (36) ISRAEL J. Bébés d’hier et d’aujourd’hui. Spirale. 2009, p 51-63.

ANNEXES

I - Autorisation d'enregistrement de l'entretien

II - Grille d'entretiens

III - Synthèses des entretiens par sages-femmes

IV - Entretien complet réalisé avec la SF 10

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT DE L'ENTRETIEN AVEC GARANTIE DE CONFIDENTIALITE ET D'ANONYMAT

Madame,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année d'étude à l'école du CHRU de Lille.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue une recherche sur le thème des **empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance**.

Cette enquête a pour but d'effectuer un état des lieux des connaissances des sages-femmes libérales dans le Nord-Pas-de-Calais, sur ce sujet.

Pour cela j'effectue des entretiens avec des sages-femmes libérales.

Cet entretien sera **enregistré** ; puis détruit à l'issue de mon travail.

Il restera **confidentiel** et **anonyme**, et ne sera pas utilisé à d'autres profits.

Ce document atteste de votre accord et de votre information concernant les modalités de l'entretien.

Cordialement,

Clémentine Beufé.

mail : clementine.beufe@gmail.com

téléphone : 07.85.56.11.94

Je soussignée :

- Autorise l'enregistrement de l'entretien.
- Souhaite recevoir l'étude une fois celle-ci achevée
Si souhait, veuillez indiquer votre adresse mail :

Signature :

Annexe II – Grille d’entretien

I) Présentation du parcours en tant que sage-femme

- 1) Activités effectuées depuis le diplôme
- 2) Choix de l’activité libérale
- 3) Formations effectuées
- 4) Activités pratiquées au sein du cabinet libéral

II) Les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance

Qu’est-ce que cela vous évoque ?

1) Formation effectuée / Connaissance

- a. D’où vous est venu cet attrait pour le sujet ?
- b. Quelle utilisation en pratique ?

→ Si utilisation :

- Comment l’abordez-vous ?
- Existent-ils des moments propices ?
- Avec quelles personnes l’utilisez-vous ?
- Observez-vous des changements en pratique ?

→ Si pas d’utilisation :

- Qu’est-ce qui empêche cette utilisation selon-vous ?

2) Pas de connaissance préalable (Explications fournies)

- a. Qu’en pensez-vous ?
- b. Est-ce un sujet qui vous intéresse ?
- c. Selon vous, est-ce abordable en périnatalité ?
- d. Si oui, comment ? (Pour qui ? Quand ? Comment ?)
Si non, pour quelles raisons ?

Annexe III - Synthèse des entretiens par sage-femme

SF 1

L'entretien s'est déroulé au cabinet libéral de la sage-femme, à 18 heures, et a duré 12 minutes.

C'est une sage-femme ayant eu une activité hospitalière pendant quinze ans. Elle s'est ensuite tournée vers une activité libérale avec essentiellement une activité de PNP (sophrologie, chant prénatal), sensible à l'écoute active et à la communication non verbale suite à un DU effectué en soins palliatifs. Il y a trois ans elle a découvert, un peu par hasard, les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance, qui ont été une révélation pour elle. En lien avec cette formation, elle a beaucoup travaillé sur son histoire personnelle afin de « *sentir les choses* » me dit-elle.

C'est une sage-femme formée et convaincue de ce sujet, qui adapte sa pratique professionnelle vers celui-ci en essayant notamment d'aider les femmes en cas d'infertilité par exemple.

En pratique, elle aborde ce sujet par différents biais :

-En PNP avec les futures mères qui expriment des peurs ou des difficultés. Elle va re travailler l'histoire de la personne (notamment avec la sophrologie qui permet de déprogrammer certaines croyances erronées), par rapport aux événements antérieurs de sa vie.

-En réalisant des ateliers sur les empreintes émotionnelles s'adressant aux femmes enceintes, en insistant notamment sur l'importance de la communication avec l'enfant à naître.

-Après la naissance, lorsqu'il existe des difficultés (quand les bébés pleurent beaucoup, qu'ils sont inconsolables par exemple), elle peut les recevoir et essayer de discuter avec la mère sur le déroulement de la grossesse, de la naissance, des événements particuliers.

-Plus tard (âge adulte), notamment lors de travaux sur les phobies, les peurs, les fausses couches à répétition etc.

Elle est parfois amenée à ajouter une consultation supplémentaire spécialement pour cela, pour avoir le temps de travailler l'histoire de la patiente.

Pour elle, il faudrait l'aborder avec toutes les femmes enceintes et elle trouverait intéressant que l'EPP se déroule à 2 mois de grossesse et non 4 mois et demi. Aussi, elle aimerait qu'il soit obligatoire et qu'on explique à toutes les femmes, à ce moment, que le fœtus/embryon ressent les émotions et qu'il est possible de les déprogrammer en racontant. Au minimum de faire passer l'information.

Avec cette utilisation, elle a remarqué que les futures mères étaient plus sereines, et surtout leurs bébés. Elle parle de : « *Des bébés sereins qui n'ont plus tout ce bagage transgénérationnel* ».

Idéalement, il lui paraîtrait important que les étudiants sages-femmes, les sages-femmes, les puéricultrices, les auxiliaires de vie etc soient sensibilisés. Sans formation, ils pourraient faire passer l'information, dépister et savoir vers qui adresser pour prendre en charge la patiente. Elle a le projet de développer ce concept en faisant des interventions dans les écoles pour donner des informations aux sages-femmes sur le sujet. Le but serait que les sages-femmes puissent repérer les situations particulières et orienter les femmes qu'elles rencontrent.

SF 2

L'entretien s'est déroulé sur un parking à 10h, dans la voiture, et a duré 13 minutes.

C'est une sage-femme ayant eu une activité hospitalière pendant 10 ans, puis elle s'est orientée vers l'activité libérale dans le but d'établir un suivi global. Elle pratique des activités variées : suivi gynécologique, CPN, PNP (classique et yoga), PRADO, rééducation périnéale, acupuncture. En plus de ces activités, elle a effectué des formations en échographie, en ostéopathie, autour de l'allaitement maternel ainsi que sur l'homéopathie.

Pour elle, les empreintes émotionnelles évoquent la mémoire cellulaire, selon la formation qu'elle a eu sur l'ostéopathie autour de la femme enceinte, mais aussi, en pratique, selon les expériences qui lui ont prouvé la communication émotionnelle entre la mère et son fœtus.

Avant de connaître ce sujet, elle avait déjà remarqué des éléments, sans savoir s'il y avait un réel impact. Elle y faisait moins attention qu'à l'heure actuelle. C'est pourquoi, aujourd'hui, elle conseille à ses patientes de communiquer avec leurs bébés, notamment en cas de difficultés pendant la grossesse. Elle conseille également les massages aux bébés, pour les apaiser, selon sa formation d'acupuncture.

Lors de l'EPP, quand il existe des stress autour de l'accouchement, elle reprend la propre naissance de la femme enceinte. Mais parfois il lui est nécessaire d'adresser la patiente à un psychologue ou à un psychothérapeute, sachant qu'elle n'est pas formée à cette prise en charge. Elle aborde ce sujet également en rééducation du périnée quand il existe des problèmes chez le nouveau-né.

Aussi, en abordant un moment possible d'abord, elle exprime : *« C'est quand la dame, on sent que ça commence à monter, c'est à ce moment là qu'il faut la prendre en charge. Faut attendre aussi un minimum qu'elle prenne conscience qu'il y a quelque chose qui ne va pas pour qu'elle puisse avancer derrière. »*

Depuis qu'elle l'utilise, elle a observé des résultats en pratique et trouve cela très enrichissant au niveau personnel. De plus, elle pense que l'aborder en libéral est adéquat car c'est une prise en charge plus complète des patientes, qui sont donc plus en confiance et peuvent parler librement de leurs problématiques.

En exemple, elle cite : *« Notamment là j'avais une maman qui attendait un bébé porteur d'un méningocèle, elle était excessivement stressée forcément par rapport à la pathologie de son bébé. Je lui ai bien dit « parlez-en ». Et au final, elle en a bien parlé, et son bébé est particulièrement calme et serein. A l'inverse, j'ai eu une patiente qui a eu des difficultés autour de la grossesse et qui n'a strictement pas parlé à son bébé et là pour le coup on se rend compte que le bébé pleure H24 et clairement c'est ni des problèmes de coliques, ni des problèmes de reflux. Je lui en ai parlé et comme par hasard, la consultation suivante la maman me dit « écoutez j'en ai parlé à mon bébé et maintenant il ne pleure plus ». On voit vraiment en pratique que ça sert. »*

SF 3

L'entretien s'est déroulé, à 12h, dans la salle où la sage-femme effectue ses séances d'haptonomie, et a duré 1h15.

C'est une sage-femme diplômée depuis 22 ans qui a une activité hospitalière partagée avec des missions à l'international. Elle a également une activité d'enseignante en lien avec la santé publique, la sociologie, l'anthropologie etc. De plus, elle a une formation de professeur des écoles, en lien avec la prévention des violences à l'école et l'éducation à la sexualité. Elle a développé son activité libérale voulant pratiquer des séances d'haptonomie. Ce n'est donc pas son activité principale.

Pour elle, les empreintes émotionnelles sont quelques chose d'évident. Elle l'explique ainsi : *« Peut être du fait de mon parcours d'haptonomie, de mon parcours de maman aussi donc oui, ça m'évoque une évidence. Mais une évidence que j'ai acquise plus par expérience, en haptonomie. », « Mais je dirai que ça rejoignait des évidences que j'avais déjà en moi. Je dirai pas que c'est un savoir scientifique que j'ai mais plus un savoir empirique. ».*

En pratique, elle accompagne les parents à être en interaction avec le futur bébé. Elle fait part de ses observations : *« On voit bien qu'il répond, qu'il y a des interactions, qu'il ressent les émotions autour de lui, les intentions de ses parents. Il ressent tout. ».* Elle travaille sur la sécurisation affective pendant la grossesse et la naissance et considère cela primordial pour le futur bébé. Elle exerce également la re facilitation de naissance pour le nouveau-né, qui lui permet d'exprimer les émotions qu'il a ressenti à ce moment. Les parents peuvent également raconter. Elle observe que le vécu de la naissance peut être différent de celui exprimé par le nouveau-né.

