



HAL
open science

Effets de la sensibilisation des parents en anténatal sur la sensorialité foetale et néonatale. Étude multicentrique de type phénoménologique réalisée en Occitanie

Laëtitia Ladet

► **To cite this version:**

Laëtitia Ladet. Effets de la sensibilisation des parents en anténatal sur la sensorialité foetale et néonatale. Étude multicentrique de type phénoménologique réalisée en Occitanie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01961950

HAL Id: dumas-01961950

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01961950v1>

Submitted on 11 Feb 2019

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Effets de la sensibilisation des parents en anténatal sur la
sensorialité fœtale et néonatale**

Etude multicentrique de type phénoménologique réalisée en Occitanie

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LADET Laëtitia

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Effets de la sensibilisation des parents en anténatal sur la
sensorialité fœtale et néonatale**

Etude multicentrique de type phénoménologique réalisée en Occitanie

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LADET Laëtitia

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



REMERCIEMENTS

A Madame Poumeyrol Delphine, Sage-femme enseignante, ma directrice de mémoire, pour son soutien, ses conseils et son enthousiasme pour le sujet.

A Madame Rosec Isabelle, Sage-femme libérale, ma co-directrice de mémoire, pour son accompagnement, sa bienveillance, ses corrections et sans qui ce travail n'aurait pu se mettre en œuvre.

Aux femmes et aux hommes ayant participé à ce travail de recherche, pour leur précieuse implication, leur sympathie, sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

A Madame Pomportes Manon, Sage-femme hospitalière, pour son compagnonnage et sa supervision lors des séances d'information ainsi qu'à toute l'équipe soignante de la maternité de niveau I pour leur chaleureux accueil, leur implication et leurs appels téléphoniques.

A Madame Leymarie, directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, et à l'équipe enseignante, pour leur contribution au cours de ces cinq dernières années.

A mes parents et mon frère pour m'avoir toujours soutenue même dans les moments difficiles, encouragée, et d'avoir toujours cru en moi.

A Maxime pour son soutien, sa compréhension, son humour et sa patience.

A tous mes proches aveyronnais qui m'ont toujours encouragée, soutenue tout au long de ces études.

A Aude, Barbara, Camille, Ludivine, Marine et Sophie pour leur présence à toute épreuve, leur soutien et leur joie de vivre.

A ma promotion 2014-2018 pour m'avoir intégrée en cours de route et à tous ces agréables moments passés ensemble.

EPIGRAPHE

« *Dans connaître, il y a naître* »

Victor Hugo

GLOSSAIRE

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DPP : Dépression du Post-Partum

EPP : Entretien Périnatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NBAS : Neonatal Behavioral Assessment Scale ou « Echelle de Brazelton »

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAP : « Peau à peau »

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	4
1 Parentalité	5
2 Relations parents-enfants.....	11
3 Outils d'aide à la parentalité	26
POPULATION ET METHODE.....	31
1 Schéma de l'étude	32
2 Echantillon.....	33
3 Mode de recueil de données	37
4 Mode d'analyse des données	39
RESULTATS	41
1. Population.....	42
2. Qu'a permis l'appropriation de ces informations ?.....	43
3. Valorisation des échanges / des relations	46
4. Soutien.....	50
5. Organisation des séances.....	57
DISCUSSION.....	60
1. Rappel de l'objectif	61
2 Appropriation des informations	61
3 Le rôle des sens	65
4 Accompagnement de la parentalité	73
5 Points faibles de l'étude.....	77
6 Points forts de l'étude.....	78
7 Projet d'action.....	79
CONCLUSION	82
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	
TABLE DES MATIERES	

INTRODUCTION

Racontons l'histoire commune des premiers jours de vie de nombreux nouveau-nés qui naissent aujourd'hui en France....

Dans les deux premières heures suivant la naissance, la nouvelle famille reste sous la surveillance des professionnels de santé en salle de naissance. Ces jeunes parents ne mettent pas longtemps à constater que leur tout-petit arrête de pleurer lorsqu'il rejoint leurs bras : « il nous reconnaît, il est rassuré ? ... »

Au premier jour de vie, la mère se rend compte que son nouveau-né recherche de façon permanente son contact « *mais pourquoi veut-il être toujours collé à moi ?* » se demande-t-elle. Au deuxième jour de vie, les grands-parents viennent rencontrer leur petit-enfant, s'émerveillent, et forts de leurs expériences, n'hésitent pas à conseiller ces nouveaux parents « *laissez-le donc pleurer dans son berceau, ça lui fera les poumons.* »

Au troisième jour de vie, l'équipe soignante peut découvrir une mère désemparée, en totale incompréhension face aux pleurs de son enfant. Les larmes qui coulent sur les joues de cette femme témoignent de l'exigence de cette expérience nouvelle qu'est « le devenir mère ».

Profondément touchée de constater que parfois, parents et enfant n'arrivaient pas à se rencontrer de manière évidente et sereine à la naissance, l'idée d'un sujet de recherche relatant de la parentalité m'est apparue primordiale pour ma future pratique professionnelle.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) met en avant une perte de maîtrise et d'investissement des futures mères pendant la grossesse. (1) Les résultats d'une recherche-action menée dans le Nord-Pas-de-Calais soulignent le besoin pour les parents d'être soutenus et d'avoir des informations concrètes en ce qui concerne la puériculture, notamment sur les pleurs du nouveau-né, ses soins, son rythme de sommeil. (2) Pourtant la Haute Autorité de Santé (HAS) a énoncé en 2005 des recommandations concernant la Préparation à la naissance et à la Parentalité (PNP) qui a notamment pour objectif de soutenir la fonction parentale. (3) Les professionnels de santé se doivent de développer, de reconnaître et de renforcer les habiletés des parents tout en s'adaptant à leurs besoins et attentes. Ainsi, la PNP se veut plus adaptée à chaque femme, chaque couple, et chaque parcours de vie.

La grossesse fait apparaître plusieurs acteurs : l'homme, la femme et l'enfant. Si les professionnels de santé reconnaissent les capacités des futurs parents il peut en être de même pour l'enfant en devenir. En effet, des études scientifiques ont depuis une trentaine d'année, mis en lumière les capacités sensorielles et cognitives fœtales et néonatales. Aujourd'hui, le fœtus ne peut plus être considéré comme un être passif. Bien qu'immature et dépendant à la naissance, le nouveau-né a pu anticiper pendant neuf mois sa venue au monde grâce à un

équipement sensoriel qui lui permet de se familiariser in utéro aux stimulations extérieures. Brazelton a mis au point une méthode d'examen du nouveau-né pour permettre aux parents de découvrir les capacités de leur enfant dès la naissance. Il construit l'idée que cet examen constitue « une fenêtre sur l'anténatal ». (4) Selon la HAS, le couple doit être préparé à la naissance et à l'accueil de son enfant lors de séances éducatives. (3) La rencontre entre les parents et leur enfant à la naissance est de l'ordre du sensoriel, tous les sens sont en éveil. Ainsi, il apparaît opportun d'informer le couple des capacités sensorielles de son enfant dès la période anténatale.

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer les répercussions des connaissances sur la sensorialité fœtale et néonatale sur le vécu de la grossesse, l'accouchement et jusqu'au troisième jour après la naissance de l'enfant, comme soutien à la construction de la parentalité. Les femmes et les hommes de cette étude ont participé aux séances d'informations accompagnées d'extraits du documentaire « Le monde selon bébé » au sein d'une maternité de niveau I et d'un cabinet d'une sage-femme libérale en Occitanie. A partir d'une approche phénoménologique, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès des femmes et/ ou des couples recrutés au troisième jour du post-partum dans le service de cette même maternité de niveau I en Occitanie.

Ce travail de recherche sera organisé autour de quatre parties. Dans un premier temps, nous présenterons une revue de la littérature relatant le concept de la parentalité et de sa construction psychique, les relations entre les parents et l'enfant associées aux interactions et à la théorie de l'attachement ainsi que l'inclusion de ces notions dans la PNP. Dans un second temps, nous exposerons notre méthodologie de recherche telles que la population étudiée et la méthode utilisée. Puis, nous aborderons les résultats obtenus à partir des entretiens semi-dirigés, qu'enfin nous analyserons et interpréterons à travers une discussion.

REVUE DE LA
LITTÉRATURE

1 Parentalité

Le groupe familial s'est profondément transformé au cours de ces cinquante dernières années. L'apparition de ce terme est liée aux mutations des relations hommes-femmes et parents-enfants.

1.1 Histoire du concept

Père de ce néologisme, Benedeck est soucieux de présenter le devenir parent comme une étape de maturation de l'adulte. (5) Elle invente alors le mot *parenthood* pour désigner le processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs en raison de la conception de l'enfant. Selon Benedeck, le fait d'être parent n'est ni donnée par la biologie ni par un statut social mais est le fruit d'un processus de maturation psychologique.

A la suite de Benedeck, le psychiatre et psychanalyste Racamier introduit en France en 1961 le terme de « parentalité » qui est la traduction directe du mot « *parenthood* ». A ce moment-là, la notion de la parentalité n'est mentionnée que lorsqu'elle est en crise notamment dans le cadre de la psychose puerpérale. Puis, c'est en 1982 que cette notion est largement abordée par l'INSEE pour désigner les familles qui inquiètent, à savoir les familles monoparentales. En rupture avec le modèle traditionnel, ces nouvelles familles dérangent autant les psychologues qui craignent une possible fusion de la dyade mère-enfant que les politiques, inquiets de voir s'accroître la pauvreté voire la marginalisation.

Lebovici réintroduit ce concept alors que la démographie française inquiète. La parentalité questionne autour du désir d'enfant. Pour les psychologues, la parentalité gravite autour de ce désir.(6)

Au cours du milieu des années 1990, Didier Houzel a dirigé un groupe de travail et de recherche pluridisciplinaire sur la notion de la parentalité. Dans un ouvrage issu de ces travaux, *Les enjeux de la parentalité* en 1999, la parentalité se conjugue autour de 3 axes :

- L'axe de *l'exercice de la parentalité*, qui renvoie à une définition juridique de la parentalité ;

- L'axe de *l'expérience* d'être parent, qui renvoie à un sentiment subjectif, un lien vécu avec l'enfant ;
- L'axe de *la pratique de la parentalité*, renvoyant à la personne qui prend soin de l'enfant, assure son éducation. (7)

Ensuite, la parentalité fait son apparition dans le Larousse dans les années 2000 où elle est définie par la « *fonction de parent, notamment sur le plan juridique, moral et socioculturel* ». (8) Le Conseil de l'Europe en 2006 aborde la parentalité comme « *impliquant un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan psychique, affectif, intellectuel et social.* » (9) Cette définition est similaire à celle donnée par Lamour et Barraco. (10)

L'approche actuelle retenue de la parentalité est mise en œuvre par Poussin dans son livre *Psychologie de la fonction parentale* datant de 1995. (11) Pour l'auteur, la parentalité est à la fois un besoin quasi inscrit dans le développement d'un individu et une ligne de démarcation manifestant le passage de l'enfance à l'âge adulte. Ce mouvement introduit l'idée que « *chaque nouvelle naissance peut ouvrir sur une parentalité tout à fait différente pour un même sujet* ».

1.2 Maternité

Racamier a employé de terme de « maternité » pour décrire l'état singulier de la femme enceinte suite à l'observation de femmes souffrant de psychose puerpérale. Le terme de maternité se définit par l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de sa maternité. Il s'appuie sur les travaux de Bibring et de Benedeck, qui ont montré que la grossesse était une phase de remaniements identificatoires importants, comparable à une « crise d'identité ». (12) Selon Bibring, les changements présents à la première grossesse sont comparables aux changements relatifs à la puberté et à la ménopause et nécessitent alors un réajustement global de la personnalité.

1.3 Paternalité

Chiland propose la notion de « paternalité » en 1981 pour désigner les transformations psychologiques vécues par un homme qui devient un « nouveau père. Si le corps et la tête de la future mère sont en ébullition pendant la grossesse, pour le père qui n'en ressent ni les modifications corporelles ni la présence de l'enfant, la prise de conscience de ne peut s'élaborer qu'à travers le corps de sa compagne.

La paternalisation s'étaye sur la gratification narcissique où l'homme a besoin de la gratitude exprimée par sa compagne, un besoin de se sentir reconnu comme le père de cet enfant. Ainsi, le futur père vit la grossesse au travers de ses émotions, son imagination et ses interrogations. Inconsciemment, ce travail psychique peut avoir des répercussions psychosomatiques comme le montre le phénomène de la « *couvade* ». Celle-ci se définit comme une « *coutume rencontrée dans certaines sociétés, selon laquelle, c'est le père qui joue le rôle social de la mère et est au centre des réjouissances.* » Elle pourrait donc constituer une forme d'étape pour certains pères dans la construction de leur parentalité.

1.4 Une préparation longue à la parentalité

1.4.1 Genèse de la maternité

La femme ne naît pas mère, elle peut le devenir. La femme a un chemin à entreprendre pour devenir mère, ensuite c'est à elle de décider. Parfois, ce chemin est effectué depuis la petite enfance par des moyens psychiques. Il s'agit de la *maternogenèse* dont J-M Delassus propose de distinguer quatre phases (13) :

- La constitution de l'Originare

L'Originare permet la naissance psychique à savoir l'adaptation natale au monde. Il est présent chez l'enfant dès la naissance. Lors de cette période, il n'y a pas l'élaboration de matière du souvenir. L'Originare reste alors invisible, sans capacité de mémorisation. Cette constitution permet à l'enfant de reconnaître le maternel chez sa mère c'est-à-dire sa mère en train d'être maternelle et non sa mère réelle. En écho, le maternel s'inscrit chez l'enfant, laissant ainsi une trace qui s'inscrit en lui. Pour J-M Delassus :

« *L'Originare est un état d'esprit résultant d'une vision du monde, des choses et de soi-même tel que ce qui apparaît prend la forme de la totalité et la confère au sujet percevant* ».

- La rupture du syncrétisme

Cette rupture donne une fin nécessaire du monde de la petite enfance, à la fin du maternel, s'inscrivant dans une dynamique d'évolution vers l'autonomie. La capacité de rompre le syncrétisme provient de la qualité du don maternel. Pour cela, il faut que la mère soit perçue comme suffisamment compétente, constante de manière à pouvoir lui reprocher cet épuisement maternel. Celui-ci est alors détaché de la personne de la mère et ainsi offre la capacité à l'enfant de se faire naître lui-même en rompant avec la petite enfance.

- L'auto-attribution du maternel

Le maternel en est ainsi libre, affranchi. Il existe indépendamment de l'existence de la mère. Le maternel est une qualité, une fonction et surtout une possibilité. C'est à ce moment de la psychogenèse que les chemins de la petite fille et du petit garçon commencent à se séparer. En étant fille, il est possible de s'attribuer de suite le maternel et alors se penser, se rêver mère. Le fait de son appartenance au sexe féminin lui offre la plus simple continuité avec l'Originare. A contrario, en étant garçon il n'est pas l'agent direct du maternel. Il ne peut pas se reconnaître longtemps comme appartenant au genre dont fait partie sa mère. Il renonce à ce qui est pour lui une impossibilité maternelle.

Le passage par la sexualité est le moyen de s'auto-attribuer le maternel en le rendant effectif. En conséquence, elle facilite la reconnaissance de la féminité par l'homme. En la femme, il désire l'Originare. Dès lors, sont créées les conditions d'un rapport sexuel et, ainsi, la possibilité de devenir mère.

- La confirmation par le père

Ce n'est pas la mère qui peut confirmer l'auto-attribution du maternel. Le rôle du père apparaît comme indispensable. La rencontre avec le père est un moment déterminant pour la construction psychique ; « *la fille viendrait vers le père avec son lourd problème d'infériorité sexuelle, cherchant alors à le compenser dans une relation privilégiée avec lui, élaborée jusqu'à se transformer en désir d'enfant* ». Sous les paroles et à travers les actes de la vie courante se joue la question latente du maternel. Il faut que le père l'entende

pour y répondre de façon significative, « *le père engendre par sa parole* ». Il s'agit d'un acte essentiel qui « *permet l'inscription du désir de l'inconscient dans la réalité* ». Cette parole permet à la femme d'être mère, lui en donne l'assurance et lui en ouvre les possibilités.

1.4.2 Désir d'enfant

Le désir d'enfant est un temps du processus de parentalité. Il se construit inconsciemment dès l'enfance. Il « *serait la traduction naturelle du désir sexuel, dans sa fonction collective, d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle, de transmettre l'histoire personnelle et familiale* ». Bydlowski résume ce désir en utilisant une charade : « *mon premier est la volonté d'être identique à ma mère du début de ma vie, mon deuxième est mon vœu d'obtenir, comme elle, un enfant de mon père, mon troisième est la rencontre de l'amour sexuel pour un homme du présent ; et mon tout est la conception et la naissance d'un enfant* ». (14) Enfanter, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi. Ce futur enfant a d'emblée une valeur symbolique dans la mesure où la dette maternelle à l'égard de sa propre mère prend forme dans le corps de l'enfant à naître.

Dolto place, quant à elle, l'enfant à l'origine de son devenir. L'enfant est sujet de désir dès sa vie fœtale « *Tout être humain est, dès son origine, dès sa conception, lui-même source autonome de désir* ». (15) Cette hypothèse s'accorde avec le phénomène de nidation, véritable interaction biologique femme-embryon. En effet, le réflexe physiologique de la mère serait d'expulser tout corps étranger et pour s'accrocher l'embryon doit se défendre. Le corps de la mère doit accepter ce que l'embryon apporte de paternel.

1.5 Le temps de la grossesse

1.5.1 *La transparence psychique*

Sous ce terme, Monique Bydlowski décrit un fonctionnement psychique maternel particulier et naturel. (16) Il est caractérisé par une levée des résistances habituelles de la femme face au refoulement de l'inconscient. Ce phénomène est marqué par un surinvestissement de sa propre histoire et de ses conflits infantiles. La femme enceinte livre alors sans résistance des aspects intimes et profonds de son histoire et de son groupe d'origine. Les échanges familiaux sont riches, chargés de fantasmes, d'émotions et de souvenirs. Au-delà de la femme enceinte, c'est en fait toute la famille qui fonctionne de manière primaire et transparente.

Cet événement familial favorise selon Darchis « *la revisitation de l'enfance* » en périnatalité. (17) Ruffiot parle de « *convivialité langagière familiale* » du fait de l'incitation aux échanges des fantasmes de la famille. (18) Plus que les futurs parents, c'est le groupe familial qui partage, lors de la gestation, le rêve de cet enfant à venir.

1.5.2 *Naissance du couple parental*

Comme l'écrivent Bergeret et Houser, il s'agit de couper avec le passé et de coller à la situation nouvelle et non d'entreprendre un copier-coller : « *Rompre d'abord la dépendance narcissique ancienne vis-à-vis de la famille d'origine, puis nouer des liens affectifs, maintenant sexuels et objectaux, dans un cadre familial nouveau* ». (19)

La naissance du couple parental et de la nouvelle famille est donc le fruit du travail de séparation d'avec les générations précédentes. Chacun des parents amène sa propre histoire permettant ainsi de consolider ce nouveau nid. Ce travail de maturation prépare les futurs parents à la rencontre avec leur bébé à la naissance.

1.5.3 *Nidification psychique*

La gestation impose à la femme la présence de l'être humain conçu à l'intérieur de son appareil génital. La femme doit établir progressivement avec l'être en gestation

une forme inhabituelle de relation à autrui. Cet inconnu est contenu à l'intérieur de soi. Missonnier fait ainsi apparaître l'intérêt de la *nidification psychique*. (20) La grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu. C'est en effet quelque chose d'incroyable pour le psychisme de la femme d'être charnellement en relation avec un autre que soi, à l'intérieur de soi-même.

D'après Racamier, la relation objet est modifiée au cours de la grossesse. D'ordinaire, l'Autre est extérieur à soi. En se nichant dans le corps maternel, le fœtus impose donc à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être soi et autrui en même temps.

Parler de *nidification psychique* signifie par conséquent que l'enfant en gestation déclenche, dès le début de la grossesse, une réaction psychologique d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique. Cette greffe ayant pris, s'amorce alors la période de gestation psychique.

2 Relations parents-enfants

Dès la grossesse, les compétences du fœtus puis du nouveau-né et celles des parents se rencontrent et s'ajustent progressivement dans une spirale d'interactions.

2.1 Période fœtale

2.1.1 Capacités sensorielles fœtales

Depuis une trentaine d'années, les études sur la sensorialité fœtale se sont développées grâce à l'apparition des méthodes non invasives permettant de mesurer les réponses du fœtus à des stimuli extérieurs.

La sensorialité fœtale se met en place, comme tout mammifère, dans le même ordre chronologique tel que la sensibilité cutanée, vestibulaire, chimique (goût et odorat), auditive et visuelle. (26-27)

- La sensibilité tactile

La peau est pourvue d'un grand nombre de récepteurs sensoriels sensibles à la température, à la pression, et est à l'origine des premiers contacts du fœtus avec son environnement.

Les terminaisons nerveuses libres se développent :

- Vers 8-9 semaines de grossesse : dans la cavité orale et région péribuccale suivies de près par les corpuscules de Meissner et de Pacini ;
- Vers 11 semaines de grossesse : extension à l'ensemble du visage, paumes des mains et plantes des pieds ;
- Vers 15-16 semaines de grossesse : au niveau du tronc et des parties proximales des membres ;
- Vers 20 semaines de grossesse : le reste du corps.

In utero, le fœtus a de nombreuses occasions de stimuler ses récepteurs tactiles. Les mouvements structurent la maturation neuromusculaire permettant la coordination des mouvements. La maturation du système nerveux central organise quant à elle ces mouvements en séquence.

- Le système vestibulaire

Certains auteurs, comme Pretchl, pensent qu'il n'y a pas de réactivité vestibulaire. Cela éviterait au fœtus de réagir à chaque mouvement maternel.

Pourtant, le développement des organes de l'équilibration débute vers 8 semaines de gestation pour atteindre sa finalité vers 14 semaines. La myélinisation des voies nerveuses vestibulaires commence vers 20 semaines et se développe plus rapidement dans ce système. Cependant, elle persiste jusqu'à la puberté.

- L'olfaction et la gustation

Ces sensibilités sont voisines. La réception chimio-sensorielle olfactivo-gustative dépend de trois organes périphériques : l'épithélium olfactif tapissant les fosses nasales, l'organe voméro-nasal et la langue, porteuse des bourgeons gustatifs discriminant les quatre saveurs élémentaires (sucré, salé, amer, acide).

En ce qui concerne l'olfaction :

- Entre la 5^{ème} et la 9^{ème} semaine de grossesse : les récepteurs olfactifs se différencient
 - o Début de leurs activités dès la 11^{ème} semaine de grossesse
 - o Pleinement fonctionnel à 25-30 semaine
- 9 semaines de gestation : la constitution du nerf olfactif
- Le système voméro-nasal est constitué de petites cellules sensorielles qui se trouvent proches de l'ouverture des narines, dans les fossettes de la muqueuse nasale
 - o Repéré dès 5-8 semaines de grossesse
 - o Fonctionnel vers 20 semaines pour régresser en grande partie après la naissance

Tout cela va en faveur d'une mise en place précoce du sens de l'odorat. Les molécules odorantes entrent en solution et sont véhiculées par le milieu aqueux, ce qui favoriserait l'olfaction puisque cette sensibilité serait plus vive en milieu liquide qu'en milieu aérien. Il est à noter que proportionnellement à la taille du nez, le tissu olfactif chez le fœtus est plus étendu que chez l'adulte.

En ce qui concerne le goût, les premiers bourgeons gustatifs apparaissent autour de 9-12 semaines de grossesse et atteignent leur maturité morphologique vers 13 semaines de grossesse. Ils apparaissent d'abord dans toute la bouche pour se concentrer finalement sur la langue. Un certain nombre d'indices donnent à penser que le fœtus goûterait le liquide amniotique. En effet, l'échographie montre que le fœtus déglutit davantage le liquide amniotique s'il est plus sucré.

- La sensibilité auditive

L'oreille moyenne commence son développement dès la 8^{ème} semaine de gestation, puis :

- A 11 semaine de grossesse : la membrane tympanique
- A 8 mois de grossesse : la chaîne des osselets a achevé sa formation.

Au niveau de l'oreille interne, la cochlée achève sa morphogenèse vers 10 semaines de grossesse pour atteindre sa taille définitive au 5^{ème} mois. De par sa grande similarité avec les autres espèces mammifères, Pujol et Uziel situent l'entrée en fonction de l'organe de Corti, siège des récepteurs auditifs vers 20-22 semaines de grossesse.

Le plus souvent, la réponse du fœtus à une stimulation sonore est mesurée par la variabilité du rythme cardiaque fœtal (RCF) accompagnée ou non de mouvements fœtaux. Ainsi,

des bruits intenses produisent une accélération du RCF associée à des mouvements actifs fœtaux. A contrario, des bruits sonores faibles ou habituels provoquent des accélérations plus faibles du RCF voire aucun effet ou une stabilisation du RCF. Lorsqu'il s'agit de parole, le fœtus est capable de différencier deux syllabes, les phrases, les locuteurs, les langues ou les morceaux musicaux.

- La sensibilité visuelle

La vision fœtale est le sens le moins étudié du fait d'un développement moindre lors de cette période. En effet, il est imaginé qu'il n'y aurait rien à voir alors que Delassus parle de *vision intérieure*. Le développement neurosensoriel visuel dépend de stimuli neuronaux endogènes qui s'intensifient au 3^{ème} trimestre de la vie fœtale.

Les vésicules optiques qui constituent plus tard les rétines débutent leur formation dès le 30^{ème} jour de gestation puis :

- 7^{ème} semaine de grossesse : apparition du nerf optique
- Entre 2 et 4 mois de grossesse : morphogenèse rétinienne progressive
- Fin du 3^{ème} mois : apparition de quelques bâtonnets et cônes
- 4 mois et demi de grossesse : cônes et bâtonnets sont plus nombreux et mieux développés
- 20^{ème} semaine de gestation : capacité d'ouvrir et fermer les paupières
- A partir de la 25^{ème} semaine de grossesse : mouvements oculaires possibles

2.1.2 Des représentations aux interactions fœto-maternelles

Les femmes enceintes construisent une représentation de leur enfant à naître essentiellement à partir du moment où elles le sentent bouger, où elles le sentent physiquement présent. La représentation s'appuie essentiellement sur le sensoriel. Par ailleurs, à partir du septième mois de grossesse, c'est aussi le moment où l'enfant devient viable s'il naît. C'est ainsi une période particulièrement riche en représentations, où les mères prennent davantage le risque d'investir ce bébé à naître. Bibring et al. observent qu'un « retournement vers soi » et vers le fœtus a lieu à partir du deuxième trimestre. (28-29)

Cupa montre comment « *la force de vie interne* » d'un nourrisson « *provient des prémisses de l'introjection de l'objet de tendresse avec sa force et son désir de vie* ». *L'introjection se fait d'autant mieux que les parents nourrissent leur bébé, qu'une profonde énergie produite par leurs investissements tendres, fruits de leurs désirs auto-conservateurs narcissiques à l'égard de leur progéniture* ». (23) Ces comportements de tendresse viennent peut-être trouver leur ancrage dans ces sensations, ces émotions qui se tissent avec l'enfant et grandissent tout au long de la grossesse. Cette tendresse maternelle se place dans un maintien des liens de manière à ce qu'ils soient durables et vient garantir l'attachement dans le temps entre les parents et leurs enfants.