Lors des séances, elle remarque que les parents se rendent souvent compte que les bébés ressentent leurs émotions. Et c'est alors qu'elle doit parfois expliquer que oui le bébé ressent tout, *« mais en même temps, c'est la vie »* dit-elle. Elle m'explique que c'est ainsi qu'in utéro ils peuvent découvrir tout le panel des émotions, et qu'il ne faut pas les éviter. Simplement elle leur annonce qu'il est possible de communiquer avec lui pour lui expliquer pourquoi on ressent cette émotion et lui dire que cela ne lui appartient pas, et qu'il n'en est pas responsable. Elle remarque qu'une fois que les parents ont pris conscience de cela, il leur est aisé de l'expliquer au bébé quand cela est nécessaire.

Concernant l'abord en périnatalité, cela dépend de comment il est réalisé, selon elle. Elle pense qu'il est important d'exprimer les choses, car en conscience cela évite les transmissions transgénérationnelles : *« c'est mettre de la conscience dessus qui permet de libérer ».* C'est pourquoi elle questionne les femmes enceintes sur leurs naissances mais aussi ce qui concernent leurs mères et leurs grands-mères. Elle pense que c'est une réelle opportunité, en lien avec la transparence psychique et les besoins de la femme enceinte, mais qu'il faut que cela soit correctement effectué. Elle trouve que la psychologie de base n'est parfois pas assez abordée et qu'il faudrait commencer par cela avant de parler de transgénérationnel par exemple. Avec son ressenti de maman, elle estime que la femme enceinte n'a pas vraiment de temps de parole sur son état psychique/émotionnel durant la grossesse.

Elle pense que l'information peut toujours être donnée. Mais concernant les femmes ayant plus de difficultés, elle estime que l'accompagnement est indispensable. Donc si le temps manque, il

est nécessaire d'adresser à quelqu'un de qualifié. En conclusion elle pense important d'avoir des « *clignotants* » pour repérer des situations difficiles et référencer au besoin.

Elle estime important que les professionnels soient compétents dans ce domaine en ayant pris conscience et en ayant travaillé sur leurs histoires, car selon elle : « *On peut transmettre que ce dont on a pris conscience pour soi même.* » Et insiste sur le fait qu'il n'y a pas que la formation théorique, mais qu'il y a également le vécu personnel et c'est sur cela qu'elle estime qu'il faut également agir.

Elle pense que ce sont les professionnels qui doivent être en premier informés (avant les patientes) et aussi les étudiants.

Aussi, elle fait part : « *Je pense que c'est quelque chose qui se transmet dans sa manière d'être, plus que des informations théoriques.* ». Elle cite alors des exemples tels que la prise d'une hauteur utérine où le professionnel peut transmettre cela en ayant en conscience qu'il a en face de lui deux personnes et qu'il doit demander l'accord à la maman mais aussi prévenir le bébé, avant de mettre ses mains sur le ventre. Elle transmet : « *Parce que si on prend une hauteur utérine et que pendant toute la consultation on s'adresse à la maman mais on s'est jamais adressé au bébé, par exemple, que ce soit à travers le toucher (avec un toucher spécifiquement pour le bébé et pas seulement pour le ventre de la maman), ou des paroles pour le bébé, après on va avoir un discours : il va y avoir une dissonance cognitive c'est-à-dire qu'on transmet quelque chose dans nos paroles mais dans nos façons de faire on n'a jamais considéré pendant la consultation que ce bébé avait un vécu.* »

Elle estime que les professionnels peuvent générer des empreintes émotionnelles donc qu'il faut agir en premier sur eux, afin qu'ils soient informés et formés.

Elle aborde la médicalisation en prenant exemple sur le DAN (Diagnostic Anténatal) qui peut mener à un désinvestissement émotionnel du couple vis-à-vis de l'enfant à naître. Cela peut être délétère et elle considère indispensable d'établir un suivi dans ce type de situation.

Au niveau des changements pour les familles, elle explique: « *Eux-mêmes le disent, c'est une révolution* ». Soit les parents en avaient déjà l'intuition et cela la conforte mais parfois c'est une véritable découverte.

SF 4

L'entretien s'est déroulé, à 11h30, au cabinet libéral de la sage-femme et a duré 23 minutes.

C'est une sage-femme diplômée depuis 10 ans, avec une activité hospitalière, puis en service d'HAD, puis une activité libérale depuis 2009. Elle a débuté cette activité en remplaçant une collègue, ce qui lui a donné l'envie de s'installer à son tour.

Son activité est essentiellement constituée par la rééducation périnéale (75%), accompagnée de CPN et de PNP (classique et acupuncture).

Elle a notamment suivi des formations concernant la rééducation du périnée, l'acupuncture, aide à l'arrêt du tabac.

Cette sage-femme avait déjà superficiellement entendu parler des empreintes émotionnelles, mais sans plus d'informations. Après quelques informations de base sur le sujet, elle estime que cela a un intérêt.

Il lui rappelle la médecine traditionnelle chinoise. Elle exprime ainsi : *« Et ça m'évoque un peu en médecine traditionnelle chinoise, en fait on est la somme on va dire de l'énergie de ses parents. Le capital qui nous est donné à la naissance par les parents, notamment par exemple sur le désir au moment de la conception, et ça détermine quand même pas mal notre capital santé. Après le reste de notre capital santé c'est la nourriture et l'air qu'on respire. »*

En pratique, elle trouve que cela peut être culpabilisant pour les parents, dans le sens où le contrôle des émotions ressenties n'est pas forcément possible. Une information claire et bienveillante doit leur être fournie.

En général, selon elle, les femmes expriment assez facilement quand elles rencontrent des événements difficiles, donc elle pourrait faire passer l'information à ce moment là. Lors de la rééducation du périnée également, mais il faudrait que cela soit à la demande : c'est-à-dire si la femme exprime un besoin par rapport à une situation ou une autre.

Quand elle est confrontée à des femmes en difficulté, si cela dépasse sa compétence, elle les adresse à des psychologues.

Elle donne comme conseils à ses patientes de communiquer avec leurs bébés. Notamment dans les cas où elles ne sentent pas trop leur bébé bouger, elle leur dit de s'allonger confortablement et de discuter avec le bébé. Elle me fait part d'une étude sur le rythme cardiaque foetal, selon elle réalisée par Bernadette de Gasquet, qui met en évidence le lien entre la communication de la mère avec son bébé et le fait qu'il récupère mieux lors d'anomalies du rythme cardiaque foetal, et que le taux de césarienne est plus bas.

Elle questionne également les femmes sur leurs propres naissances, lors de l'EPP, essentiellement dans le but de voir s'il y a eu des croyances véhiculées. Elle demande également si dans l'entourage il y a eu des naissances et comment elles se sont déroulées.

Elle pense que cela est abordable en périnatalité, mais plutôt suite à une demande de la femme, et face à des femmes en difficultés. Elle rappelle l'importance de ne pas être culpabilisante.

Cette sage-femme me questionne sur les différents thèmes de la formation sur les empreintes émotionnelles, dispensée par Lucienne Bouttier. Et, me fait part de son histoire personnelle lorsque j'aborde « la préférence pour le sexe opposé ». Puisque, pour elle, cela a été le cas.

SF 5

L'entretien s'est déroulé à son cabinet libéral, à 13h, et a duré 28 minutes.

C'est une sage-femme ayant trente et un ans de carrière, débutant en milieu hospitalier, enchaînant avec une activité libérale, puis une expérience en tant que cadre de maternité. Ne se reconnaissant pas dans les valeurs de travail, elle a choisi de reprendre son activité libérale depuis 2 ans. Elle pratique des CPN, des EPP, de la PNP, un suivi dans le cadre du PRADO, des consultations de lactation ainsi que de la rééducation périnéale.

Elle a désiré entreprendre cette formation car elle avait toujours pressenti au fond d'elle que quelque chose se jouait pendant la période du développement embryonnaire; et elle voulait confirmer ce lien. Cela s'est majoré lors de son mémoire en lien avec son DU de lactation. Il montrait que le fait d'avoir été allaité, pour une femme, lui donnait l'envie instinctive d'allaiter.

Depuis cette formation, sa pratique est différente : elle a modifié son écoute et les réponses qu'elle apporte aux femmes, notamment face à des situations angoissantes. En effet, elle s'est rendu compte que ce n'est pas toujours une peur de l'inconnu, mais parfois une réaction émotionnelle. C'est pour cela qu'elle cherche à comprendre d'où elle vient, pour travailler sur cette peur.

Elle aimerait utiliser l'outil le plus tôt possible. Seulement, en pratique, elle remarque que cela n'est pas toujours réalisable, et qu'elle rencontre parfois les patientes que tardivement.

Son utilisation est régulière, en fonction du contexte qui se présente à elle. En PNP elle explique l'importance de la communication et le fait que le fœtus ressent les émotions. Elle effectue également une séance de sophrologie sur le sujet ; notamment à la fin des séances de PNP où elle aborde l'importance de raconter à son bébé le déroulement de l'accouchement dans les émotions ressenties.

Elle remarque, qu'une fois que les femmes ont notion des empreintes émotionnelles qui peuvent se mettre en place, elles comprennent. Et c'est à ce moment là qu'elle peut travailler avec elles, en leur disant notamment de rendre les peurs ne leur appartenant pas. Elle peut effectuer ce travail, plus spécialisé, lors d'une consultation supplémentaire. Cependant, si elle ne se sent pas capable, elle adresse la patiente à quelqu'un de plus adapté comme un psychologue. Il lui paraît considérable d'aborder ce sujet en périnatalité, notamment car c'est le moment où tout se réactive chez la femme, mais aussi parce que c'est le moment où nous pouvons intervenir en tant que sage-femme.

Pour elle, toutes les sages-femmes devraient être sensibilisées, pour qu'elles soient capables de passer l'information aux femmes enceintes. Cependant, pour régler certaines problématiques, il lui semble réellement crucial d'avoir effectué une formation ainsi qu'un travail personnel. Elle pense également qu'il est nécessaire d'être subtile dans la manière d'aborder les choses, car cela peut parfois choquer, lorsqu'il existe des histoires douloureuses par exemple.

Aussi, il lui paraît sage que cela soit expliqué dans les écoles de sages-femmes. Elle trouve les études trop basées sur la technique en disant « *Nous en France, on est beaucoup trop technique, dans les études on est des techniciennes et on nous apprend pas ces outils qui vont parfois débloquer des situations sans que la technique intervienne.* »

SF 6

L'entretien s'est déroulé au cabinet libéral de la sage-femme, à 10h30 et a duré 30 minutes.