2.1.3 Exemple de l'haptonomie

Frans Veldman, kinésithérapeute néerlandais, fonde l'haptonomie au milieu du vingtième siècle en la définissant comme la « science de l'affectivité ». Il s'agit de faire prendre conscience à la mère que son système nerveux est régi par l'affectivité et peut, par conséquent, communiquer directement avec son enfant de l'intérieur. Cette communication se fait à l'aide du toucher en posant les mains sur le ventre de façon à aller à la rencontre tactile de son enfant grâce à la détente. Au toucher, est associé la voix. Cet accompagnement prend en compte le développement fonctionnel sensoriel de l'enfant. Par ces voies affectives et sensorielles, la mère se découvre capable de le protéger, de le rassurer tout en se rassurant elle-même de ses ressources ainsi que celles de son conjoint. Cet engagement met en jeu la triade « père-mère-enfant ». La voix du père est alors perçue procurant ainsi à l'enfant sécurité et réconfort de par son caractère répétitif et affectif. Lorsque l'accompagnement haptonomique est bien mené, le risque de sur-stimuler son enfant n'existe pas. En effet, il s'agit davantage d'un engagement affectif parental en incluant leur enfant dans leur vie affective très tôt dans la grossesse pour lui donner le sentiment d'être accueilli.

Dolto informe sur la possibilité de travailler sur les peurs de l'accouchement et/ou sur le fait de devenir mère dès le début de la grossesse. Les positions possibles pour travailler sur ces craintes se pratiquent sur le ventre. Pour les femmes, cette approche peut leur être d'une grande aide lors d'une grossesse difficile liée à une pathologie physique ou psycho-affective.

2.2 Interactions précoces

2.2.1 *Compétences néonatales*

L'étude des compétences chez le nouveau-né suggère l'existence d'une continuité entre le vécu prénatal et postnatal de l'expérience de l'enfant. (31-32)

- Audition

Le système auditif du nouveau-né est fonctionnel, même si son développement n'est pas complètement achevé. L'acuité auditive est inférieure à celle de l'adulte, et est maximale pour des sons plus aigus. Dès la naissance, il est donc en mesure d'entendre les voix de son entourage, notamment la mélodie et la prosodie de la voix maternelle. Par ailleurs, le comportement moteur du bébé paraît modulé par la parole.

- Tact

Si le contact avec le liquide amniotique et les parois de l'utérus fournissent au fœtus un sentiment de contenance, à la naissance ceci-ci lui ferait défaut. Le contact en peau à peau peut palier à ce besoin tactile.

- Fonction motrice et proprioception

La naissance, l'immaturation neurologique et motrice du nouveau-né le rendent vulnérable à la gravité, limitant grandement ses mouvements et ses capacités à trouver de lui-même une position confortable. Le nouveau-né dispose tout de même d'un ensemble de réflexes tels que la marche automatique, le réflexe de Moro, le grasping, le fouissement, les cris et le sourire. Les capacités motrices fondent le socle des interactions parents-enfant.

- Vision

À la naissance, une certaine photophobie produit la fermeture des paupières, une grimace. Pendant son premier mois de vie, le bébé n'est pas capable d'accommodation et la distance idéale pour la présentation des objets est d'une trentaine de centimètres. Il est établi que 95% des bébés de quatre jours suivent des yeux un objet de couleur vive. Le nouveau-né est capable de stratégie et paraît sensible à la différenciation figure-fond : il

fixe préférentiellement les contours des objets, les zones de frontière. Le premier objet répondant à toutes ces caractéristiques est le visage de sa mère.

- Odorat

Il faut considérer l'odorat comme une modalité de l'affectif participant à l'élaboration du lien d'attachement qui uni la mère avec son enfant. Il apparaît que les nouveau-nés sont très sensibles aux odeurs et savent faire la différence entre les odeurs amères, aigres ou sucrées. Ils têtent, lèchent et sourient en présence d'une odeur sucrée. Les chercheurs se sont beaucoup intéressés aux odeurs maternelles et aux réponses du nourrisson. Dès les premières heures de vie, il apparaît clairement que le nouveau-né reconnaît l'odeur de sa mère, en particulier les odeurs du sein et du lait maternel. L'odeur guide ainsi l'enfant en l'aidant à produire le réflexe de fouissement. Le nouveau-né sait dès les premières heures de vie se déplacer, ramper jusqu'au sein de sa mère. A partir du quatrième jour de vie, le nouveau-né nourri au sein préfère l'odeur du lait maternel à l'odeur prédominante de son environnement prénatal, le liquide amniotique. Ce changement illustre sa grande plasticité ainsi que sa parfaite adaptation à un nouvel environnement. Il permet aussi de souligner que l'apprentissage d'une odeur peut dépendre d'expériences anténatales. Les spécialistes soulignent d'ailleurs que les expériences vécues in utero orientent les réponses du nouveau-né en créant des attentes « sensorielles ».

- Goût

Le nouveau-né est capable de distinguer les quatre saveurs primaires : sucré, salé, amer, acide et umami et réagissent différemment selon la saveur présentée. Par exemple, il préfère le sucré et modifient ainsi leur rythme de succion. En revanche, ils ont tendance à rejeter l'amer et l'acide par l'expression de froncement des sourcils, des lèvres.

Dès sa naissance, le bébé détecte, apprend, mémorise et réagit à l'univers sensoriel de façon tout à fait adaptée pour sa survie, c'est vrai pour l'olfaction mais aussi pour tout autre sens.

2.2.2 Différents types d'interactions

Le processus qui lie l'enfant à ses figures d'attachement est porté par ce que l'on appelle les « interactions » parents-enfants. Une interaction est la réaction réciproque de deux phénomènes qui évoluent dans un même système. (33-34)

Les processus interactifs qui se développent entre un enfant et ses figures d'attachement sont décrits classiquement par trois grands types d'interactions :

- Les interactions comportementales

Dès la naissance, le nouveau-né et son entourage, notamment les parents, interagissent à travers différentes modalités de communication dont les principales sont le corps, le regard et la voix. Le nouveau-né a une capacité naturelle de maintenir le contact visuel, à s'organiser et à se calmer lorsqu'un être-humain le tient, le touche ou bien le berce. La sensorialité est à la base même de ces interactions.

De nombreux travaux portent sur la manière dont le nourrisson est tenu *holding* ou manipulé *handling* et sur la façon dont il répond aux postures et aux mouvements de son entourage. Ces ajustements corporels constituent ce que Wallon a appelé le *dialogue tonique*. La dynamique de ce dialogue est observable dans la manière qu'à le parent d'être sensible aux manifestations de confort ou d'inconfort de son enfant et d'y répondre par des bercements ou des changements de position.

Dès les premiers instants de vie, le bébé est le meilleur guide pour ces parents. L'organisation comportementale et neurologique du nouveau-né semble le prédestiner à instaurer progressivement une relation de proximité et d'attachement avec l'adulte. Montagner parle de « comportements d'élan à l'interaction » et cite les vocalisations, les pleurs, la dilatation des pupilles, les protrusions de la langue, les manifestations physiologiques comme la faim, la fatigue, la défécation, ainsi que des réflexes qui induisent des contacts physiques et affectifs, de préférence en face-à-face. Ces comportements sont décrits par Bowlby comme des comportements inducteurs d'attachement. Il décrit cinq patterns qui rendent compte du maintien de cette proximité mère-nourrisson tels que la succion, l'étreinte, les cris, le sourire et la conduite à « suivre ».

- Les interactions affectives

Elles concernent le climat émotionnel ou affectif des interactions, le vécu agréable ou déplaisant de la communication. Il s'agit des influences réciproques de vie émotionnelle du nouveau-né et de celle de la mère. Les affects et les émotions s'échangent au travers des paroles, des expressions et des comportements. Ainsi, Stern parle *d'accordage affectif*

qui permet à la mère, par le biais de l'empathie qu'elle développe envers son enfant, de percevoir le ressenti de celui-ci et de le traduire en mots, en gestes. Les conduites d'accordage peuvent être observées dès les premières interactions mère-nourrisson.

- Les interactions fantasmatiques

Elles constituent « *l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle du bébé dans leurs aspects imaginaires, conscients, fantasmatiques et inconscients.* » La vie fantasmatique parentale est faite d'affects et de représentations autour de leur histoire infantile, des circonstances actuelles et des constructions concernant l'enfant. La proximité avec le nouveau-né semble réactiver la vie imaginaire et fantasmatique. Les confrontations entre ce bébé des rêveries et celui de la réalité sont l'occasion d'un deuil.

2.2.3 Troubles des interactions précoces

Les travaux de l'école de Genève autour de scénarios narcissiques de la parentalité pourraient constituer un dénominateur commun à un grand nombre de situations à risque. D'une part, le quotidien avec un enfant impose à l'adulte l'exigence d'incarner la fonction parentale. Ces scénarios inconscients viennent infiltrer l'interaction sous forme d'identification projective ou régressive, dans les situations normales ou pathologiques. D'autre part, l'enfant de par sa singularité donnera un nouvel agencement aux projections parentales, les suscitant, les confirmant ou les infirmant.

Cette dynamique peut concerner la projection sur l'enfant, d'une part, des aspects abandonniques, carencés ou idéalisés du narcissisme parental et d'autre part de leurs imagos parentaux endommagés, idéalisés, persécuteurs ou intrusifs.

2.3 L'attachement

2.3.1 Définition

L'être humain est par définition un être social, un être en relation. L'attachement se définit comme « *un sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à*

quelqu'un, à un animal, à quelque chose ». (28) Dans l'établissement des relations sociales, l'attachement occupe une place centrale.

Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait ses besoins d'alimentation, Bowlby établit un lien entre l'attachement et les besoins de contact sociaux. (29) L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes qui l'entourent. Il se sent plus ou moins en sécurité en fonction de la façon dont les personnes répondent à ses besoins. D'après Bowlby, l'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre le nourrisson et sa mère. L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. Le but de l'attachement est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant. L'attachement est le résultat d'un ensemble complexe de phénomènes physiologiques et psychologiques.

2.3.2 Hormones en jeu

Deux neuropeptides sont à l'origine de la construction des liens parents-enfants, du comportement parental et social : l'ocytocine et la vasopressine. Outre son rôle endocrinien classique en intervenant dans le réflexe d'éjection du lait et dans l'élaboration des contractions utérines contemporaines au travail et à l'accouchement, l'ocytocine permet également une régulation inhibitrice de la réponse corticosurrénalienne au stress.

Chez la femme allaitante, l'augmentation réflexe de la libération d'ocytocine lors d'une tétée, induisant un contact en peau à peau, est responsable d'une réduction plasmatique d'ACTH qui se traduit alors par une diminution de la réaction au stress. Aussi, le seul fait d'entendre le pleur de son seul enfant, et non d'un autre, déclenche également ce réflexe. (38-39) Ceci conduit donc à placer l'ocytocine au centre d'un système d'intégration psycho-neuroendocrinien.

La présence de récepteurs à l'ocytocine au niveau de l'amygdale est associée à une vie sociale et parentale active. Toutes les expériences sur l'animal vont dans le sens d'un effet bénéfique de l'ocytocine sur l'attachement. (32)

D'autre part, le système de la vasopressine central met en jeu des récepteurs semblant être impliqués dans la mise en place du comportement maternel. (33)

Des études psychophysiologiques démontrent que le système ocytocinergique est impliqué dans les sentiments de confiance et d'empathie, et étroitement lié à la générosité. De plus, il semblerait également que le système hormonal impliqué dans la gratification et la récompense (dopamine et opiacés endogènes) interagisse avec l'ocytocine et la vasopressine pour favoriser le *bonding*. L'expérience de satisfaction des besoins stimule considérablement le circuit de la récompense favorisant le développement d'expériences nouvelles de plus en plus satisfaisantes dans la réponse aux soins de l'enfant et renforce alors positivement l'expression du répertoire du *caregiving*. (34)

2.3.3 Figure et qualité de l'attachement

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirige son comportement d'attachement. Tout adulte qui s'engage dans une interaction sociale et durable animée avec l'enfant et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches, est susceptible de devenir une figure d'attachement. Selon Bowlby, la mère est en général la première personne pour tenir cette fonction en raison du temps passé avec l'enfant. (29) Cette figure d'attachement corrobore le principe d'une hiérarchisation dans les relations d'attachement. En effet, d'après Bowlby, celles-ci s'établiraient en fonction de la force du sentiment de sécurité que lui apporte chaque relation, plaçant ainsi la mère en première position. L'attachement est un processus réciproque, nécessitant des interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement. La proximité avec l'enfant est nécessaire et le bébé a des comportements qui vont la favoriser avec les pleurs, le contact visuel, le sourire notamment. La qualité de l'attachement va dépendre de la rapidité et de la façon dont le parent va répondre aux signaux de l'enfant.

Lamb démontre, quant à lui, que l'enfant ne présente aucune préférence particulière entre sa mère ou son père tant que ses besoins de proximité sont satisfaits. Le père peut tout aussi bien prendre soin de son enfant le plan physique et émotionnel, être présent de façon régulière et constante tout en l'investissant émotionnellement. (35)

2.4 La parentalité mise à mal

2.4.1 *Pendant la grossesse*

2.4.1.1 *Stress*

Une des hypothèses évoquées consiste à dire que l'état émotionnel des mères pendant la grossesse aurait un effet direct sur le développement du cerveau du fœtus, ce qui affecterait ensuite le comportement de l'enfant. Les auteurs avancent ainsi l'existence d'un lien direct entre l'état émotionnel des mères et le comportement du fœtus (variation du rythme cardiaque fœtal et suppression de l'activité motrice par exemple), mais également avec les capacités de régulation émotionnelle ayant une incidence sur le comportement ultérieur de l'enfant. (47-48)

L'équipe de De Weerth s'est attachée à étudier le stress pendant la grossesse et à les relier avec le développement ultérieur des bébés. (38) Ainsi, les enfants dont les mères présentaient des niveaux de cortisol les plus élevés sont apparus comme étant ceux présentant le plus de pleurs, d'agitations et de mimiques faciales négatives, cela pouvant refléter une réactivité émotionnelle plus importante de ces enfants.