C'est une sage-femme diplômée depuis dix-neuf ans qui a eu une activité hospitalière pendant 11 ans. Ensuite, elle a effectué des remplacements en libéral pendant deux ans et a décidé de s'installer à son compte, il y six ans. Elle pratique des CPN, de la PNP (classique, yoga et piscine), des suivis PRADO et RPDA, des consultations de lactation, ainsi que de la rééducation périnéale. Il lui paraît important que les sages-femmes aient leurs domaines de compétence et orientent dans des situations compliquées, plutôt que de se former superficiellement à de nombreuses activités.

Pour elle, les empreintes émotionnelles évoquent quelque chose de mystérieux. C'est quelque chose dont elle a eu connaissance et qu'elle trouve cohérent. En pratique, elle a remarqué l'influence des empreintes familiales et de l'entourage. Elle essaye d'intégrer cela à sa pratique en discutant avec la mère sur l'importance « *de se libérer un peu des poids et des pressions de la société* » dit-elle. Elle travaille plutôt sur l'histoire qu'ont eu les femmes enceintes. Cependant, elle ne sent pas forcément apte à gérer ces situations et n'hésite pas à passer le relais quand elle estime que ce n'est plus de son ressort.

Lors de l'EPP, elle débute l'entretien par les antécédents personnels et familiaux et remarque parfois que les femmes abordent les situations compliquées qu'elles ont pu rencontrer. Elle se rend compte des choses qui ont pu être transmises. En entretien, elle dit : « *On pose quelques questions comme ça « Avez-vous des frères et sœurs ? Etes-vous tatie ? Est-ce que le papa qui est souvent présent a une expérience ? » etc. Et de fils en aiguilles, parfois, on pourrait mettre déjà le doigt sur quelque chose de problématique pour la grossesse et l'accouchement et le futur bébé. Donc oui cet entretien il est indispensable, commencer des séances de prépa sans faire l'entretien, ça ne me paraît pas possible.* » Cependant, elle ne rencontre pas toutes les femmes à ce moment.

Lors de la PNP, elle conseille aux mamans de re-pratiquer la relaxation faite en cours pour qu'elles prennent du temps avec leurs bébés : « *C'est un moment de communication avec le bébé* ». Elle pense qu'il serait judicieux de passer les informations concernant le ressenti des émotions par le fœtus/embryon en PNP. Lors des cours qu'elle effectue en piscine, elle demande aux mamans comment le bébé réagit et elle se rend compte que les mamans font cette PNP, pas seulement pour elles, mais également pour leurs bébés.

Elle pense qu'il serait surtout judicieux d'aborder cela dans des situations d'infertilités par exemple, cependant, elle ne voit pas les femmes à ces périodes là. Elle pense qu'il est important d'aborder cela le plus tôt possible.

Elle trouverait intéressant que les étudiants sages-femmes soient informés dans les écoles. L'aborder est important, mais elle pense que les médecins généralistes pourraient également le faire. Notamment, parce qu'elle voit qu'ils seraient les mieux placés puisqu'ils connaissent les patientes et les suivent sur le long terme.

Elle serait intéressée par une formation proposée par le réseau OMBREL. Elle pense qu'elle pourrait lui permettre de repérer des situations, avoir des connaissances plus fines et l'adapter à ses patientes ; car aujourd'hui elle travaille plutôt avec son instinct. Cependant, elle précise que cela nous touche également. Ainsi sans formation, elle estime dangereux de vouloir régler des situations compliquées.

SF 7

L'entretien a eu lieu au cabinet libéral de la sage-femme, à 15h40 et a duré 20 minutes.

C'est une sage-femme diplômée depuis 2008 qui a eu une activité hospitalière en dehors de la région. En arrivant dans la région, elle s'est installée en cabinet libéral, ne trouvant pas de travail. Cependant cette activité faisait partie de ses projets. Dans tous les cas, elle souhaitait pratiquer de la gynécologie et de l'orthogénie : les domaines qu'elle apprécie. Elle s'est essentiellement formée dans ce sens, avec le DU de régulation des naissances et de contraception ainsi que le DU de gynécologie.

Les empreintes émotionnelles lui évoquent le travail d'Ariane Seccia, et « *l'impact de la vie prénatale de la personne pour son futur* » dit-elle. Lors des explications sur ce concept, je sens que cette sage-femme n'approuve pas l'idée. Elle me fait part de l'importance des preuves, et ici le fait de ne pas pouvoir prouver les faits, avec des méthodes scientifiques fiables, la dérange. Aussi, il est gênant pour elle d'entendre cela dans le cadre de sa pratique tournée vers l'orthogénie, qui l'amènerait à penser que « *réellement on tue un être humain dès conception* » explique-t-elle. Enfin, elle aborde les cas d'un enfant adopté, d'un enfant né suite à un déni de grossesse, ou d'un deuil pendant la grossesse ; et me demande « *Ca veut dire qu'il est d'emblée foutu ?* ».

Après explication sur les méthodes de travail existantes, je sens cette sage-femme perplexe, car cela lui paraît compliqué de savoir ce que l'on doit expliquer.

Cependant, elle m'explique qu'elle est ouverte aux méthodes pouvant permettre un meilleur bien-être des femmes. Mais elle estime qu'il doit être correctement utilisé.

En abordant la façon d'accompagner les femmes, elle exprime qu'elle a parfois remarqué des liens entre des peurs pour l'accouchement par exemple, et des événements qui se sont déroulés lors de leurs propres naissances. Néanmoins, elle affirme : « *Mais après c'est toujours la même chose, on peut pas dire de façon formelle que c'est ça.* »

Ne connaissant pas assez ce sujet, elle ne semble pas convaincue d'aborder cela en pratique. Elle pourrait aborder l'histoire familiale en consultation mais ne saurait pas vers qui adresser les femmes si elle décèle une problématique. Elle reste ouverte au dialogue sur le sujet, si une patiente en formule la demande.

Concernant le fait de promouvoir aux sages-femmes ou aux étudiants, elle assure que cela est possible mais qu'elle ne connaît pas assez le sujet ; elle estime qu'il y a beaucoup d'autres choses qu'on pourrait aborder dans les études. Elle avoue qu'elle n'est pas vraiment convaincue, que ce n'est pas quelque chose qui résonne en elle.

SF 8

L'entretien s'est déroulé lors d'une garde au bloc obstétrical, à 17h30 et a duré 20 minutes.

C'est une sage femme ayant eu une activité hospitalière exclusive suite à son diplôme. Enfin, après des discussions avec des mères, à la maternité, concernant la rééducation périnéale ; et n'ayant pas suffisamment de sages-femmes faisant cette activité dans la région : elle s'est décidé à mener une double activité. Elle a effectué un DU d'urologie puis s'est installée en cabinet libéral en 2001 (conservant en partie son activité hospitalière).

Elle a effectué la formation sur les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance dispensée par Lucienne Bouttier. Elle eu notion de cette formation via sa consoeur qui lui a expliqué en quoi cela consistait ; et exprime : *« Du coup j'ai vraiment senti que ça correspondait à toutes les sages-femmes, c'est une formation que moi j'estime être indispensable à toutes les sages-femmes, puisqu'on est aux premières lignes de la grossesse, de l'accompagnement des femmes pendant la grossesse et ensuite à la naissance. Donc il y a un besoin pour moi de comprendre. »*.

Suite à sa formation, elle définirait les empreintes émotionnelles comme ceci : *« Pour moi c'est le bagage des cellules de tout individu, un bagage qui serait ancré en soi avec des empreintes, et qui forgerait ou qui perturberait toutes les personnes qui seraient en difficulté. »*

En pratique, elle sait repérer des situations de femmes qui auraient besoin d'un entretien consacré exclusivement aux empreintes émotionnelles. Elle se sent plus à l'écoute et a la sensation de mieux comprendre certains troubles. Cependant, elle informe mais n'effectue pas de travail plus approfondi car elle ne se sent pas encore apte. Elle déclare : *« Parce que je pense qu'il faut faire un travail sur soi, et pour moi, il n'est pas encore fini. Je me questionne encore beaucoup, je ne peux pas me lancer dans les entretiens sur les empreintes émotionnelles si je ne suis pas au point sur mon histoire. »* C'est pour cela qu'elle adresse à sa consoeur les patientes qui auraient besoin d'une séance supplémentaire.

Selon elle, on pourrait aborder ce thème durant l'EPP essentiellement car elle estime que c'est à ce moment là que nous pouvons repérer les mamans en situations difficiles. Elle développe également à ce moment là l'importance de la communication avec le futur bébé. Si les futures mamans sont prêtes et que le sage-femme estime qu'un travail serait possible, elle adresse la patiente.

Cependant, elle estime qu'il est possible d'en parler à différents moments, cela dépend de ce qui est remarqué/ressenti par la sage-femme concernant la patiente.

Lors de ses cours de PNP, elle n'aborde pas forcément ce concept car elle estime que ce n'est pas devant d'autres femmes que les personnes en difficulté s'exprimeront. Cependant elle y transmet des messages, sans rentrer dans les histoires personnelles.

Elle me fait part de la complexité pour certains parents chez qui cela n'est pas concret. Elle leur transmet alors les ressentis que peut avoir le futur bébé et des exemples pour qu'ils puissent comprendre. Elle explique : *« Elles comprennent qu'il se passe quelque chose, mais c'est vrai qu'en début de grossesse elles ont des difficultés à se projeter dans ce fœtus et de se dire « il comprend ce qui se passe »*. Et donc je leur dis bien votre ressenti, il va ressentir parce que vous

allez avoir des émotions qui vont faire qu'il va y avoir une accélération du rythme cardiaque, la respiration peut être accélérée donc l'enfant le ressent comme cela. »

Concernant l'abord en périnatalité, elle déclare : *« Je pense que c'est un moment important puisque les femmes elles ne connaissent pas du tout le domaine donc on va les orienter, puisqu'elles ont une problématique qu'elles ne connaissent pas, on va les orienter à ce moment là et puis creuser. »*

Elle pense qu'il serait important de sensibiliser les professionnels et les étudiants, mais pas que. En effet, elle affirme que cela concerne également tout les professionnels qui prennent en charge la femme, future femme enceinte, femme enceinte et la jeune maman.

Néanmoins, elle précise : *« Malheureusement les formations sur les empreintes émotionnelles ne sont pas encore assez connues. Et euh je pense que ce serait indispensable, pour moi, qu'il y ait au moins une annonce que ça existe et quels sont les outils qu'on peut utiliser pour venir en aide à ces femmes puisqu'il y a un problème, il y a une problématique. Mettre le doigt sur la problématique ce n'est pas facile et c'est former les étudiants à conduire un entretien ou à savoir diagnostiquer une problématique pour pouvoir l'orienter parce que je pense qu'il faut s'exercer pour pouvoir vraiment aider des mamans en difficulté. »*

SF 9 :

L'entretien a eu lieu au cabinet libéral de la sage-femme, à 13h et a duré 24 minutes.