2.4.1.2 *Inquiétudes*

Selon le Larousse, l'inquiétude est « *un état affectif pénible causée par la crainte, l'appréhension, l'incertitude* ». (39) Il est récurrent de constater des inquiétudes concernant la grossesse, l'accouchement, la santé du fœtus et du nouveau-né. Ces inquiétudes sont fréquentes mais passagères.

De plus, il est important de remarquer que chez les femmes ayant une grossesse singleton, l'anxiété est élevée au premier trimestre de grossesse pour s'atténuer au deuxième trimestre de grossesse et connaître un nouvel essor avant l'accouchement. (40)

2.4.1.3 *Dépression anténatale*

Il existe une possible continuité entre les dépressions anté- et postnatale, biais évoqué dans les études portant sur les effets du stress prénatal. Bien qu'il n'existe pas d'étude sur les conséquences à long terme, la dépression prénatale affecterait ainsi

négalement le développement fœtal et le devenir du fœtus. D'autres études se sont plutôt attachées au comportement de l'enfant à partir de l'échelle néonatale de Brazelton (NBAS). (41) Ainsi, les bébés de mères déprimées pendant la grossesse obtiennent des performances inférieures à celles de bébés de mères non déprimées. En particulier, ils présentent une irritabilité plus importante et des scores plus faibles aux items moteurs et d'orientation ainsi que des niveaux d'activité plus faibles associés à une robustesse plus faible.

2.4.1.4 Déni de grossesse

Le déni de grossesse représente la « non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier ». (40) La femme ne reconnaît pas son état de grossesse. Il faut également différencier le déni de grossesse d'une dissimulation de grossesse, laquelle est cachée sciemment par la femme enceinte. Plusieurs formes de déni sont décrites dont le déni partiel où la découverte se fait au cours de la grossesse pour les trois quarts des femmes ainsi que le déni total où la femme enceinte n'a pas conscience de son état jusqu'à l'accouchement.

L'accouchement peut apparaître comme une période critique dans le sens où il existe un risque de décompensation. A ce moment-là, les principaux risques sont d'ordre psychologique pour le couple. La mère et le père n'ont ni eu le temps d'investir la grossesse ni de se représenter psychiquement leur enfant en devenir. Il arrive alors que les liens ne soient pas établis à la naissance. En cas de difficultés dans l'établissement des premiers liens avec l'enfant, la mère peut remettre l'enfant au service de l'adoption ou accoucher sous X ou bien entraîner la mort du nouveau-né. Ainsi les soins sont plus psychiques que physiques. Les sages-femmes et autres professionnels en périnatalité se doivent d'accompagner au mieux cette nouvelle famille. Les liens ne doivent pas être forcer. Laisser la place à la sensorialité peut être une solution à l'établissement des premiers liens entre les parents et le nouveau-né.

Actuellement, aucun consensus n'est retrouvé concernant les difficultés dans l'établissement du lien mère-enfant ou parents-enfant dans un tel contexte.

2.4.2 *Troubles du lien parents-enfant*

2.4.2.1 *Baby-blues*

Ce trouble émotionnel aiguë et transitoire survient généralement entre le troisième et le dixième jour suivant la naissance. La nature du « blues du post-partum » reste discutée, entre trouble transitoire de l'adaptation, voire trouble de l'humeur et réaction émotionnelle normale. Dès la naissance, la mère doit faire face dans l'urgence à une suite d'événements stressants tant sur le plan physiologique que psychologique. La naissance nécessite une adaptation quasi immédiate, remettant aussi en question son identité, la définition des rôles sociaux, l'image de son corps et les relations des figures d'attachement. (42)

La survenue du baby blues serait dépendante des inquiétudes suscitées par la santé du nouveau-né.

2.4.2.2 *Psychose puerpérale*

Ce terme recouvre l'ensemble des manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur survenant typiquement dans les quinze jours suivant la naissance. (43) Il constitue une urgence médico-légale en raison du risque élevé de suicide et d'infanticide. (55,56)

Précédent l'éclosion délirante, certains symptômes sont retrouvés tels une insomnie sévère et/ou des troubles de la relation mère-enfant marqués par la bizarrerie et des interactions inappropriées. Le contact avec l'enfant est fortement perturbé tels un désintérêt, une mise de distance et/ ou un automatisme.

2.4.2.3 *Dépression post-natale*

La dépression du post-partum (DPP) se manifeste directement à travers des interactions modifiées avec le nourrisson. Un protocole expérimental, le *Still face*, démontre l'effet désorganisateur sur le nourrisson face au visage immobile qui est demandé à la mère. (46) En moins de trois minutes, après des tentatives répétées pour induire une interaction visuelle, l'enfant se replie sur lui-même, détourne les yeux en

montrant une expression fermée du visage. Ce comportement de détresse du bébé se poursuit un moment après le retour à la normale du comportement maternel. (47)

Auprès des mères déprimées, des altérations relationnelles plus discrètes sont observées : rupture dans les interactions, des interactions moins bien synchronisées et moins cohérentes, difficultés dans l'expression des émotions. (48) Ces mères tendent à minimiser les contacts, se montrent mal à l'aise en relation directe corps à corps, élaborent des interactions moins appropriées. A plus long terme, la DPP constitue un réel facteur de risque sur le développement en augmentant le risque de survenue de modifications affectives, cognitives ou comportementale souvent discrètes. (49)

2.4.2.4 Maltraitances / Négligence

En 2006, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la maltraitance infantile comme un problème de santé publique. L'existence d'une pathologie somatique entraînant des hospitalisations précoces et/ou répétées est une situation particulièrement à risque (prématurité, faible poids de naissance ou pathologie précoce). De même, une grossesse non désirée, mal investie constitue un risque supplémentaire. Une étude rétrospective portant sur la qualité de vie à l'âge adulte d'enfants maltraités a montré que la qualité des soins paternels est un facteur pronostique indépendant. De surcroît, l'existence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents est un facteur de risque de maltraitance connu. L'abus de toxique (alcool ou drogue) est un facteur de risque d'incident impliquant l'ensemble de la famille, notamment de violence conjugale et de maltraitance infantile. Sur le plan social, le revenu et le niveau d'éducation des parents sont également des facteurs reconnus. Ainsi, la prévalence du syndrome du bébé secoué est similaire dans l'ensemble des classes sociales. La maltraitance dans les milieux aisés fait souvent l'objet d'une sous-déclaration et d'une prise en charge tardive. (50)

Ainsi, le travail de prévention apparaît comme essentiel face aux comportements parentaux pouvant traduire des bouleversements psychiques afin de garantir l'établissement d'un attachement et d'une relation parents-enfant de qualité en pré, per et postnatal. Cette prévention pourrait être bénéfique sur le long terme.

3 Outils d'aide à la parentalité

Historiquement, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), menée principalement par les sages-femmes, s'inscrit dans une dynamique de préparation à la douleur. Aujourd'hui, elle s'oriente vers un accompagnement global des couples.

3.1 Préparation à la Naissance et à la Parentalité

La PNP peut être définie comme un accompagnement global de la femme enceinte et du couple dans une dynamique de prendre soin d'eux-mêmes et de leur enfant en pré, per et postnatal.

3.1.1 Organisation des séances

En France, huit séances de PNP, remboursées par l'assurance maladie, sont proposées aux femmes enceintes et/ou aux couples. Ces séances de préparation accompagnent le suivi médical de la future mère. En s'appuyant sur des mots forts tels que l'humanité, la sécurité, la proximité et la qualité, le Plan de Périnatalité 2005-2007 met à jour l'objectif des séances de PNP. L'éducation prénatale vise à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés de façon éducative et préventive.

Il est nécessaire de fixer une durée minimale de 45 minutes par séance. Cette durée est jugée suffisante pour donner les informations en rapport avec le thème abordé. Le développement des compétences est recherché à l'aide de techniques éducatives notamment par des mises en pratique comme le travail corporel. Par ailleurs, le nombre de participantes n'est pas fixé. Il est pertinent d'envisager un nombre raisonnable de femmes afin de favoriser la participation active de chacune. Ces séances de PNP sont également ouvertes aux futurs pères. Si la durée des séances a été fixé, la fréquence, quant à elle, n'a pas été évaluée. (3)

3.1.2 Contenu de l'éducation prénatale

A la demande de la Direction générale de la santé et des associations de sages-femmes, la HAS a élaboré des recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité en 2005. (3) De plus, le dernier plan de Périnatalité date de 2005-2007. Les objectifs se sont articulés autour d'une mise en valeur des liens sécurisants entre la femme, le couple et le professionnel, autour d'une meilleure coordination entre les professionnels ainsi que du développement de la confiance en soi parentale.

Les professionnels intervenant en PNP se doivent d'avoir une place d'accompagnant auprès de la femme enceinte, du couple afin de les aider dans leurs choix et leurs décisions ainsi que dans l'émanation d'une confiance en soi parentale. Des liens doivent s'établir entre les professionnels de santé afin d'entourer de façon efficiente la femme enceinte et/ou le couple. D'une part en donnant des informations essentielles sur leur tout-petit en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur et d'une autre part en s'assurant d'un soutien affectif présent autour de la femme enceinte ainsi qu'une construction harmonieuse des liens familiaux et conjugaux, le professionnel de santé aide à prévenir les troubles dans les relations mère-enfant ou père-enfant. A court terme, il s'agit aussi de prévenir la dépression du post-partum. Des séances collectives doivent encourager les échanges et le partage d'expérience concernant les pratiques et les préoccupations parentales avant et après la naissance.

3.1.3 Ses effets sur la parentalité

Dans une méta-analyse publiée par la Cochrane Library, une étude menée autour d'un effectif restreint (n=10) fait état d'une plus grande fréquence de comportement d'attachement maternel lorsqu'une préparation spécifique a été suivie en plus d'une préparation classique. (51) Deux autres études ont montré une plus grande augmentation des connaissances lorsque le père était présent lors des séances de préparation et lorsque les thèmes abordés étaient plus larges qu'en préparation habituelle.

Peu d'étude ont été menée pour évaluer les répercussions de ces séances sur la parentalité mis à part des études menées auprès de parents adolescents. Cependant, la

population concernée et les effectifs restreints ne permettent pas de conclure sur l'issue des séances de préparations à la naissance et à la parentalité. Pourtant, leur intérêt sur les interactions mère-enfant est exposé notamment en observant une communication lors de l'alimentation du nouveau-né, le comportement et les connaissances des parents, la confiance en elle de la mère et la construction de l'identité maternelle.

3.1.4 Le dépistage des vulnérabilités

Au sens étymologique, le mot de vulnérabilité vient du latin « *vulnerare* » qui signifie blesser. Quelqu'un de vulnérable apparaît alors comme une personne qui peut être blessée. Selon le Larousse, la vulnérabilité est « le caractère de ce qui est à la merci de la moindre agression, au propre comme au figuré ». (52)

Les situations à risque de vulnérabilité doivent être connues des professionnels de santé. Il est nécessaire d'en avoir connaissance afin d'y être attentif lors du dialogue avec la femme et/ou le couple. Le rapport de la mission de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soin (DHOS) de janvier 2004 signale l'importance d'améliorer dès la grossesse la sécurité émotionnelle pour prévenir les troubles futurs dans le développement de l'enfant. (53) Le repérage des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, émotionnelle, avant la survenue d'éventuelles complications obstétricales est nécessaire et doit être réalisée de façon précoce pendant la grossesse.

3.2 Les outils de la sage-femme en PNP

3.2.1 Communication

Le professionnel crée des conditions de dialogues et utilise des techniques de communications adaptées propices à une mise en place d'une confiance mutuelle. Les parents doivent pouvoir se confier librement sur leurs angoisses, leurs éventuels traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures. Pour Françoise Molénat, accrocher la confiance donne lieu à une sécurité émotionnelle ressentie par les futurs parents. (53)

3.2.2 Techniques éducatives

L'OMS Europe indique que l'utilisation des activités éducatives peuvent comporter des temps de sensibilisation, d'information orale et écrite, d'apprentissage, du soutien psychosocial ainsi que des évaluations sur les compétences développées. (54)

Des techniques éducatives ont notamment démontré leur efficacité dans le développement des compétences en ce qui concerne l'allaitement maternel. En effet, elles ont permis la mise en place et la poursuite d'un allaitement maternel de qualité. (55)

Prendre connaissance des attentes, des compétences acquises et/ou à acquérir par les femmes et/ou les couples lors de l'entretien prénatal précoce (EPP) permet de choisir des techniques éducatives appropriées. Des travaux corporels, guidés par le professionnel de santé, sont d'ailleurs utilisés pour la réalisation des exercices respiratoires et de relaxation concluant les séances de PNP.

Il est également possible de mettre en place des jeux de rôles, des tables rondes, des témoignages directs, avec l'intervention de patientes ou d'autres professionnels, ou indirects à l'aide de l'audiovisuel pour développer les compétences.

Au vu des études publiées, nous avons choisi d'utiliser dans cette étude un documentaire intitulé « *Le monde selon bébé* » dans le but de sensibiliser les parents sur la sensorialité fœtale et néonatale et de faciliter l'apprentissage.