C'est une sage-femme diplômée de 2011 qui a effectué quelques remplacements avant de s'installer en cabinet libéral. Elle a souhaité exercer la profession libérale car l'activité hospitalière ne lui convenait pas, trouvant celle-ci trop dans la technicité et trop peu dans l'accompagnement. Au sein de son cabinet, elle pratique les activités suivantes : suivi gynécologique, CPN, PNP (sophrologie et yoga), suivi de sortie précoce, rééducation du périnée. Elle a réalisé des formations dans le cadre de la PNP, de l'homéopathie et du portage bébé.

Elle avait quelques idées sur ce qu'étaient les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance en me parlant de transmission des générations et de ce que ressent le fœtus in-utéro.

Après plus amples explications, elle exprime : *« Oh moi ça me parle complètement, parce que bah, maintenant que je l'ai vécu, une grossesse c'est très bouleversant. On repense à plein de choses, on a plein de souvenirs qui nous viennent, plein d'inquiétudes, on a plein d'angoisse, de stress de se dire « est-ce qu'on répétera certaines choses qu'on n'a pas envie de répéter ». On transpose beaucoup de choses, enfin moi en tout cas j'ai trouvé que je re-transposais beaucoup de choses de ma relation moi de fille finalement euh avec mon bébé. »*

Dans sa pratique, elle l'aborde lorsque les femmes sont anxieuses car ce sont ces patientes qui ont tendance à lui demander si le bébé ressent. Cependant elle insiste sur le fait de pas les faire culpabiliser pour éviter un cercle vicieux d'angoisse.

Elle estime que ce thème peut être abordé par quelqu'un qui a effectué une formation, suite à une démarche personnelle, et qui a fait un travail d'introspection en amont de l'accompagnement des patientes.

En cabinet libéral, elle considère intéressant de l'aborder lors de l'EPP, au 4^{ème} mois. C'est à ce moment qu'elle pose les questions suivantes : *« Est-ce que vous vous projetez déjà un petit peu dans la naissance de votre bébé ? Quelles émotions vous viennent à ce moment là ? Est-ce que vous avez l'impression d'avoir des préoccupations, d'avoir des craintes ? Comment vous vous sentez ? »*. L'EPP lui permet également de guider la PNP.

Cependant elle estime compliqué l'abord lors de séances de PNP, car elle pense que les patientes n'ont pas forcément envie de témoigner devant un groupe d'autres femmes. Avec la sophrologie elle travaille tout de même l'impact des émotions, et la façon de les gérer. Cette dernière permet d'être dans un moment de communication avec le bébé.

Elle observe en pratique des schémas de répétition concernant des déclenchements compliqués, les menaces d'accouchements prématurés, les accouchements très rapides. Mais, elle témoigne, qu'en séance de PNP, elle reçoit essentiellement des primipares et donc que cela ne permet pas d'avoir une vision globale des différents accouchements des multipares.

Concernant l'importance de l'aborder en périnatalité, elle affirme : *« Oui, et je me rends compte qu'en fait je le prend pas assez en compte parce que ces empreintes là, elles sont, ouais c'est vrai, capitales dans la façon dont on peut se connecter à son bébé, dans la façon dont on peut se projeter dans la naissance, son rôle de maman. »*

SF 10 :

L'entretien a eu lieu au cabinet libéral de la sage-femme, à 11h et a duré 41 minutes.

Cette sage-femme a travaillé en milieu hospitalier pendant 16 ans, puis elle a effectué une double activité (libéral-hospitalier) pendant 2 ans, pour finir par s'installer complètement en cabinet libéral. Elle y effectue des activités de suivi gynécologique, de CPN, de PNP (sophrologie et haptonomie), de rééducation du périnée. Mais son activité principale est l'haptonomie. Concernant son installation en cabinet libéral, elle explique : « *Ben j'avais envie de vivre autre chose que ce qu'on fait de façon formelle à la maternité, j'avais fait le tour des choses et voilà, j'avais aussi envie d'être indépendante et puis découvrir par moi-même une autre facette et être un peu moins dans la médicalisation, je pense aussi oui.* ».

Concernant le sujet d'étude, elle expose : « *Ben ça m'évoque plein de choses parce que forcément c'est euh..., comment dire, l'enfant n'est pas encore avec des empreintes normalement quand il est présent in-utéro, au tout début de sa vie je dirai, même au niveau embryonnaire et ces empreintes il va les former progressivement avec certainement euh comment dire, des, enfin moi j'appelle cela des projections qui ne sont pas forcément justes. Pour moi les bébés, et j'ai bien envie de dire des bébés, c'est pas pour moi des fœtus parce qu'effectivement ils ont tout un vécu in-utéro qui est profond et qui est surprenant. Et je pense que, affectivement, ils sentent énormément de choses et que ben parfois on n'en a pas conscience, on ne tient pas compte de ses perceptions voire de ses émotions ; et l'enfant ne se sent pas entendu, accompagné, soutenu aussi par ses parents parce qu'ils ne savent pas, mais même aussi par les équipes médicales qui n'ont pas conscience du ressenti de l'enfant in-utéro et donc ça laisse des empreintes. Et ça laisse d'autant plus des empreintes pour la naissance parce qu'effectivement, la naissance est un grand voyage qui peut être bien vécu mais qui peut être aussi de l'ordre du traumatisme autant pour les parents que pour l'enfant aussi. Mais l'enfant n'est pas entendu dans ce qu'il vit et ça va être difficile pour lui.* »

Elle intègre cela à sa pratique et parle de « *porte de conscience qui s'est ouverte* » lorsqu'elle a eu notion de tous ces ressentis, grâce à l'haptonomie. Cette dernière lui a permis de prendre conscience du vécu in-utéro et de ce fait, elle aide maintenant les parents à s'en rendre compte, lors des séances.

Lorsqu'il existe des difficultés en prénatal, elle explique : « *Donc dans ces cas là je les mets aussi en relation avec ce que le bébé peut vivre ou percevoir éventuellement oui.* »

Concernant l'après-naissance, elle aborde cela plutôt lors de difficultés, comme un enfant inconsolable où elle utilise le revécu émotionnel de naissance (faire revivre à l'enfant sa naissance et le libérer de possibles difficultés).

Elle estime également important que les professionnels de santé et les étudiants soient informés, car sans cette notion ils peuvent parfois être délétères dans leurs attitudes. Pour une utilisation plus spécifique, des formations sont nécessaires avec un travail personnel préalable.

Dans sa pratique, elle l'utilise à tout moment (pré et post-natal) et pratique parfois une consultation supplémentaire si nécessaire. Elle y parle de l'importance de la communication avec le bébé : « *Et donc l'idée c'est quand mettant des mots dessus, en disant au bébé « t'es pas responsable de ce que je ressens, c'est pas toi qui porte cette responsabilité là », parce que souvent l'enfant prend pour lui cette responsabilité, et bien souvent ça l'apaise, parce que ça aussi ça laisse des empreintes.* ». Elle prend également en compte le transgénérationnel.

SF 11 :

L'entretien a eu lieu au cabinet libéral de la sage-femme, à 08h et a duré 47 minutes.

Cette sage-femme a préalablement eu un court parcours d'infirmière. Elle a vite repris les études pour devenir sage-femme en commençant par exercer en milieu hospitalier. Ayant l'envie d'effectuer une prise en charge plus globale de la patiente, elle est, aujourd'hui, installée en cabinet libéral depuis 14 ans. Elle est formée en sophrologie, en rééducation du périnée, sur le deuil périnatal et a effectué le DU de périnatalité.

Les empreintes émotionnelles lui parlent beaucoup. Elle expose : *« Et bien je me suis rendue compte que globalement, ça peut paraître un peu ésotérique, du coup j'en parle quasiment jamais en cours sauf si j'ai l'occasion de le faire, mais je l'ai fait une fois et j'ai vu que la femme elle n'entendait pas donc je me suis dit qu'il n'y avait pas d'intérêt quand ça ne vient pas d'elle, elle n'était pas là dans son chemin. Que finalement il y a souvent des angoisses de mort, de elle fœtus, par rapport à la grossesse de leur maman quand elle la portait elle. »*

Elle aborde ce sujet essentiellement en cas de difficultés ou de questionnements des patientes, en insistant sur l'empathie et la bienveillance. Effectivement, elle explique : *« Je me dis toujours : on a une place qui peut être tellement importante qu'il faut surtout faire attention. »*. C'est pour cela qu'il lui semble intéressant de sensibiliser les étudiants sages-femmes et les professionnels. Aussi, elle fait part du fait d'avancer soi-même pour avancer avec les autres ; car c'est cela qui l'a aidé concernant la sophrologie (par une introspection en amont).

En pratique, peu importe le moment, elle l'aborde selon le contexte. Elle parle, entre autres, du ressenti in-utéro, en essayant de ne pas culpabiliser les femmes.

Elles observent que les femmes réagissent différemment à ses propos. Elle transmet : *« Je dis toujours vous savez les primi, vous allez entendre certaines choses , je dis la même chose pour les secondes et les 3e pares sauf que chacune vous prenez... en fonction de ce que vous entendez vous l'interprétez différemment. Moi je dis la même chose mais vous vous n'êtes pas au même moment, au même endroit et puis ça parle et ça résonne en vous différemment, on est toutes différentes. »*

L'abord en périnatalité est important selon elle : *« On travaille à un moment de vie incroyable alors j'essaie d'y mettre toutes mes compétences et ma sensibilité je dirais »*.