3.2.3 Evaluation individuelle et évaluation de la PNP

L'évaluation individuelle est nécessaire pour faire le point sur les compétences développées et les difficultés de la femme enceinte puis de la mère dans sa vie quotidienne. Le professionnel de santé entreprend un questionnement adapté afin d'évaluer les femmes enceintes et des couples dans leurs acquisitions, leurs réussites. Elle renseigne sur l'utilité de compléter l'accompagnement à la naissance et le soutien à la fonction parentale par un contenu ciblé et des actions précises en période postnatale. (3)

L'évaluation des compétences développées par les femmes enceintes et/ou les couples se réalise au cours des séances de PNP par une vérification de la compréhension des informations données. Le recours à des questionnaires est possible. Les travaux

pratiques et les exercices corporels sont évalués par l'observation et le réajustement immédiat.

3.2.4 Travail en réseau

Lors de la période prénatale, la qualité des relations avec les professionnels de santé et la qualité des messages de prévention et d'éducation semblent avoir une influence sur la santé de la famille.

Afin de promouvoir un accompagnement de qualité en répondant aux besoins de la femme enceinte et du couple, les professionnels doivent travailler ensemble, dans l'exercice de leur profession respective. Ce travail en réseau impacte de façon positive autant le couple que les professionnels de santé. D'une part la femme enceinte ou le couple exprime un sentiment de sécurité, de cohérence et de considération et d'autre part, le professionnel en trouve des bénéfices en termes d'enrichissement, de formation, d'efficacité et de prise de recul. (56)

Si l'accompagnement de la femme enceinte ou du couple se fait au sein d'un réseau périnatal, la transmission d'information est nécessaire, mais ne peut se faire sans discernement, comme le souligne le rapport de Françoise Molénat. (53)

Enfin, chaque partage d'information doit servir les intérêts de la mère, du père, de l'enfant et aider réellement le réseau mis en place à mieux comprendre le contexte, en lui permettant de mieux adapter ses attitudes aux besoins des parents.

POPULATION ET
METHODE

1 Schéma de l'étude

1.1 Rappel de l'objectif

Nous souhaitons explorer les répercussions des connaissances sur les compétences sensorielles fœtales et néonatales sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et dans les trois premiers jours après la naissance comme soutien au devenir parent.

1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique de type phénoménologique.

1.3 Partenaires de l'étude

La première partenaire de cette étude est la sage-femme chargée des consultations à la maternité de niveau I, assurant également l'animation des séances de PNP au moment de l'étude. La seconde partenaire est une sage-femme libérale mettant à disposition ses locaux et sa clientèle.

1.4 Lieu et durée de l'étude

L'étude s'est déroulée sur huit mois à savoir d'avril à novembre 2017. Elle a eu lieu dans une maternité de niveau I au sein des services des consultations et de suites de couches ainsi que dans les locaux d'un cabinet d'une sage-femme libérale en Occitanie.

2 Echantillon

2.1 Description de l'échantillon

2.1.1 Population source

La population source de l'étude correspond à l'ensemble des femmes ayant participé à la Préparation à la Naissance et à la Parentalité au sein d'une maternité de niveau I en Occitanie ainsi que les femmes enceintes faisant suivre leur grossesse au sein d'un cabinet d'une sage-femme libérale dans la même région.

2.1.2 Population cible

La population cible de l'étude correspond à l'ensemble des femmes ayant participé à la Préparation à la Naissance et à la Parentalité au sein d'une maternité de niveau I en Occitanie de mai à juin 2017 ; ainsi que les femmes enceintes d'un cabinet d'une sage-femme libérale en Occitanie ayant accouché au sein de cette maternité de niveau I de juin à novembre 2017.

2.2 Description des modalités de recrutement

2.2.1 Intervention en anténatal

2.2.1.1 Le schéma d'intervention

Afin que les femmes et les couples puissent connaître la sensorialité fœtale et néonatale, des séances d'information ont été réalisées de façon concomitante aux séances de PNP.

L'étudiante investigatrice a rencontré la sage-femme chargée des consultations de la maternité de niveau I dans l'optique de connaître l'organisation des séances de PNP, la façon dont elle anime ces séances et le moyen de pouvoir y intégrer les informations.

Le schéma des séances de PNP est le suivant : une séance hebdomadaire de 2h répétée 4 fois sur un mois. La sage-femme anime donc les séances avec le même groupe pendant un mois. Pour la première séance, elle aborde la grossesse. Ainsi, les informations sur les compétences sensorielles fœtales ont pu y être intégrées. Pour la quatrième et dernière séance, l'accouchement, le séjour à la maternité et le mode d'alimentation sont discutés. Il a semblé adéquat d'y intégrer les informations sur les compétences sensorielles néonatales.

Le nombre de participants aux séances de PNP au mois de mai 2017 :

- 8 participants dont 5 femmes enceintes et 3 conjoints à la première séance
- 3 femmes enceintes à la dernière séance

Le nombre de participants aux séances de PNP au mois de juin 2017 :

- 1 femme enceinte avec son conjoint présents de la première à la dernière séance

L'étude est devenue multicentrique dans un deuxième temps par la collaboration supplémentaire avec une sage-femme installée en libéral en raison du faible nombre de femmes enceintes participant aux séances de PNP au Centre Hospitalier. Ainsi, le lieu et la date d'une unique séance ont été fixés. Au cabinet libéral, l'étudiante investigatrice a contacté par téléphone les femmes enceintes consultant cette sage-femme afin de les informer de la mise en place de cette séance. Lors de cet appel, les femmes ont confirmé leur présence ou non à cette séance. Ainsi, 12 personnes étaient présentes dont 11 femmes enceintes et un conjoint.

2.2.1.2 Les extraits du documentaire « Le monde selon bébé »

Au début, la sensibilisation sur les capacités sensorielles fœtales et néonatales auprès de parents se basait uniquement sur le visionnage de l'intégralité du documentaire « Le monde selon bébé ». Cette vidéo fait état de multiples expérimentations non invasives concernant la sensorialité fœtale et néonatale en suivant des parents pendant la grossesse et les premiers mois avec leur enfant.

Souhaitant avoir des avis sur cette vidéo avant de l'intégrer à la sensibilisation, elle a été évaluée trop longue et parfois compliquée par trois couples de parents non issus de professions soignantes. En effet, la vidéo dure 90 minutes.

Prenant en compte ces évaluations, trois extraits du documentaire sont choisis pour leur contenu et leur durée :

- De 19 minutes 20 à 20 minutes 55 (soit 1 minute 35) :

Un couple est filmé lors d'une séance d'haptonomie menée par une sage-femme. Le futur père est invité à communiquer avec l'enfant au travers du giron maternel « peau contre peau ». La sage-femme fait ressentir au père la tête fœtale au-dessus de la symphyse pubienne. Le père est visiblement touché et surpris de son ressenti.

- De 32 minutes à 37 minutes 28 (soit 5 minutes 28) :

Mme Busnel Marie-Claire, ex-chargée de recherche à l'INRA au Laboratoire de physiologie acoustique à Paris V accompagnée de Thierry Wolf, chercheur et psychologue, interviennent pour aborder les émotions vécues par la femme pendant la grossesse en lien avec les réactions du fœtus. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) est mis en place pour les femmes enceintes suivies. Quel que soient les émotions ressenties pendant la grossesse (joie, peine, tristesse, ...), il leur est demandé de s'adresser directement à leur enfant. Une scientifique explique « *le seul critère d'importance est le vôtre, si c'est important pour vous, c'est important pour lui, pour votre relation [...] Que vous ayez des émotions c'est normal, il faut qu'il s'y habitue. La vie n'est pas un calme plat, il y a des émotions heureuses, des émotions malheureuses, il faut qu'il s'habitue à les gérer et il les gère plus facilement s'il sait de quoi il s'agit, s'il ne sait pas réellement ce qu'il s'est passé, au moins il sait pour vous.* » A la suite de cette expérience, les scientifiques en viennent à la conclusion que lorsque la femme parle directement à son bébé, et non à une autre personne, il réagit en accélérant son rythme cardiaque sans pour autant se mouvoir. Thierry Wolf ajoute « *après tout est de l'ordre de l'interprétation. Il y a une relation, un pacte que l'enfant traduit par un changement du rythme cardiaque, il se passe quelque chose pour lui.* »

- De 40 minutes à 42 minutes 03 (soit 2 minutes 03) :

L'extrait débute par la naissance de Noam, placé sur le ventre de sa mère. Un agrandissement vidéo sur son visage montre son regard en direction de sa maman. Ensuite, Jean-Marie Delassus, chef de service de maternologie, intervient à propos de ce premier regard : « *Aucun mammifère ne va poser les yeux à la naissance, dans la minute*

qui suit avec cette intensité. Donc nous pouvons nous poser la question : que s'est-il passé pendant la vie fœtale ? [...] Si la maman reçoit ce regard et si le père également reçoit ce regard, ils sont touchés à un noyau d'eux-mêmes tels qu'ils sont parentalisés. On peut devenir parents en trente secondes quand on reçoit ce regard et on le reçoit pour la vie. A partir de ce moment-là, on ne peut pas faire défaut à l'enfant. » D'autres regards d'enfants filmés de près sont également visualisés.

2.2.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de cette population sont les suivants :

- Femme parlant et comprenant le français ;
- Consentement des mères pour participer à l'étude ;
- Un intervalle minimum défini à deux semaines entre l'apport des informations sur les compétences fœtales et néonatales et la naissance de l'enfant.

2.2.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- La non - participation aux séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité en milieu hospitalier ;
- Le mauvais suivi aux séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité en milieu hospitalier ;
- Les femmes ne souhaitant pas accoucher au sein de la maternité de niveau I ;
- Les critères excluant un accouchement en maternité de niveau I tels que les nouveau-nés prématurés nés à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ou relevant d'une prise en charge néonatale médicalisée.

3 Mode de recueil de données

3.1 Les variables recueillies

Des variables générales ont été recueillies telles que l'âge maternel, la catégorie socio-professionnelle de la mère, l'âge gestationnel au moment de l'apport des informations sur les compétences fœtales et néonatales, l'âge gestationnel à la naissance de l'enfant, la voie d'accouchement ainsi que les pathologies existantes lors de la grossesse et le déroulement global du séjour en suites de couches.

La grille de l'entretien semi-dirigé (fournie en annexe) permet de mettre en évidence pour chacune des femmes :

- Les connaissances antérieures sur les compétences fœtales et néonatales ;
- Les informations les plus interpellantes à ce sujet ;
- Le déroulement de la grossesse après avoir pris connaissance de ces informations ;
- Les angoisses / les doutes ressentis pendant la grossesse ;
- La rencontre avec leur enfant sur le plan sensoriel ;
- Le quotidien avec leur enfant en suites de couches ;
- La gestion des pleurs ;
- Le sentiment de confiance ;
- Le nombre de participants aux séances de sensibilisation ;
- Leur avis sur les techniques éducatives et notamment les extraits de la vidéo « Le monde selon bébé » ;
- Les points forts et les points faibles de l'animation de cette sensibilisation.

3.2 Outil de recueil des données

L'équipe de la maternité de niveau I détenait la liste des femmes et des couples participant à l'étude. Les sages-femmes ont contacté l'étudiante investigatrice le jour de l'accouchement d'une participante.

Le recueil des données a été effectué lors d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés au troisième jour du post-partum avec chaque femme, accompagnée ou non de leur conjoint, dans leur chambre de suites de couches. L'entretien s'est déroulé selon la disponibilité de la mère. L'entretien était semi-dirigé par une grille de questions ouvertes réalisée préalablement.

De plus, un « journal de bord » est tenu durant la durée de l'étude afin d'y répertorier les observations, les remarques des femmes enceintes, les temps d'échanges à l'issue des séances d'informations sur les compétences fœtales et néonatales. Lors des échanges individuels, ce journal de bord a également permis de recueillir les impressions, les émotions, les interactions parents-enfant ainsi que les éléments de communication non verbales.

3.3 Retranscription des données

3.3.1 Saisie des données

Chaque entretien réalisé a été enregistré par l'intermédiaire d'un dictaphone. La retranscription des échanges a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word.

3.3.2 Le contrôle qualité

Une retranscription fidèle mots pour mots des entretiens (femmes et hommes) a été réalisée rapidement après chaque échange. Il n'y a pas eu de correction ni de reformulation des propos.

4 Mode d'analyse des données

4.1 Description et justification du choix du mode d'analyse des données

Dans un premier temps, chaque entretien a été examiné phrase après phrase selon un codage ouvert afin d'analyser le contenu du discours. Une attention particulière a été portée à la répétition des mots, aux expressions et aux champs lexicaux utilisés. En effet, l'insistance de termes employés dans le discours d'une femme met en valeur une idée significative. Ensuite, une analyse thématique a permis de mettre en évidence les thèmes plus évoqués pour chaque femme.

Dans un deuxième temps, une comparaison des thèmes pour l'ensemble des entretiens a été réalisée. Cette analyse de co-occurrence a permis d'examiner les associations de termes afin de mettre en lumière les points communs, les thèmes récurrents et les différences retrouvées pour chaque verbatim.

4.2 Aspects éthiques et réglementaires

4.2.1 Avis de comités consultatifs

Afin de pouvoir réaliser l'étude au sein d'une maternité de niveau I en Occitanie, une copie du protocole de recherche accompagné de la lettre d'information destinée aux femmes a été envoyé à la Direction du Centre Hospitalier, à la sage-femme coordinatrice de la maternité de niveau I de cet établissement ainsi qu'à la sage-femme chargée des consultations. A l'issue, une autorisation a été obtenue pour la réalisation de séances d'informations sur les compétences fœtales et néonatales avec la sage-femme chargée des consultations et de l'animation des séances de PNP. Une autorisation a également été donnée pour la réalisation des entretiens avec les femmes le troisième jour du post-partum dans le service de suites de couches.

L'étude a été soumise au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) afin de valider sa conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des

Libertés (CNIL). L'étude relevant de la méthodologie de référence MR003, un accord a été obtenu en ce qui concerne la grille de l'entretien et les modalités de recueil du consentement des femmes.