En exemple, elle cite : *« Il y a des femmes qui ont été transférées en réa par exemple et la petite était séparée de sa mère. Donc le bébé ça lui a fait peur pour elle. Je vais pas vite avec elle, je vais doucement, là je suis un peu plus brut dans ce que je dis. Et un jour elle me dit un peu de façon agressive « mais on peut s'attacher à quelqu'un d'autre qu'à sa mère tout de suite ». Oui bien sûr heureusement. Elle me dit « mon papa a été très présent quand ma mère était en réa ». Je lui dis « c'est super, très bien, bien-sûr, évidemment, heureusement, le bébé il en a besoin aussi ». Et elle me dit 1h après « de toute façon moi je m'entends pas du tout avec ma mère ». J'ai rien dit, j'ai laissé, il faut qu'elle travaille. Chacune sa route, on ne sait pas à qui on a affaire, je ne sais pas où elle en est. Mais je me dis elle a très certainement compris qu'il y avait un truc. Donc du coup elle elle fait de l'asthme par exemple, elle ne sait pas respirer et ça j'en ai beaucoup de rapports comme ça à la mort : que ça soit pour les enfants, pour le nouveau-né ou pour elle-même ou par rapport à sa mère dans le ventre ; en fait c'est dans la pulsion de mort. Tu feras attention, tu remarqueras et c'est tout le temps comme ça. Moi je parle après qu'il faut être dans la pulsion de vie pour avoir un équilibre. »*

SF 12 :

L'entretien a eu lieu au cabinet libéral de la sage-femme, à 16h30 et a duré 40 minutes.

Cette sage-femme a essentiellement travaillé en libéral depuis son diplôme (une année effectuée en hospitalier). Aujourd'hui elle est installée en maison de santé, comprenant médecin, podologue, infirmier, avec la PMI qui intervient également. Elle effectue des activités de CPN, de PNP, de consultations post-natales, de rééducation du périnée, de gynécologie, PRADO. Elle a souhaité effectuer sa profession en libéral pour être plus disponible pour ses patientes, créer une relation plus particulière avec elles.

Les formations qu'elle a réalisées concernent la rééducation du périnée et la gynécologie. Aussi, elle a le projet de réaliser une formation en acupuncture.

Concernant le thème du mémoire, elle avait déjà eu notion de cela quand elle avait effectué un stage où le psychiatre lui avait parlé des impacts possibles des émotions : *« qui disait [le psychiatre] qu'il y avait des études qui avait été faites : les mamans plus stressées pendant la grossesse, les bébés deviennent plus excitables et ont une réponse au stress beaucoup plus importante et rapide. »* dit-elle. Aussi, c'est en discutant avec des ostéopathes qu'elle a pu en savoir davantage. Ils lui expliquaient qu'ils pouvaient ressentir quand la maman avait subi un stress important ou un deuil pendant la grossesse.

En pratique, elle ne trouve pas toujours aisé de l'aborder du fait du stress déjà préexistant chez les mamans et qui pourrait s'amplifier en abordant ce sujet. Il faut partager les notions correctement, pour ne pas induire de stress.

Lors de l'EPP elle explique superficiellement, cependant ce sont durant les cours de PNP, en suivi PRADO et en rééducation périnéale qu'elle donne le plus d'informations. Elle a remarqué qu'il était parfois plus aisé d'en discuter quand le nouveau-né était là. Elle ne l'aborde pas durant les CPN car elle n'a pas forcément le temps et elle préfère être plus disponible afin d'expliquer correctement à la patiente, pour ne pas être déléguée.

Cela se transmet, cependant, par le savoir-être. Elle explique : *« Moi en tout cas je leur montre quand j'examine un bébé par exemple je lui parle je lui explique ce que je vais faire, pourquoi je le fais, enfin voilà on explique vraiment la démarche et comme ça ça montre, sans forcément expliquer aux parents. Ils voient que moi je le fais et donc ils se disent "c'est vrai je vais le faire aussi". »*

Concernant les réactions des mamans, elle transmet : *« Certaines disent ah bah de toute façon il m'entend pas. A moi de rebondir et de dire bah si il vous entend, même si il ne comprend pas forcément ce que vous dites, de toute façon on ne sait pas après la naissance à partir de quel âge ils comprennent exactement les choses ; donc on ne peut pas se dire je ne lui parle pas jusqu'à tel âge et puis d'un coup, du jour au lendemain, je vais lui parler. Il faut le faire dès le début. Donc elles rigolent mais après elles réfléchissent et disent « ah d'accord ». Il y en a beaucoup qui sont surprises parce qu'elles pensent que le bébé dans le ventre il est dans sa bulle et il est coupé de tout et qu'il ressent rien. Après il y en a qui leur prêtent des émotions qui sont surprenantes parfois. Il y en a beaucoup qui disent là il me fait mal ou quand je me mets sur le côté ça ne doit pas lui plaire parce qu'il bouge beaucoup enfin des interprétations parfois surprenantes. Il y en a quand je leur en parle elles me disent oui par exemple il entend la musique. Elles ont un éclair de lucidité comme si elles n'y avaient jamais pensé jusque avant : ah bah oui quand je mets certaines*

musiques, il bouge plus comme s'il était content. Et je leur dis oui vous voyez il y a une interaction possible. Elles le remarquent un peu. Mais j'ai l'impression que pour certaines si on ne leur dit pas clairement elles n'y font pas trop attention. »

Elle passe l'information aux couples et en fonction des réactions en retour elle va plus loin ou non, en fonction de son ressenti.

Si les difficultés possibles la dépassent, elle fait appel à un psychologue pour prendre en charge la patiente.

Elle estime important d'aborder cela auprès des professionnels et étudiants sages-femmes. Cependant, elle se rend compte que beaucoup de notions sont déjà à aborder durant ce cursus.

SF 13 :

L'entretien a eu lieu au cabinet libéral de la sage-femme, à 17h30 et a duré 22 minutes.

Cette sage-femme a travaillé 17 ans en milieu hospitalier, puis pour assurer un suivi plus global, elle a décidé de s'installer en cabinet libéral il y a 15 ans. Elle y effectue des EPP, des CPN, de la PNP (classique et piscine), de la rééducation du périnée ainsi que du suivi gynécologique.

Les empreintes émotionnelles lui évoquent l'haptonomie et tout ce qu'il y a autour des angoisses, des peurs des femmes enceintes et les répercussions possibles sur le bébé.

Elle a eu notion de cela par le biais d'un CMP (Centre Médico-Psychologique) qui possède une unité en périnatalité. Ils se réunissent une fois par mois pour discuter de tout ce qu'il y a autour de la périnatalité.

En pratique elle aborde cela en cas de difficultés car elle estime que, sans difficultés, aborder cela pourrait perturber la femme enceinte. Elle transmet : *« Je dirais de faire un travail si elles le demandent ou si elles ne sont pas bien voilà. Mais si elles sont à l'équilibre est-ce que ça ne va pas détruire l'équilibre, leur mettre un coup je ne sais pas... »*

Pour cela, lors de l'EPP elle questionne la femme-enceinte sur sa propre naissance afin de mettre le doigt sur des possibles peurs ou ressentis.

Elle explique : *« Même si elle me dit : non non je n'ai pas peur ou voilà. Je veux dire la façon dont elles vont parler de l'accouchement de leur maman : ça a été atroce ou ça a été...voilà. Ça va déjà véhiculer quelque chose. »*

Lors de la 1^{ère} séance de PNP, elle demande aux femmes de dessiner un bébé dans l'utérus. En fonction des dessins, c'est parfois l'occasion de parler de certaines choses également. Elle aborde également, durant les séances, le fait de communiquer avec le bébé.

C'est en post-natal qu'elle l'aborde le plus.

Pour comprendre les réactions des patientes, elle considère que les professionnels et étudiants sages-femmes doivent être informés.

Annexe IV - Entretien complet réalisé avec la SF 10

Cette sage-femme m'a proposé de la tutoyer.

Alors si tu le veux bien, on peut commencer par reprendre ton parcours en tant que sage-femme, depuis ton diplôme :

Depuis mon diplôme ben j'ai beaucoup travaillé à (Hôpital de la région), pendant seize ans. Et puis j'ai une fait une bi-activité en libéral et j'ai été à l'hôpital en même-temps, de 2009 à 2011. Et puis après, mon activité étant plus conséquente, je me suis installée en libéral. Alors je fais de la sophro, de l'haptonomie et c'est l'haptonomie qui est la plus grande part de mon activité. Naturellement je fais tout ce que les sages-femmes libérales font aussi : rééducation, consultation prénatale, suivi gynéco, pause de stérilet etc. Mais ce n'est pas mon activité la plus importante. Mon activité la plus importante c'est l'haptonomie.

As-tu réalisé des formations durant ton parcours ?

Oui oui, bah oui. Ben en l'occurrence pour l'haptonomie j'ai fait une formation qui a commencé en 2009 et qui a fini l'année dernière. Mais c'est tout un cursus où j'ai fait la formation d'hapto qui a duré à peu près quatre ans, où c'était l'accompagnement de la naissance. Mais c'était pas quatre années pleines mais c'était quatre fois douze jours par an. Et ensuite j'ai fait la formation pour l'accompagnement du bébé après la naissance, en hapto. Et puis après j'ai fait la formation sur le revécu émotionnel de naissance.

Qu'est-ce qui t'as donné envie de t'installer en libéral ?

Ben j'avais envie de vivre autre chose que ce qu'on fait de façon formelle à la maternité, j'avais fait le tour des choses et voilà, j'avais aussi envie d'être indépendante et puis découvrir par moi-même une autre facette et être un peu moins dans la médicalisation, je pense aussi oui.

Je t'avais contacté dans le cadre de mon mémoire sur les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance. Qu'est-ce que cela t'évoque ?

Ben ca m'évoque plein de choses parce que forcément c'est euh..., comment dire, l'enfant n'est pas encore avec des empreintes normalement quand il est présent in-utéro, au tout début de sa vie je dirai, même au niveau embryonnaire et ces empreintes il va les former progressivement avec certainement euh comment dire, des, enfin moi j'appelle cela des projections qui ne sont pas forcément justes. Pour moi les bébés, et j'ai bien envie de dire des bébés, c'est pas pour moi des fœtus parce qu'effectivement ils ont tout un vécu in-utéro qui est profond et qui est surprenant. Et je pense que, affectivement, ils sentent énormément de choses et que ben parfois on n'en a pas conscience, on ne tient pas compte de ses perceptions voire de ses émotions ; et l'enfant ne se sent pas entendu, accompagné, soutenu aussi par ses parents parce qu'ils savent pas, mais même aussi par les équipes médicales qui n'ont pas conscience du ressenti de l'enfant in-utéro et donc ça laisse des empreintes. Et ça laisse d'autant plus des

empreintes pour la naissance parce qu'effectivement, la naissance est un grand voyage qui peut être bien vécu mais qui peut être aussi de l'ordre du traumatisme autant pour les parents que pour l'enfant aussi. Mais l'enfant n'est pas entendu dans ce qu'il vit et ça va être difficile pour lui.

Comment as-tu connu cela ?

A travers l'haptonomie. Ce qu'on appelle la préparation affective à la naissance, ça a pour but vraiment de rentrer en relation avec le bébé. Et déjà en faisant cette approche là, on constate que le bébé a une vie intérieure très très riche et il perçoit beaucoup de choses. De façon consciente il vient faire des câlins à ses parents, il vient vraiment les chercher, déjà in-utéro donc c'est vraiment quelque chose de très fort. Et donc ça met aussi les parents en regard de l'aide qu'ils peuvent apporter à leur enfant, tant pour la grossesse par la communication mais aussi, et surtout, pour la naissance et l'après-naissance. C'est se mettre déjà en résonance avec l'enfant.

Comment utilises-tu cet outil ?

Maintenant ça fait parti de ma vie hein, pour moi c'est une réalité, c'est une porte de conscience qui s'est ouverte en constatant combien le bébé vit des choses très très fortes et ça peut, comment dire, interférer dans sa vie, dans sa façon de concevoir son existence avec parfois des pensées limitantes qui peuvent l'empêcher de se réaliser. Donc c'est ça qui est important, dont on doit prendre conscience au jour d'aujourd'hui je dirai, en tant que parent, en tant que professionnel ça c'est important aussi.

Dans ta pratique, comment accompagnes-tu les femmes pour leur transmettre cela ? De quelle façon ? A part en haptonomie ?

Bah à tout moment, quand je les vois, dans toutes situations : en préparation à la naissance, je fais de la sophro, je leur parle beaucoup du ressenti du bébé in-utéro même si on ne fait pas de l'hapto. Bien entendu en hapto ça c'est le parcours. Et puis euh en rééducation périnéale, après la naissance, si les parents ont des soucis et ben on aborde aussi les soucis qu'ils peuvent rencontrer. Donc dans ces cas là je les mets aussi en relation avec ce que le bébé peut vivre ou percevoir éventuellement oui.

Avec quelles femmes aborderais-tu cela ? Comment ?

Si je les vois en difficulté et généralement si elles sont en difficulté, elles demandent. Nous en tant que professionnel, en tant que sage-femme, on a tendance à conseiller beaucoup. Et donc effectivement si elles sont en difficultés, je leur apporterai ce qu'elles ont besoin. Si elles ne demandent pas, je ne vais pas forcément leur dire. Voilà. J'ai pas de leçons à donner à ce niveau là, c'est leur vécu, c'est eux les parents. Je ne suis qu'une personne qui intervient, comme ça, de façon ponctuelle, dans leur vie. Et ils prennent ce qu'ils veulent. Je ne détient aucun vérité, c'est eux qui détiennent leur vérité. Et si ça leur convient, ça leur convient. Mais si ça leur convient pas, je ne vais pas insister. C'est selon la demande.

Donc plus quand tu repères quelque-chose, tu leur en parles et tu vois leur réaction ? :

Oui voilà, ça dépend un peu de leur demande, s'ils ont des difficultés je leur en parlerai. S'ils n'ont pas de difficultés, je ne vois pas forcément pourquoi je leur en parlerai.

Que penses-tu du fait de l'aborder en périnatalité ?

Ah bah oui c'est important oui je pense. Enfin moi c'est ma passion, donc forcément c'est (rires) le chemin que j'ai choisi quelque part. Donc euh en tout cas mettre en conscience les parents au départ, là oui c'est fondamental, j'en parle c'est sur. C'est plus sur l'après naissance, si les parents n'ont pas besoin, je ne vais pas forcément leur en parler. Mais si effectivement ils en ont besoin, j'en parlerai, dans le revécu émotionnel de naissance, oui.

Quand tu dis que tu fais prendre conscience aux parents, que transmets-tu ?

Par les explications et les vécus que j'ai d'accompagnement. Je fais quand même pas mal de revécus émotionnels chez les bébés et quand ça fonctionne, ça veut bien dire que c'était réel, que c'était ce que le bébé voulait entendre. Donc je relate aussi des vécus de retour d'expérience euh par rapport à des sujets qu'on aborde, pour prendre conscience combien le bébé a besoin d'être entendu, reconnu, respecté : c'est un être humain, c'est déjà un être humain et il réagit comme nous. Le principe de défendre déjà ce petit être qui est en devenir quelque part dans toutes ses émotions. Et il est vraiment vierge de toutes situations difficiles au départ donc on peut l'aider, l'accompagner. Au plus on va l'accompagner, au moins il va porter d'empreintes, je dirai, néfastes qui pourraient interférer dans son évolution et son devenir en fait.

En général, quelles sont les réactions des femmes que tu suis ?

Ben, généralement, c'est des réactions très positives parce que je pense qu'intuitivement elles sentent bien leur enfant, et elles sentent souvent que c'est tout à fait juste, c'est un peu le langage du cœur quoi quelque part. C'est écouter l'enfant avec le cœur, ce n'est pas écouter l'enfant avec la tête et avec le mental, c'est l'écouter avec le cœur et la fibre de leur humanité qu'elles ont en elles. Donc souvent c'est des regards de surprise mais aussi, ça les rassure beaucoup de savoir qu'elles ont la compétence de pouvoir aider leur bébé, de pouvoir leur parler, de pouvoir les accompagner. C'est vraiment quelque chose de l'ordre de la ressource.

(Coupure par la collègue, pause de 2 minutes le temps de répondre à ses questions)

Tu me disais que ça pouvait aider les femmes, les rassurer de savoir qu'elles pouvaient aider leur bébé. Comment leur transmets-tu ? L'aide qu'elles peuvent apporter, de quelle manière vois-tu cela ?

Bah dans une écoute, une reconnaissance émotionnelle sur ce que peut vivre le bébé, de mettre des mots sur ses émotions puisqu'en fait souvent on considère que l'enfant comme il ne peut pas parler ben il ne ressent rien ou il ne perçoit rien. Alors qu'il perçoit énormément de choses mais ce qui lui manque c'est de mettre des mots sur ce qu'il vit. Et il n'y a que les parents qui

peuvent le faire, ils détiennent comme je l'ai dit le verbe, par contre le bébé le détient pas et c'est les parents dans leurs rôles qui sont dans une écoute intuitive j'ai envie de dire. Ils perçoivent généralement bien ce que le bébé perçoit et ils connaissent aussi les tenants et les aboutissants et euh ils peuvent mettre des mots sur ce qui se passe sur l'enfant. Et le fait de mettre des mots ben ça crée un espace d'écoute, de relâchement et de compréhension aussi et donc le bébé, comment dire, est rassuré quoi, ça l'apaise. Souvent les parents refusent souvent d'entendre le bébé pleurer, c'est difficile pour eux. Et puis ça les renvoi peut être à leurs propres pleurs de bébés et ça les remet en relation avec leurs propres histoires où ils ont pas été entendus, écoutés. Donc pour certains parents c'est intolérable d'entendre leurs pleurs, et euh ils vont faire diversion en le portant, en le berçant, en lui chantant des chansons, en le mettant au sein aussi. Des fois ça aussi c'est terrible de le mettre constamment au sein, c'est pire que tout parfois, c'est là où on a des reflux, des problèmes digestifs. Ils disent souvent « c'est des coliques » et je leur dit « mais vous savez parfois c'est d'ordre émotionnel, c'est comme vous quand vous êtes pas bien vos intestins ils fonctionnent aussi », il y a des choses qu'ils digèrent pas tant matériellement qu'émotionnellement quelque part.

Cela s'applique-t-il également in-utéro ?

Oui je parle bien de communication pour le bébé in-utéro, c'est fondamental même. Les parents doivent parler au bébé, lui expliquer les émotions qui peuvent éventuellement être ressenties par la maman parce que le bébé les ressent directement, ils sont en symbioses. Il ressent aussi les émotions de son père. Et donc l'idée c'est qu'en mettant des mots dessus, en disant au bébé « t'es pas responsable de ce que je ressens, c'est pas toi qui porte cette responsabilité là » parce que souvent l'enfant prend pour lui cette responsabilité. Et bien souvent ça l'apaise, parce que ça aussi ça laisse des empreintes.

As-tu remarqué des changements dans ta pratique depuis que tu connais cela ?

Oh ben oui, j'ai à cœur d'accompagner les bébés aussi, c'est pas uniquement les parents. Je dirai que la personne la plus vulnérable c'est le bébé. Les parents ont une certaine vulnérabilité mais ce sont des adultes, ils ont un certain libre arbitre, ils peuvent se défendre plus facilement. Les bébés ne peuvent pas se défendre. Donc c'est un peu dans ce cadre là où je mets en conscience les parents pour qu'ils protègent le bébé justement.

Prends-tu en compte le transgénérationnel ?

Ah oui, ah oui oui oui. Je prends aussi en compte les accidents qui se passent pendant la grossesse, les pertes de sang qui sont souvent en alliance parfois avec des grossesses gémellaires qui n'ont pas été diagnostiquées à la base et qui peuvent avoir une incidence sur le vécu de l'enfant qui va venir, ça aussi c'est terrible pour l'enfant qui va venir, ça laisse des empreintes aussi.

Dans ta pratique, arrives-tu à intégrer cela (niveau logistique, temps, consultation supplémentaire etc) ?

Si parfois parce que quand j'entends, par exemple là après il y a une maman qui vient me voir, que je vais voir comme ça pour faire le revécu émotionnel pour son petit garçon parce que voilà c'est un petit bébé qui pleure toujours, moi ça me fait mal au cœur d'entendre, d'avoir, fin voilà pour moi c'est une évidence qu'on ne doit pas laisser les bébés souffrir comme ça et que ce petit bonhomme il a besoin d'être entendu et écouté. Et que les parents comprennent pourquoi et qu'ils puissent décrypter la raison de son mal-être quelque part, parce qu'elle a été faire de l'ostéopathie, elle a été voir le pédiatre : on ne trouve pas de solution, elle tourne en rond, elle ne sait pas comment faire. A la limite c'est presque une consultation libre, je vais même pas la faire régler parce que là je viens ici comme ça, parce que je l'ai accompagné et je trouve ça juste aussi euh de la voir dans ce contexte là.

Observes-tu des changements concernant les parents et les bébés ?