4.2.2 Information et consentement

Lors des séances de sensibilisation aux compétences fœtales et néonatales, une lettre d'information expliquant l'étude a été remise aux femmes enceintes (fournie en annexe). A l'issue de ces séances, les femmes ont donné leur consentement oral. Les mères ont renouvelé ou non leur consentement oral le jour de l'entretien.

4.2.3 Anonymat

Pour cette étude, l'anonymat a été respecté en attribuant des prénoms fictifs à chaque femme. Lors de l'écriture des verbatims, les noms et/ ou prénoms cités, n'assurant plus la confidentialité ont été supprimés.

RESULTATS

1. Population

Au total, **12 entretiens** ont été réalisés dont **10 sur des femmes primipares** et **2 multipares**. La moyenne d'âge des femmes était de **29,16 ans** avec une moyenne de 28,2 ans pour les femmes primipares et de 34 ans pour les femmes multipares. Toutes les femmes interrogées avaient une situation économique favorable et vivaient en couple. Toutes maîtrisaient la langue française. Lors des entretiens, les femmes étaient à leur troisième jour du post-partum.

Concernant la sensibilisation aux compétences fœtales et néonatales, **4 patientes** ont bénéficié du schéma de PNP organisé par la maternité de niveau I à un âge gestationnel compris entre 32 et 36 SA soit en moyenne 34,25 SA. Lors des séances de PNP, **deux pères** étaient présents. Onze patientes ont bénéficié d'une séance d'information sur les compétences fœtales et néonatales au cabinet libéral. Cependant, **8 femmes** ont pu être recrutées dans l'étude à un âge gestationnel compris entre 18 et 36 SA soit une moyenne de 28,8 SA. Trois de ces huit patientes ont bénéficié de ces informations durant leur deuxième trimestre de grossesse. Durant cette séance, **un père** était présent.

Sur le plan obstétrical, une femme a présenté une pathologie lors de sa grossesse à savoir un diabète gestationnel. Une autre patiente a complété son suivi de préparation à la naissance et à la parentalité en découvrant l'haptonomie avec son conjoint. Le jour de la naissance, **9 femmes** ont eu un **accouchement par voie basse** dont 2 ont nécessité l'utilisation de ventouse ou de forceps due à une mauvaise flexion de la présentation engendrant une stagnation de la progression du mobile fœtal lors des efforts expulsifs ou à une variété postérieure. **Trois césariennes** ont été réalisées, dont 2 en urgence pour anomalie du rythme cardiaque fœtal, et une autre programmée après échec de déclenchement. En postpartum immédiat, une patiente a présenté une hémorragie du post-partum. Lors du séjour en service de suites de couches, une autre patiente a révélé un babyblues. Dans cette même période, **6 femmes ont allaité** leurs enfants pour 6 qui ont choisi l'allaitement artificiel. Lors des entretiens, deux pères étaient présents.

Les entretiens ont duré en moyenne **32,5 minutes**, allant de 25 à 40 minutes. Le temps de retranscription a été environ de 3 heures pour chaque discussion soit 36 heures de retranscription au total.

2. Qu'a permis l'appropriation de ces informations ?

2.1. Le contenu

2.1.1. Une découverte

De manière générale, les informations apportées sur la sensorialité fœtale et néonatale ont été une découverte. Pour cinq d'entre elles, il s'agit d'une véritable nouveauté comme le décrit Mathilde « *Tout ça je ne le savais pas avant d'avoir les informations* » et Aude « *J'ai trouvé ça bien parce qu'il y avait plein de choses que je ne connaissais pas. J'ai beaucoup appris.* » Des notions sur les sens tactile et auditif du fœtus sont globalement connues. Cependant la gustation fœtale a déclenché un effet de surprise générale comme le disent Léa « *Pour le goût, je ne m'attendais pas à ça* » et Elodie « *A part le toucher, je n'avais pas la notion de l'odorat à la naissance et du goût pendant la grossesse.* »

2.1.2. Une remise en question par rapport aux connaissances antérieures

Si pour certaines il s'agit d'une véritable découverte, pour d'autres il s'agit d'approfondir des connaissances déjà existantes comme pour Camille « *Je le savais déjà mais j'ai trouvé que c'était plus approfondi* ». Noémie explique « *Si je me posais des questions, j'allais chercher un peu. Je savais déjà qu'il entendait, qu'il était censé connaître notre voix mais pas plus.* » Elle met en exergue l'idée que les femmes et les couples possèdent des connaissances mais celles-ci restent plutôt superficielles comme le montre Léa « *Pour le son, on m'en avait déjà parlé alors je savais déjà plus ou moins.* »

L'approfondissement de ces connaissances a permis de déclencher une réflexion dans le couple concernant la communication déjà mise en place avec leur enfant. Mathilde raconte « *Pour le toucher, on a plus fait et elle venait se mettre sous nos mains. Avant on le faisait aussi et elle venait aussi mais on ne pensait pas que c'était ça.* »

2.1.3. *Un besoin d'être acteur*

De façon générale, l'apport d'informations pendant la grossesse est apprécié par les femmes et les couples. Cette satisfaction est expliquée par Camille « *On a toujours besoin d'entendre ces choses-là, de comprendre, de savoir comment faire par la suite* » et Mathilde « *Tous les jours on lui parlait mais c'est vrai qu'en ayant eu ces informations on a compris ce qu'il se passait. Moi j'ai trouvé ça intéressant, c'est bien de savoir ce qu'il se passe pendant la grossesse et après la naissance.* » L'acquisition de connaissances met en valeur le besoin implicite des parents à posséder un savoir qui leur permettra de ne plus être spectateurs lors de la grossesse et dans les suites. Ainsi, au-delà de la compréhension de l'univers sensoriel fœtal et néonatal, il s'agit d'une compréhension générale de la grossesse qui amène les femmes à se l'approprier.

La connaissance de l'environnement sensoriel fœtal et néonatal a permis d'anticiper les interrogations éventuelles des femmes primipares comme l'énonce Elodie « *ça m'a appris des choses sur des questions que je ne me serais pas posée comme les pleurs du soir parce qu'on prend plus conscience de ses sens, de ce qu'elle a besoin et de ce qu'elle a vécu pendant la grossesse.* »

Une prise de conscience s'opère pour ces futurs parents en comprenant les répercussions de leur mode de vie sur leur enfant in utero comme le mentionne Camille « *Ça m'a permis de réaliser plus de choses sur ce qu'il ressentait réellement. Je ne pensais pas que c'était aussi important* » et Elodie « *Je ne pensais pas qu'en fonction de ce que j'allais manger, elle allait aimer ou pas, se souvenir par la suite. Ce sont des choses que je pourrais voir lors de la diversification alimentaire. Il y a des aliments que j'ai beaucoup mangé pendant ma grossesse et qu'elle aimera plus que d'autres.... C'est une chose dont je n'avais pas du tout conscience.* » Les informations font comprendre aux parents qu'ils sont acteurs dès la grossesse. Leur mode de vie a des répercussions sur la sensorialité de leur enfant en devenir. Ainsi, ils se rendent alors compte de leur interaction avec l'enfant, de leur responsabilité dans leur nouveau rôle de parents qui s'inscrit déjà lors de la gestation. La compréhension de ces informations associée à ses conséquences suscite ainsi l'intérêt de ces parents.

2.2. La forme

2.2.1. Extraits de la vidéo « Le monde selon bébé »

Camille introduit par « *la façon dont vous avez expliqué.* » Outre le contenu des informations, la manière d'aborder les informations permet de s'approprier le contenu. Mélissa raconte « *ce qui m'a apporté le plus c'est l'appui visuel, d'avoir quelque chose à l'appui pour argumenter les propos, ça reste plus en mémoire avec un appui visuel quel qu'il soit. Ça aide à comprendre et à se souvenir.* » De par les extraits de la vidéo, les femmes se sont identifiées comme l'affirme Perrine « *c'est vrai que j'ai beaucoup aimé les illustrations concrètes avec le film qui étaient vraiment parlantes.* »

Stéphanie ajoute « *j'ai bien aimé l'extrait vidéo, ce n'était pas trop long, ça allait.* » Les extraits du documentaire ont d'abord été choisis par leur contenu. Une deuxième réflexion avait permis de limiter les extraits à quelques minutes de façon à garder l'attention des parents. Dans une société, très visuelle, où l'accès aux savoirs se fait beaucoup par l'écran, nous constatons que les femmes sont autant satisfaites du contenu que de la durée de ces extraits.

2.2.2. Groupe de femme / Expériences

Onze femmes ont bénéficié de séances d'informations collectives. Mathilde affirme « *d'avoir été en groupe, c'était bien parce que j'ai pu entendre les expériences de certaines qui sont déjà mamans* » accompagné des propos de Mélissa « *J'ai beaucoup aimé qu'on soit en groupe, ça permet de pouvoir partager avec les autres mamans.* » Elodie ajoute « *Le fait qu'on soit plusieurs, c'était sympa et aussi qu'on soit à différent moment de la grossesse. On n'a pas toute le même ressenti. C'était intéressant de savoir comment certaines vivaient leur grossesse à un certain stade. On peut s'imaginer comment ça sera plus tard pour notre grossesse.* » Les femmes énoncent leur satisfaction ainsi qu'un besoin de partager leurs expériences entre elles en montrant également un attrait pour la projection.

3. Valorisation des échanges / des relations

3.1. Adaptation des parents face à ces informations

3.1.1. Une attention particulière aux réactions de l'enfant

Après les séances d'information, le terme « *faire attention* » a été exprimé un grand nombre de fois par les femmes et les couples, ce qui laisse supposer l'importance de cette attention. Mathilde l'illustre « *après ces informations, on a juste fait plus attention et c'était bien.* » Les parents ont porté une attention particulière aux réactions de leur bébé in utéro, Aude le montre « *après j'ai fait plus attention si ça réagissait ou comment ça réagissait. Par rapport au fait qu'il pouvait y avoir des réactions, j'y faisais attention.* » De par ces propos, Aude souligne finalement l'attente des parents lorsqu'ils tentent de rentrer en communication avec leur enfant grâce au cinq sens, tout comme Noémie « *J'ai essayé de faire attention, quand je mangeais quelque chose pour voir s'il aimait mieux ou pas... mais c'est vrai que j'ai pas vu la différence...* » Dans la suite de l'entretien, Noémie n'a plus abordé la sensorialité gustative. Ceci met en avant l'éventuelle idée d'une préférence sensorielle maternelle en fonction de la réaction fœtale attendue par la mère. Il semble alors que chaque femme de l'étude se soit appropriée la sensorialité en fonction de son ressenti et de son interprétation. Aude souligne cette idée en disant « *Ce qui m'a le plus marqué, c'est la musique. J'en avais téléchargé pour me détendre et je voyais que ça la détendait aussi.* » Pour Elodie, le goût a été plus significatif « *Après j'ai été plus attentive à certaines choses comme par rapport au goût, c'est vrai que par exemple quand je mangeais certains aliments, j'avais l'impression qu'elle était plus réceptive mais après c'est peut-être moi qui interprétais.* » Camille enrichit également en affirmant que « *Pour ce qui est du goût, je n'ai pas trop fait attention par contre mais plus avec le toucher et l'audition.* »

3.1.2. Une accentuation des échanges avec l'enfant in utéro

En plus de l'attention particulière portée aux réactions du bébé in utéro, l'ensemble des parents participant à l'étude semblent avoir accru la fréquence de la

communication avec leur enfant comme le soulignent Noémie « *après la séance, on a essayé de plus communiquer* » et Léa « *on a accentué davantage, on l'a plus stimulée. On a essayé de plus la toucher, de plus lui parler.* »

L'accentuation des échanges est à contrebalancer avec la mise en place d'une communication apparaissant comme plus adéquate, plus appropriée aux yeux des parents. Le conjoint de Noémie présent lors de l'entretien raconte « *on a communiqué différemment, en faisant plus attention* » suivi par Camille « *Après cette séance, j'ai rapidement mis ça en place. Je savais déjà par rapport à l'ouïe mais du coup je lui ai davantage parlé en plus de lui faire écouter de la musique, comme je faisais déjà.* » La reconnaissance des facultés sensorielles de leur tout-petit permet également à ces parents d'en comprendre les limites.

3.1.3. Clivage entre avant et après les informations

Pour certains parents, les séances marquent un renouveau dans la communication avec leur bébé in utero. En effet, Noémie l'explique: « *le soir quand je suis rentrée de la séance, je me suis mise seule dans la chambre et je lui ai parlé comme dans l'extrait* ». Stéphanie raconte: « *c'est principalement par rapport au goût où je me suis posée plus de questions « est-ce qu'il va réagir à ça ? », je me suis plus penchée sur la question alors que pour les autres grossesses, ça se faisait naturellement sans rechercher davantage.* »

Comme le montrent Noémie et Camille « *après cette séance, j'ai rapidement mis ça en place.* » La mise en pratique s'est faite rapidement après la connaissance des informations.