Une prise de conscience des parents en se disant que la naissance ben c'était pas facile pour le bébé ; ils n'avaient pas conscience que le bébé vivait autant de chose et puis tout d'un coup « oh ben », ils sont un peu sidérés. Et puis de voir que le bébé et ben, après une séance, je dis pas systématiquement à la fin de la première séance, après je n'ai pas de moyens magiques pour régler donc parfois ça fonctionne très bien, parfois ça fonctionne moins bien ou ça fonctionne pas du tout parce que je suis à côté de la plaque par rapport à ce que le bébé voulait dire et ça peut être le cas effectivement. Mais quand c'est juste, et pour ça le bébé est très précis (rires), quand il a décidé quelque chose c'est une réalité et il sait avec qui il peut le faire aussi, ça aussi c'est une réalité. Et bien quand on va, de façon très juste, souligner ce qu'il veut dire, et bien là tout d'un coup : il s'apaise, un grand soupir, un sourire et hop c'est fini on n'en parle plus et c'est un bébé apaisé qui va trouver le sommeil, qui va avoir des rythmes qui vont s'installer plus facilement, une relation à ses parents plus facile aussi, etc. Parce que le nœud du problème a été dénoué, c'est parfois assez spectaculaire.

Aurais-tu un exemple à me raconter ?

J'en ai plein d'exemples (rires). Ce qui me vient là.... (réflexion)
Là j'ai eu un petit bébé que j'ai vu plusieurs fois, il avait 5 mois, c'était un accouchement globalement physiologique, la maman l'avait très bien vécu, sans extraction, sans rien. Le bébé pleurait beaucoup après la naissance, et en gros, si je me souviens bien, ce petit bébé avait eu des anomalies de rythme assez conséquente vers la fin et donc rapidement il est venu au monde et euh il n'y a pas eu d'extraction quand même mais c'est un bébé qui a eu très peur, qui était perdu dans la naissance et effectivement quand on a fait le revécu émotionnel il était tout perdu, il bougeait sa tête comme ça (mouvements de tête sur les côtés), il était tétanisé par la peur, il ne savait pas comment trouver le chemin. Et le fait de faire ce revécu, on répare à chaque fois car on lui permet de retrouver la sensation d'être acteur de sa naissance. Et donc, après l'avoir fait une première fois, ou deux fois parce que parfois ça m'arrive de le faire trois fois dans le même séance, mais différemment pour ne jamais mettre l'enfant dans un sentiment d'échec, toujours dans un sentiment de réalisation, de réussite et de le mettre en lien avec ses compétences pour réparer. Et bien ce petit bébé s'est apaisé et les parents ont vu une évolution favorable. Mais en fait il y avait toujours quelque chose, c'était un bébé qui avait toujours

besoin d'être rassuré, la nuit il se réveillait toujours. Il y avait aussi des projections de la maman qui avait besoin de réparer beaucoup de sa propre enfance aussi, de son papa aussi : ils avaient un parcours qui était difficile au niveau familial aussi. Et euh ils avaient fait aussi un travail sur eux, au niveau psychothérapie pour être de bons parents. Ils avaient vraiment à cœur d'être de bons parents et de pas faire d'erreurs. Mais voilà ça pouvait casser un peu parfois leur spontanéité. C'était une façon de faire.

On est restés beaucoup en lien et on devait se revoir là pour leur petit bonhomme. Et puis je leur ai dit « il me semble qu'on a raté un truc, il y a un truc qu'il a voulu dire et je pense qu'il est encore avec des peurs par rapport à ça, même si on a résolu des choses, tout n'est pas résolu. Et s'il se réveille comme ça souvent et qu'il a besoin de beaucoup de sécurité c'est peut être parce que vous avez du mal à le lâcher et à lui faire confiance, mais c'est peut-être aussi autre chose qui est derrière ».

Donc j'ai réaccompagné ce bébé mais voilà j'ai demandé à la maman « rappelez moi un peu ce qu'il s'est passé pendant la grossesse ? Avez-vous perdu du sang pendant la grossesse, des choses comme ça ? »

Et elle me dit « Ben oui, j'ai eu des saignements abondants tout d'un coup comme ça, on a pas trouvé la raison, c'était inconnu, on pense que c'est le col ou il y avait un petit hématome à côté du placenta mais c'était pas explicite ».

Et ils m'en avaient pas parlé quand on avait parlé du revécu, et la première fois.

Et je lui ai dit « vous savez parfois les saignements ça peut être associé éventuellement à la perte d'un petit bébé, qui pouvait être là au tout début de la vie et qui n'a pas évolué comme ce petit garçon ». La maman me dit « oh bah non, on avait fait une écho très précoce à 12 semaines, on l'a bien vu, on n'a pas vu d'activité cardiaque autre ».

Je dis « oui mais peut être que cet embryon qui était là n'a pas évolué et puis il est resté latent sans évoluer, il était déjà décédé quelque part mais vous l'avez évacué à travers le placenta ». Et moi je pars beaucoup du principe que, maintenant c'est discutable ce que je dis, que souvent ce que la maman vit pendant la grossesse et bien ses saignements c'est comme si le bébé parlait dans ses ressentis, ses douleurs mais aussi ce placenta qui saigne comme un pleur. C'est discutable mais je pense que souvent ce que la maman vit pendant les grossesses c'est comme si c'était le reflet de ce que l'enfant vivait dans ses douleurs, comme si c'était en résonance. Ça peut être discutable mais ce que je perçois c'est que ça s'affirme un petit peu davantage au fil de l'accompagnement.

Et donc j'expliquais à ce petit bonhomme un peu les tenants et aboutissants en disant « mais il y avait peut-être un petit bébé avec toi au départ et t'avais choisi de commencer ta vie avec ce petit bébé, vous étiez dans ce projet commun d'évoluer, de grandir ensemble » et là tout d'un coup, il jouait avec des jeux, et il me regarde avec des grands yeux ouverts et il plante ses yeux dans mes yeux et il bouge plus.

Et je dis « ben c'est peut-être ça que tu as du mal à dormir la nuit ? Peut-être que tu voulais ce petit bébé avec toi ? Tu voulais continuer peut-être ta vie et ce petit bébé n'a pas fini sa vie parce que, ben voilà, peut-être que ce n'était pas le bon moment pour lui de « s'incarner » ». Alors là on va un peu dans le spirituel mais voilà quelque part ça peut être de cet ordre là mais quoi qu'il en soit il y a beaucoup de choses qui se passent quand même, et c'est un peu sidérant. Donc je l'appelle comme c'est mais je ne veux pas mettre de connotation religieuse ou quoi que ce soit derrière.

Et ce petit bonhomme me regardait avec des yeux remplis de surprise, il ne bougeait plus, il me regardait et on échangeait ensemble. Et je lui dis « tu sais tu n'est pas responsable de ce qui s'est passé à ce petit bébé qui était peut-être un petit frère ou une petite sœur, c'est son choix de ne pas continuer sa vie et tu n'es pas responsable de sa non évolution, de son décès quelque part parce que tu pourrais te sentir responsable, or c'est pas toi qui est responsable de ce qui

s'est passé, tu as donc le droit de continuer ta vie. Et je suis persuadée que ce petit frère ou cette petite sœur, il a envie que tu continues ta vie, que tu sois heureux dans ton existence et que tu puisses être apaisé et je pense que ça pourrait être précieux que ton papa et ta maman fassent une cérémonie pour lui dire au revoir de façon symbolique. ».

Et donc, j'abrège un peu les choses, mais il y avait beaucoup d'émotions pour ces parents, d'ailleurs ils étaient en pleurs. Et quand ça vient tout d'un coup comme ça, je me dis « oh inconsciemment il y a quelque chose quoi ».

Et effectivement ce petit bonhomme en lui parlant comme ça, il a commencé à pleurer, à exprimer mais il a gardé un peu et euh il a pas vraiment exprimé dans la séance, là il était à 5-6 mois. Souvent les nouveau-nés, ça m'est déjà arrivé de faire des séances comme ça et ils pleurent tout d'un coup ; lui il le gardait encore. Mais il commençait à pleurer et quand je reposais des questions tout d'un coup il arrêta et il me regardait à nouveau.

Et donc j'expliquais aux parents comment faire pour faire une cérémonie symbolique pour dire au revoir à ce petit bébé, tout en étant avec ce petit garçon. Et je leur disais « Ca peut être intéressant d'offrir un doudou qui symboliquement représente ce petit frère ou cette petite sœur ; qu'il peut serrer dans les bras quand il veut, de façon symbolique, pour ne pas se sentir seul, pas de sentiment d'abandon. » Parce que je leur disais « il a peut-être ce sentiment d'être abandonné, d'être seul ».

Et donc la maman m'a envoyé un message : ils ont fait la cérémonie et il a commencé à beaucoup pleurer, il a lâcher. Et le dimanche les parents m'ont envoyé un message parce qu'ils ne savaient pas quoi faire, il pleurait et il n'y avait pas moyen de l'apaiser suite à la cérémonie. Et moi j'ai répondu « Votre petit garçon il fait son deuil, enfin, il a le droit de pleurer, il a droit d'exprimer. Et l'important c'est d'expliquer ce que vous avez fait parce que peut-être qu'il a besoin davantage d'explications et que vous puissiez prendre le temps de l'écouter et pas forcément de le bercer, pas forcément de le mettre au sein mais d'être avec du holding en quelque sorte, le contenir, et de lui laisser livrer ce qu'il a envie de livrer dans ce contexte là ». Puis la maman m'a renvoyé un message en me disant que depuis sa naissance il s'est rendormi pour la première fois tout seul, qu'il a bien dormi, qu'il est apaisé, tranquille et serein.

Donc voilà ça veut dire que c'était peut-être ce qui manquait dans l'accompagnement.

Donc ça s'est fait sur plusieurs séances, ça n'a pas été hop tout de suite (claque des doigts), mais parfois c'est tout de suite.

Mais c'est pas forcément de cet ordre là, ça peut être des bébés qui ont l'impression de mourir au moment de la naissance ou pour eux c'est vraiment un sentiment de peur, de crainte, d'être bloqué et de ne pas pouvoir naître et venir au monde, donc ça c'est terrible à vivre et c'est des bébés qui ont du mal à trouver le sommeil. Car le sommeil pour eux c'est lâcher prise et lâcher prise c'est un peu la mort quelque part et donc c'est des bébés qui vont toujours maîtriser, retenir. Et c'est le cas d'un petit garçon : la journée il ne voulait pas dormir, la nuit il se réveillait. Lui il avait été en relation avec la mort d'une autre manière, peut-être avec son vécu de la naissance c'était réimprimer la mémoire de ce qui c'était passé.

J'avais aussi le vécu d'une autre maman. Dans le vécu, cette maman, au moment du travail, elle était toute seule à gérer un peu son travail alors qu'en hauto on apprend au couple d'être ensemble ; mais elle aime bien maîtriser toute seule donc elle laissait son mari dormir.