3.2. Au sein du couple

3.2.1. Partage des informations / Communication dans le couple

En plus d'une valeur ajoutée dans les échanges avec leur enfant en modifiant leurs comportements, les parents ont ouvert le dialogue à ce sujet. Après les séances, onze femmes enceintes ont partagé les informations avec leur conjoint comme l'indiquent

Camille « *Le fait de lui expliquer ce qu'on avait vu avec vous, j'ai pu plus facilement lui en parler et mettre en application le fait de lui parler, d'utiliser le toucher au niveau du ventre.* » et Agathe « *Oui ! je lui ai tout raconté ! [Rires]* »

Dans le couple où le dialogue ne s'est pas entrepris, des difficultés conjugales sont énoncées par Mélissa « *C'était pas notre dynamique à ce moment-là. Ça a été compliqué pendant la grossesse avec lui donc je ne pense pas que ça l'aurait intéressé.* »

3.2.2. Valorisation mutuelle des conjoints

Lors des entretiens, deux conjoints étaient présents et ont été invités à s'exprimer librement. Il est intéressant de noter que leur présence a permis de mettre en évidence une valorisation réciproque des deux partenaires en évoquant en particulier la sensorialité du nouveau-né. En effet, Agathe dit « *Ta voix, elle la reconnaît. Des fois elle pleure puis il parle et elle se calme direct* », renchérit par son conjoint « *et quand elle la pose contre elle, elle se calme de suite.* » Le couple de Noémie le montre également lorsqu'elle raconte « *Pour le toucher, je m'aperçois qu'elle sait que je suis sa maman.* » flattée par son conjoint « *ça c'est sûr et certain.* »

3.3. Relation parents-enfant

3.3.1. Investissement /place du père

En partageant les informations avec leur conjoint, les femmes souhaitent leur donner la possibilité de s'intégrer davantage pendant la grossesse. Camille le prouve en déclarant « *J'en ai parlé au papa qui a aussi beaucoup plus participé. Je lui ai dit que c'était important de lui parler pour qu'il puisse entendre sa voix. C'est compliqué pour eux de trouver leur place pendant la grossesse. Je trouve que ça l'a davantage intégré.* » Dix conjoints se sont appropriés ces informations en prenant plus souvent part aux échanges avec l'enfant in utéro. De manière générale, le toucher et l'audition sont les deux sens les plus accessibles aux pères. Perrine indique « *Lui, il lui parlait plus que moi finalement [rires], plus régulièrement... après on avait aussi vu des choses avec notre sage-femme libérale comme le modelage de l'utérus donc il était toujours partant pour*

ces choses -là. » Le conjoint de Léa a aussi investi l'ouïe « De savoir que les voix graves passent plus facilement, ça l'a motivé aussi à plus lui parler [Rires]. Il posait davantage sa tête aussi. » Agathe rapporte « Du coup il a pu mettre en pratique, il a plus parler après, il lui expliquait tout, il lui racontait tout [Rires] »

Le conjoint de Noémie conclue « J'ai accentué ce que je faisais déjà, je lui parlais...pas à faire de grands récits mais des petits dialogues [Rires], des choses qu'on a envie de dire... des choses qui nous tiennent à cœur, de notre histoire ou de l'histoire de la famille. On accentue la communication, ça aide à dire et à faire des choses plus cohérentes plutôt qu'un petit mot par ci par là. Ça nous implique davantage, ça aide. »

3.3.2. *Etablissement d'un lien sensoriel entre le pré- et le postnatal / Parents attentifs à la sensorialité*

En expliquant la sensorialité néonatale en plus de la sensorialité fœtale, les parents ont compris l'environnement sensoriel de leur enfant et montrent leur capacité à établir un lien entre ces deux périodes. Ces parents sont attentifs à la sensorialité de leur enfant afin de leur procurer de l'apaisement, du confort et de la sécurité.

Perrine raconte « *On a mis son doudou dans mon lit pour qu'il s'imprègne de mon odeur avant de lui donner.* » suivie d'Agathe « *Elle pleurait alors j'ai mis ma main contre sa joue puis elle a mis sa main contre la mienne et elle s'est calmée. Rien que le contact l'apaise. Je me suis dit qu'elle avait peut-être l'impression d'être contre l'utérus* » et de son conjoint « *On la prend, on la rassure avec l'odeur, le toucher et la voix* ». Camille ajoute « *Le fait de le prendre dans les bras, ça rappelle le ventre, il peut écouter les battements de cœur, il sent mon odeur quand je l'ai avec moi et tout ça lui rappelle quand il était dans mon ventre.* » Mathilde explique « *On essaie aussi de lui faire des cocons. Quand on la couche, on lui met quelque chose autour pour qu'elle se sente en sécurité sinon à la maison on a prévu un berceau plus petit au début pour qu'elle puisse toucher les bords et être contenue.* »

Léa démontre l'adaptation dont font preuve les parents « *Quand elle pleure elle met sa tête au niveau du cœur et on fait des papouilles dans son dos et ça l'apaise de suite. Et ça on le faisait déjà quand elle était dans mon ventre.* » Cette adaptation

s'élabore de façon concomitante à la connaissance de leur enfant. La sensorialité aide à connaître son enfant.

Les parents montrent également une capacité de remise en question, d'adaptation au fur et à mesure des jours passés avec l'enfant. Selon Perrine : « *Je lui parle assez doucement alors ça fait 2 jours qu'on se dit qu'il faut qu'on fasse un peu plus de bruit parce que du coup elle est hyper réactive au moindre bruit parce qu'on chuchote entre nous.* »

3.3.3. Un moment privilégié avec leur enfant

La grossesse est une expérience unique où les parents établissent des premiers liens avec leurs enfants in utero par leurs propres moyens et connaissances.

La connaissance de la sensorialité fœtale et néonatale déclenche un changement de comportement parental dans la communication avec l'enfant. Agathe mentionne les bienfaits de la compréhension de l'environnement sensoriel fœtal « *Vu qu'on sait, on apprécie plus d'être avec elle.* » Léa signale l'opinion de son conjoint « *Il s'est dit qu'il fallait en profiter à ce moment-là, pendant la grossesse.* » Noémie raconte également « *J'ai fait plus attention à certains points. Ce sont des choses que j'aurais peut-être loupé, des moments que je n'aurais pas eus avec elle.* »

Selon Mathilde : « *On aurait eu ces informations plus tôt dans la grossesse, ça aurait été mieux pour profiter de ces moments.* »

4. Soutien

4.1. Sentiment de confiance et de sérénité

4.1.1. Conforter une communication naturelle

En dehors de ces connaissances, des liens s'établissent entre les parents et leur enfant « *naturellement* » pendant la grossesse. En bougeant, l'enfant cherche entre autre

le contact avec ses parents et en particulier avec sa mère qui éprouve « *un ressenti* ». Cette prise de contact est réciproque. Les parents cherchant à entrer en lien avec leur enfant en utilisant le toucher et l'ouïe.

En participant à l'étude, les parents ont réfléchi à ce qu'ils faisaient déjà. Finalement, le mot « *naturellement* » est répété un grand nombre de fois et les parents sont confortés dans leur manière d'agir avec leur bébé in utéro. Agathe le montre « *J'ai repensé à ce que j'avais fait, si j'avais bien fait et si j'avais ressenti les mêmes choses et c'est vrai que je me suis retrouvé dedans puisque ce sont des choses que je faisais naturellement.* » ainsi que Léa « *On n'a pas fait différemment parce qu'on faisait déjà bien.* »

Pour Mélissa : « *Je faisais déjà attention aux sons pour mon premier, on n'avait pas eu cette séance mais c'était naturel comme le toucher.* »

4.1.2. L'enfant rassure le parent de par ses réactions sensorielles

Comme vu précédemment, les parents deviennent très attentifs à la sensorialité. Les femmes, notamment, ont des attentes concernant les réactions de leur enfant. Le parent sélectionne les sens en fonction des réactions de son enfant et de son interprétation. La réaction engendre à son tour une satisfaction du père et/ ou de la mère, se sentant alors valorisé dans ces échanges. Pendant la grossesse, le parent est conforté dans sa capacité à établir des liens en amenant de l'apaisement à son bébé. Agathe raconte « *Dans les sens, j'ai plus investi le toucher (...) quand je touchais en posant ma main sur mon ventre parce qu'elle bougeait beaucoup, ça la calmait.* » Une fois l'enfant né, les parents restent particulièrement attentifs à la sensorialité comme le mentionne Camille « *Dès qu'il est dans nos bras, on arrive de suite à l'apaiser.* »

Pour Noémie : « *Sa façon de se mettre sur moi, elle est vraiment recroquevillée comme quand elle était dans mon ventre et quand c'est quelqu'un d'autre qui la prend, elle est plus étendue, moins recroquevillée comme sur moi. Elle cherche à me regarder.* »

Ainsi, l'enfant « engendre » le parent grâce à l'attention portée à la sensorialité.

4.1.3. Une gestion des pleurs

Lors d'une séance de sensibilisation, les femmes enceintes affirmaient avoir une crainte par rapport à la gestion des pleurs futurs de leur enfant. Ces informations ont permis de comprendre l'environnement sensoriel de leur enfant.

Cette compréhension a modifié la vision des pleurs chez les parents qui les accompagnent avec confiance nouvelle, comme le mentionne Agathe « *La voix, ma voix la calme. Dès qu'elle pleure je lui mets la main sur le front et de suite elle s'apaise, je lui parle, je lui explique les choses et elle s'apaise. D'ailleurs je suis é-t-o -nnée de ne pas stressée parce que je suis de nature stressée et là je suis étonnée de moi. [Rires]* » et Mathilde « *on n'est pas en panique quand elle pleure parce qu'elle a des moments où elle pleure beaucoup malgré qu'elle ait mangé, qu'on l'ait changée mais on sait qu'elle a besoin d'extérioriser, on sait que ça peut arriver.* »

Les mères confirment que l'origine de leur confiance vis à vis des pleurs est liée aux informations reçues. C'est le cas d'Agathe « *Par rapport aux pleurs de décharge, elle a fait ça hier soir. C'était exactement ce que vous aviez expliqué. C'est sûr que ça m'a trop aidé les informations. On se dit qu'on sait gérer. Ça m'a apporté des réponses et de l'apaisement pour gérer une fois qu'elle est avec nous. Si je n'avais pas eu ces informations, j'aurais pas fait ça ! C'est sûr. Je ne lui aurais pas expliqué comme ça les choses, je ne me serais plus stressée de suite à me dire « mais qu'est-ce qu'elle a ? » ou « pourquoi elle pleure ? » vous nous avez expliqué qu'il n'y avait pas forcément quelque chose de grave, juste qu'il fallait y répondre* », d'Elodie « *Pour les pleurs de décharge, j'aurais pas pensé à ça. Je me serais inquiétée alors qu'il n'y a pas à s'inquiéter, c'est normal. Ça apporte une certaine sérénité, un savoir* » et d'Aude notamment « *Toutes les questions qu'on avait abordé par rapport aux pleurs : on entend qu'il faut les laisser pleurer, et toi tu nous as informé qu'un bébé ne faisait pas de caprices, que s'il pleurait c'est qu'il avait quelque chose alors ça je m'en suis rappelé. On a abordé des questions qui me servent bien aujourd'hui.* »

Pour certaines, ces informations ont conforté leurs connaissances comme pour Camille « *Ça m'angoisse pas du tout, de savoir que quand je le prends, il se calme. En plus de tout ce que vous avez dit confirme ce que je savais déjà et c'est peut-être pour ça que je ne suis pas stressée quand il pleure.* »

Une mère parmi les douze a déclenché un babyblues au troisième jour après la naissance de son enfant. Son mal être est sous-tendu par les pleurs de son enfant, à croire que l'enfant pleure parce qu'il est triste, parce qu'il a mal. La gestion des pleurs est vécue comme difficile par Noémie comme elle nous l'explique « *La nuit elle rentre dans des crises de pleurs ; à tel point que je ne savais pas quoi faire, de comprendre ce qu'elle avait, elle venait de prendre son biberon donc je savais que ce n'était pas ça. Elle n'avait pas besoin d'être changée alors je ne savais pas si elle avait mal, si elle avait besoin d'être rassurée... je ne savais pas ce qu'elle attendait réellement... j'étais pas bien, ça m'a fait pleurer de voir que j'arrivais pas à la consoler, ça m'a fait craquer.* »

De manière générale, les informations aident à anticiper la venue de l'enfant comme Elodie le souligne « *les informations aident à se projeter, à savoir ce que notre bébé peut ressentir, ça rassure forcément d'être renseigné.* »

4.1.4. Les angoisses ressenties pendant la grossesse

Globalement, les femmes enceintes s'interrogent sur leurs compétences parentales comme le dit Agathe « *Il y a des jours où j'étais calme, posée et d'autres où je me posais dix milles questions, j'angoissais de savoir si j'allais y arriver avec mon bébé. C'était vraiment des jours où tout ressortait sans raison.* ».

Cinq femmes énoncent des craintes concernant un futur plus lointain, celle de l'éducation de leur enfant comme le mentionne Camille « *On en a toujours parce qu'on se demande si on va y arriver après, même si on nous rassure et qu'on nous prend en charge. On se pose toujours des questions sur comment on va réellement être avec le bébé. Des informations comme ça rassurent toujours, après moi c'était plus des questions sur l'élever comme il faut.* »

Nous pouvons constater que les femmes et les couples s'interrogent dès la grossesse sur leurs habiletés (gestion des pleurs) et sur leurs compétences parentales (éducation). Les séances de sensibilisation à la sensorialité semblent répondre en partie à leurs interrogations.

4.2. S'adresser directement à son enfant : un outil ?

« *Ce qui est important pour vous, l'est aussi pour lui.* » Les paroles de ce scientifique présenté dans un extrait de la vidéo semblent particulièrement raisonner pour deux femmes. Il est intéressant de noter que celles-ci présentent un environnement familial et/ amical meurtri par la perte de proches.