Mais elle était « pas dedans » comme elle disait. Elle pensait toujours à son petit garçon qui dormait en se disant « Ca y est le travail commence, je vais devoir partir à la maternité, je vais devoir l'abandonner, je vais devoir le laisser ». Mais elle n'était pas du tout présente au bébé qui allait venir. Et cette maman me disait qu'après la naissance, elle était avec sa petite fille qui ne voulait pas la lâcher. Elle pouvait pas faire un pas à côté. Elle ne lâchait pas sa mère, même

pour s'occuper de son aîné et c'était insupportable, même pour dormir. Et donc c'était difficile pour elle.

Elle avait eu pendant sa grossesse des saignements très abondants et elle avait cru perdre cette petite fille, à un moment donné on lui avait dit même « Comptez pas trop dessus, vous risquez de faire une fausse couche ». Et pourtant ce petit bébé est resté et a évolué favorablement.

Et au moment de la naissance, cette maman n'était pas dedans, elle n'était pas avec cette petite fille, elle était avec son aîné. Et pendant tout le travail jusqu'à la naissance et même à la naissance elle était pas vraiment là pour accueillir son bébé. Donc elle en avait conscience, qu'il y avait quelque chose qui n'était pas juste dans l'histoire.

Et ça renvoyait au commencement de la vie de cette petite fille où la maman s'était un peu désinvestie un moment de la grossesse car elle pensait perdre ce petit bébé. Donc c'était comme si c'était une réminiscence de ce qui c'était passé, de son début de vécu jusqu'au moment de la naissance où la maman n'était pas encore là.

Et donc on évoque ça dans le revécu émotionnel de cette petite fille, pour l'apaiser, on dit « ben oui, ta maman t'a manqué, elle était pas avec toi ». Et la maman l'avait reconnu et c'était important qu'elle le reconnaisse parce qu'elle avait besoin d'être entendue. Donc déjà c'était un élément qui sécurisait cette petite fille.

Mais en fait ce n'était pas encore fini, il y avait encore des choses à dire en ce sens c'est que... En fait moi je me souviens de l'histoire de cette maman qui est issue d'une fratrie conséquente. Elle avait un frère qui était venu après elle et elle s'était sentie abandonnée par sa mère. Et en fait sa mère avait du partir précipitamment à la maternité alors qu'elle était toute petite et elle était très entourée par sa mère avant et son frère est arrivé et c'était fini. Donc elle s'est senti abandonnée. Et donc elle rejouait un peu son vécu aussi. Et elle le transmettait à sa petite fille, et sa petite fille c'était pas elle, c'était son fils qui était elle, parce qu'elle avait trop peur qu'il puisse vivre ce qu'elle avait vécue, elle, en étant bébé.

Donc elle transmettait son vécu à cette petite fille. Et en expliquant ça à cette petite fille, elle comprenait davantage. Après il y a eu d'autres choses mais je ne vais pas rentrer dans les détails parce que parfois c'est des tiroirs qu'on ouvre, et on en ouvre encore d'autres. Mais oui c'était assez surprenant.

Et donc voilà ça peut être des histoires de ce type qui sont vraiment assez surprenantes et effectivement, je dirai très aidantes pour le bébé de reconnaître. Parce que le bébé a besoin de savoir, oui, c'est ça. Mais parfois les parents ne le savent pas et ils le découvrent aussi eux-mêmes.

Selon toi, faudrait-on en informer les professionnels ou même les étudiants ?

Ah oui, je pense que ce serait un très bel accompagnement de ce fait, pour les bébés, pour les mamans, pour les couples, de les mettre dans cette résonance là. Et puis ça pourrait faire une société aussi différente, plus respectueuse de chacun. Déjà respectueuse de soi, c'est important. Parce que quand on reconnaît ça chez des enfants et ben ce sont des enfants qui ont généralement conscience de leurs besoins et qui vont pas les mettre de côté parce qu'ils ont été écoutés, donc ils vont prendre soin d'eux plus facilement. Donc déjà si on prend soin de soi, on arrive à prendre soin des autres, on arrive à être dans cette empathie vis-à-vis des autres. Donc je pense que oui, ça pourrait être tellement nourrissant pour chaque être en devenir mais aussi chaque individu aussi.

Penses-tu qu'une formation est nécessaire ?

On peut être ouvert à ça mais à faire des accompagnements, enfin des revécus émotionnels, ça nécessite. Parce que sinon on se plante aussi. Je dis pas que je détiens toutes les clés, et j'ai encore beaucoup de choses à apprendre, je veux encore me former à ce sujet, mais c'est aussi les bébés et les parents qui m'enseignent. Mais je pense, effectivement, qu'il faut une formation sur soi déjà, pour faire son revécu de naissance à soi déjà. Faire un travail autour de soi, ça c'est fondamental, pour pouvoir accompagner. Parce qu'on peut faire des projections de ce qui nous appartient dans le vécu des autres et ça ça va pas, ça parasite et c'est pas juste.

Et puis c'est pas un hasard cette profession qu'on choisit en tant que sage-femme, moi je l'ai su dans mon chemin de vie. Donc oui en faisant le revécu de ma propre naissance, il y a beaucoup de choses qui ont émergé et beaucoup de choses que j'ai lâché aussi. Donc non je pense que quand on veut se consacrer à ça, effectivement, c'est précieux pour accompagner les couples et les enfants. Il faut pas le faire comme ça, il faut pas le faire comme ça à l'empirique, ce n'est pas juste quoi. Par contre, sensibiliser et se sensibiliser oui, effectivement, pour être dans une écoute, dans une empathie et de comprendre. Comme le fait de dire au bébé « oh t'étais pressé, t'as voulu naître maintenant » pour les prématurés. Combien de fois j'ai des bébés qui vivent ça et qui pleurent quand on dit ça, parce que c'est pas vrai, c'est des conneries. Combien de fois on va déclencher des bébés, pour un oui ou pour un non, alors qu'ils sont pas prêts, alors parfois aussi ils sont prêts. Et parfois la maman ne se met pas en route et le déclenchement est juste parce que ça leur convient bien et ça m'est arrivé, donc voilà. On n'a pas des choses toutes claires, toutes définies à « ça c'est un déclenchement, ça va être un bébé comme ça ». Et moi j'avais ce parti pris et c'est pas forcément le cas. Et parfois il y a des bébés qui viennent plus tôt parce qu'il y a un risque vital pour eux, l'utérus est devenu un tombeau.

As-tu des choses à rajouter ? Des questions ?

La communication connectée : moi je l'utilise beaucoup avec des bébés quand je n'arrive pas à dénouer des situations. Et ça m'a, à plusieurs reprises, aidé. C'est de l'ordre de la kinésiologie aussi. C'est très intéressant. On pourrait dire c'est quoi, ça fait sorcière. Mais c'est pas de cet ordre là, on le prend comme ça et quand on voit que le bébé est apaisé, qu'il fait un long soupir et que ça a été parlant pour lui bah voilà. Donc on utilise ce qui fonctionne, et si ça fonctionne tant mieux. Il y a tellement de choses qu'on ne sait pas, qu'on ne connaît pas, et qu'on découvre et où on se dit tout compte fait bah voilà quoi. Donc si ça fonctionne, ça fonctionne. Alors je dis pas qu'il faut partir dans des choses ésotériques ou des choses comme ça, c'est pas le projet, mais c'est vrai qu'on sort un peu du cadre bien médicalisé, scientifique mais en tout cas ça porte ces fruits donc c'est ça qui est intéressant. Donc je pense qu'il y a plein de possibilités, je pense qu'en hypnose on peut faire des recherches dans ce contexte aussi. Donc c'est intéressant. En sophro ben oui pourquoi pas. Moi euh c'est plus en hapto où le projet dans ce cadre là c'est plus de permettre à la personne, donc en l'occurrence au bébé, je dirai, d'émettre ses émotions, d'être entendu, de pouvoir se laver de ça et de pouvoir se sentir compétent, de trouver son chemin, d'être acteur de sa naissance. Quand on parle de la césarienne, combien de fois quand je fais des revécus émotionnels de naissance et qu'ils ont été soumis à une césarienne, ils n'ont pas cherchés le chemin et ils sont complètement statiques et donc faut leur refaire prendre conscience de leur possibilité d'être acteur de leur naissance, de se propulser, de trouver le chemin, c'est ça qui est précieux pour eux.

C'est important, et on peut être tellement délétère au niveau médical, il y a tellement d'attitudes néfastes tant pour les parents que pour le bébé surtout.

Titre : Comment les sages-femmes des Hauts-de-France s'approprient-elles les empreintes émotionnelles de la vie prénatale et de la naissance ?

Tilte : How are "Haut-De-France" midwives familiar with emotional print of in-utero life and ex-utero ?

Résumé :

Objectifs : Apprécier les connaissances et les avis sur le sujet des sages-femmes libérales. Savoir comment il est possible de l'intégrer, ou non, à leur pratique professionnelle : remarques, critiques, propositions.

Méthodologie : Treize entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sages-femmes libérales, contactées grâce aux coordonnées disponibles sur le site internet du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.

Résultats : Le sujet reste encore peu connu, même les sages-femmes ont des notions le concernant. Pour celles l'utilisant, elles arrivent à l'intégrer à leur pratique et observent des résultats pour les nouveau-nés et leurs mères. Pour d'autres, certaines difficultés se posent par rapport à l'insuffisance de temps en pratique, de formation des professionnels, ou des patientes plus réticentes.

Conclusion : Le référentiel métier et compétences des sages-femmes expose l'intégration possible de ces notions dans leur pratique. D'autres professionnels pourraient également être formés sur démarche personnelle, ou tout au moins être informés.

Mots clefs : Empreintes prénatales, naissance, émotions, psychologie, sage-femme, accompagnement.

Abstract :

The aims : Analysing the knowledge and points of view of independent midwives. Finding out whether it is possible or not to include this new notion to their professional activity by gathering comments, critics and proposals.

Methodology : Thirteen semi guided surveys were carried out on independent midwives who were contacted through the Independent Midwives Association website.

Results : The subject is still little-known, even if the midwives have some notions about it. The midwives who use it manage to include it to their daily practice and observe results for the newborn and their mothers. For the others, lack of time in practice or lack of training or even unwilling patients make it difficult to achieve satisfying results.

Conclusion : The midwives baseline of skills presents the possible integration of that concepts in their daily practice. Other medical professions could also be trained if they wished to or at least be informed.

Keywords : antenatal emotions, birth, feelings, psychology, midwife, support