Pour Noémie, la mise en place de cette sensorialité s'est entreprise rapidement après la séance « *le soir quand je suis rentrée de la séance, je me suis mise seule dans la chambre et j'y ai parlé comme dans l'extrait.* » Avec cet extrait, Noémie semble avoir trouvé un soutien « *Le fait de lui parler... je n'y aurais pas pensé enfin.... Parce qu'avant on lui parle comme ça mais pas de longs discours ou en lui expliquant les choses. Je l'aurais pas fait si je n'avais pas eu ces informations et moi ça m'a rassuré de le faire.* »

Chaque femme s'approprie ces informations selon sa sensibilité et ses besoins. L'extrait de la vidéo montre des femmes s'adressant à haute voix à leur bébé, pour Stéphanie, il en est autrement : « *Je lui parlais de ce qu'il me tracassait intérieurement. Des choses que je me dis à moi-même mais en lui parlant. Du coup je ne sais pas s'il la entendu... mais c'était dur pour moi de le dire à haute voix. Mais c'est vrai qu'après la vidéo je lui ai plus parlé, sinon je crois que je l'aurais pas fait. Je me suis adressée à lui intérieurement alors que pour les autres grossesses, je ne l'ai presque pas fait.* »

Elodie fait partie des trois femmes ayant reçu ces informations au deuxième trimestre de grossesse (24 semaines d'aménorrhée pour elle). Elle a ressenti le besoin de s'adresser à son enfant en fin de grossesse, période vécue comme stressante par la majorité des femmes enceintes interrogées « *J'avais pas forcément tendance à lui parler après la séance et à la fin de la grossesse où je me posais plus de questions, je le faisais plus du coup.* »

Perrine a, quant à elle, évoqué certaines difficultés à la mise en place de cette pratique. L'enfant virtuel est confronté à l'enfant réel « *comme dans la vidéo où elle dit « je ne sais pas à quoi tu ressembles » et c'est pas facile.* » Pour autant, après la visualisation de cet extrait, Perrine a éprouvé un intérêt pour cette expérience « *Quand la maman parle en s'adressant directement à son bébé, les manifestations, les réactions sont différentes... cette différence au moment où on s'adresse à son bébé et au moment où on*

parle avec son conjoint, c'est assez fabuleux je trouve mais ce n'est pas forcément simple à mettre en pratique pour autant. »

Parlons à nouveau de Noémie, le fait de s'adresser à son bébé pendant la grossesse n'a pas seulement permis de lui apporter un soutien. Cette pratique a également eu pour conséquence la création psychique de la nouvelle famille « *de lui parler, je me disais que je n'étais pas seule. C'est vrai que ça m'a aidé à prendre conscience qu'on allait être trois. »*

4.3. Préparation sensorielle à la naissance

4.3.1. Une focalisation sur la sensorialité à la naissance

Pendant la grossesse, une préparation à la sensorialité s'effectue en vue de la rencontre avec leur enfant comme le montre Perrine « *Tous ces aspects-là de l'arrivée, de l'accueil, j'ai été hyper vigilante de ce qu'on avait vu ensemble. »*

Le jour de la naissance, Elodie affirme « *Je trouve que j'ai été plus attentive. »* L'attention portée à cette rencontre sensorielle permet de profiter pleinement de cet instant comme le montre Noémie « *Ce regard c'était magique ... puis elle est venue se coller... le fait qu'on la sente, l'odeur et tout ça a été un moment très très beau. Ça fait même oublier la douleur qu'on a eu, qu'on subit. »*

4.3.2. Le regard à la naissance (= protoregard)

S'il peut paraître plus aisé d'expliquer les capacités olfactives du nouveau-né, il n'est pas évident de faire comprendre le protoregard à la naissance. Ainsi, un extrait vidéo a permis d'illustrer ce regard. Toutes les femmes ont exprimé spontanément leur ressenti face à ce regard. Il semble même que les femmes se soient préparées pendant la grossesse à le vivre lors de la rencontre avec leur bébé comme le souligne Noémie « *Par rapport au regard, je l'ai vraiment attendu !* » Toutes ont porté une attention particulière à ce regard tel que le mentionnent Camille « *J'ai remarqué son regard très intense, c'était impressionnant !* » et Perrine « *J'y ai fait très attention ! J'ai même enlevé mes lunettes,*

je me suis dit qu'elle n'allait pas voir mes yeux avec mes lunettes ! [Rires] ça c'était super chouette ! ».

Noémie illustre également la préparation et le vécu de ce regard tout en abordant une notion non loin d'être négligeable « *j'y ai prêté vraiment plus attention que si vous ne me l'aviez pas dit parce que oui je l'attendais quand même. J'espérais qu'elle nous regarderait et là je me suis dit c'est vraiment vrai... il y a vraiment cette chose qui se passe à ce moment-là, c'est vraiment un bon moment. (...) Puis j'ai dit au papa « regarde, elle te regarde ! »* En effet, Noémie souhaite que son conjoint, père de cet enfant, puisse recevoir cet intense regard.

Cette notion est également abordée par Aude : « *Alors je me suis beaucoup rappelée du regard et je l'ai beaucoup cherché. Ce n'était pas sûr que mon mari soit présent pour l'accouchement et moi je voulais absolument qu'il soit là pour ce fameux regard. Et je l'ai pas vu ce regard, ou alors je l'ai pas vue parce que j'avais vraiment trop mal.* » Par ses propos, Aude met en avant un vécu douloureux de l'accouchement qui a porté préjudice à cette attention.

4.3.3. Le « peau à peau »

Associés aux informations sur la sensorialité néonatale, les bienfaits de la pratique du « peau à peau » dès la naissance ont été expliqués. Le « peau à peau » est de manière générale évoqué par les mères qui gardent en mémoire un moment heureux. Grâce aux liens sensoriels qu'elles ont pu établir avec leur conjoint, elles en citent les bienfaits affectifs.

Selon Agathe : « *C'était trop bien, trop magique ! On a fait le peau à peau tout le temps qu'on est resté dans la salle d'accouchement. Dès qu'ils l'ont mise sur moi, elle s'est apaisée, elle me regardait. Le regard de suite puis elle s'est apaisée.* »

Même si les parents comprennent pendant la grossesse l'intérêt de cette pratique dès la naissance, il existe une prise de conscience des parents lorsqu'ils la mettent véritablement en pratique comme le montre Elodie : « *on a fait le peau à peau une fois arrivés dans la chambre. Ça s'est très bien passé et c'était super parce qu'on a pu profiter comme ça tous les trois. Au niveau du toucher, on se rend compte que le peau à peau est*

super important parce qu'elle était dans mon ventre pendant neuf mois et que c'était plutôt restreint. » Au-delà du bien-être parental et néonatal qu'il procure, Elodie met en lumière un bienfait affectif, celui de se retrouver en famille.

Pour les femmes ayant bénéficié d'une césarienne, il est souvent difficile d'assurer les soins de nursing en période post-opératoire. MéliSSa explique son vécu « *Après la césarienne, je n'ai pas pu être totalement disponible pour mon bébé mais j'ai quand même pu allaiter et ça c'est une fierté. Je vois que les liens se font principalement par l'allaitement. Le peau à peau y fait pour beaucoup aussi comme l'allaitement en fait. C'est quelque chose qui à chaque fois me raccroche et qui m'a permis de faire du lien tout de suite avec mes enfants.* » La sensorialité a permis à MéliSSa de pallier à sa déception de ne pas pouvoir assurer entièrement les soins de son enfant.

5. Organisation des séances

5.1. Programmation tardive

Pour neuf de ces patientes, les informations ont été connues au troisième trimestre de grossesse soit en moyenne à un âge gestationnel de 33, 9 semaines d'aménorrhée.

Les mères ont un grand intérêt pour la préparation à l'accouchement lors de cette période, l'accouchement s'approchant. Elles souhaitent à ce moment avoir des informations sur la gestion de la douleur et les postures de travail comme le prouve Perrine « *En fin de grossesse, à partir du septième mois, l'accouchement me semblait impossible (...) ce qui m'a aidé à ce moment-là était plus global sur la préparation à l'accouchement avec les postures par exemple.* »

Pourtant la connaissance d'informations sur le nouveau-né met du sens, comme le raconte Agathe « *Je regrette juste de ne pas avoir eu tout ça avant pour le faire.* » Mathilde pense également « *On aurait eu ces informations plus tôt dans la grossesse, ça aurait été mieux pour profiter de ces moments.* »

5.2. Souhait d'une PNP pour les pères

Trois pères étaient présents lors des séances de sensibilisation aux compétences sensorielles de leur enfant. Quatre mères interrogées évoquent la nécessité d'organiser des séances de PNP pour les pères comme Perrine « *Les papas ont besoin d'un lieu je pense.* »

Camille pense plutôt à l'organisation de ces mêmes séances mais adaptées aux futurs pères en expliquant « *Ça permettrait de le rassurer parce qu'il est à l'écart pendant 9 mois tandis pour nous la mère, c'est plus facile... Le fait qu'il participe un peu plus pendant la grossesse peut peut-être le rassurer une fois que bébé est là.* »

5.3. Les limites des informations évoquées

5.3.1. L'expérience personnelle mise en avant dès la naissance

Les informations sur la sensorialité fœtale ont été accueillies avec intérêt par l'ensemble des parents. Chacun a porté une attention particulière de manière à valoriser les échanges. Finalement, nous remarquons que les couples étaient tous au même niveau dans l'acquisition de ces connaissances.

La différence s'opère en postnatal quand certains parents sont riches d'expériences antérieures avec leurs premiers enfants. Ils ont déjà intégré les besoins sensoriels d'un nouveau-né.

Selon Léa : « *Je n'avais pas de doute parce que je savais qu'on allait être de bons parents. On a chacun nos expériences avec les enfants alors je n'avais pas de doute.* ». En fait, Léa prend en compte la sensorialité néonatale de façon naturelle et presque inconsciente. C'est aussi le sentiment évoqué par Stéphanie qui est mère de quatre enfants.

5.3.2. Une vision « psychologique » de ces informations

La sensorialité est évocatrice pour des femmes, des hommes et des couples parce qu'il s'agit d'une réalité, comme l'explique Noémie « *Déjà c'est une réalité, de le sentir bouger, rien que quand on parle, on sent qu'il réagit plus ou moins...* » La sensorialité est à portée de main alors elle se retrouve facilement et même « *naturellement* » reproductible après les séances. Le toucher et l'ouïe sont les deux sens les plus utilisés par les femmes mais aussi par les hommes.

Des informations, plus approfondies, sur la sensorialité fœtale sont perçues comme « *psycho* » par Perrine. L'univers fœtal peut apparaître pour d'autres comme irréel, notamment pour le conjoint de Stéphanie « *Je lui ai expliqué de quoi on avait parlé mais pas plus. Il n'est pas trop ouvert à tout ça.* »

5.4. Un enseignement nécessaire pour toute femme enceinte

Toutes les femmes sont satisfaites de l'opportunité d'avoir eu ces informations pendant leur grossesse. D'ailleurs, les professionnels de santé présents en suites de couches saluent cette réalité : « *c'est fou comme vous êtes renseignées maintenant, avant on ne savait pas tout ça.* »

Un consensus est amené par l'ensemble des femmes participant à l'étude : la nécessité pour toute femme enceinte d'être informée sur la sensorialité fœtale et néonatale, car pour Camille « *tout ce qui a été dit pendant les cours été très bien et très utile. Ces informations devraient être obligatoires pour tout le monde. La grossesse n'est pas une étape à sauter. On a beau le savoir, l'avoir vu, que quelqu'un nous le dise c'est plutôt rassurant.* »

Avec son bagage professionnel, Perrine complète cette nécessaire exigence de savoir: « *Je pense qu'il est nécessaire d'enseigner à certaines femmes comment s'y prendre parce que je pense qu'il y a des femmes qui ne savent pas du tout comment entrer en relation avec leur bébé, comment créer du lien, d'autant plus chez des mamans qui ont-elles mêmes étaient carencées* »

DISCUSSION

1. Rappel de l'objectif

Nous souhaitons identifier les répercussions liées aux connaissances sur les capacités sensorielles fœtales et néonatales sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et jusqu'à 3 jours du post-partum en lien avec la construction de la parentalité chez les femmes et les couples. Ceux-ci ont participé aux séances d'informations sur les compétences fœtales et néonatales accompagnées d'extraits d'une vidéo intitulée « Le monde selon bébé » au sein d'une maternité de niveau I et d'un cabinet d'une sage-femme libérale en Occitanie.

2 Appropriation des informations

2.1 Une découverte : le poids des cultures ?

Même si certains couples avaient des notions sur la sensorialité fœtale, l'apport d'informations plus approfondies a suscité une surprise générale. A notre tour, cette découverte nous interroge.

Ce que savent les femmes enceintes et les couples sur la sensorialité de leur bébé provient de leurs ressentis et de leurs interprétations aux moments des échanges. Des recherches sont entreprises sur Internet ou amènent au partage d'expérience entre femmes. Cette recherche nous montre que la sensorialité fœtale n'est pas connue du grand public dans notre société. Des études scientifiques ont pourtant permis de mettre en lumière cette sensorialité mais restent hors de portée des parents. A l'issue de certains témoignages, il semblerait même que la sensorialité fœtale appartiendrait au domaine ontologique, au mystique, à l'irréel.

Or, de son côté, la Chine traditionnelle a développé des principes de vie et de comportements destinés aux femmes enceintes et regroupés sous l'expression de *tai jiao* qui signifie « éducation fœtale ». L'attitude corporelle de la mère, les saveurs qu'elle privilégie, les musiques qu'elle écoute, les êtres qu'elle voit, les couleurs dont elle s'entoure, les paroles qu'elle dit et les pensées qui la traversent, tout cela agirait sur le fœtus.

Par exemple, les parents coréens pratiquent tout ce qui a trait à l'éveil prénatal d'une manière naturelle, spontanée, étant conscients que le bébé a besoin de sécurité, d'affectivité, de communication et d'apprentissage.

Un répertoire des conduites modernes des parents coréens auprès de l'enfant a été dressé. Certaines de ces conduites véhiculées dans leur société nous intéresse particulièrement dans le cadre de cette étude. Il s'agit entre autres de :

- Favoriser le développement des 5 sens du bébé dans le ventre ;
- Ne pas avoir du stress ;
- Avoir une bonne relation entre époux ;
- Faire du sport prénatal : yoga, natation, gymnastique ;
- Dialogue prénatal et communication...(57)

En France, l'éducation prénatale est définie dans les recommandations de la PNP par la HAS, une autorité publique indépendante à caractère scientifique. Il convient de remarquer qu'il n'est nullement mentionné la sensorialité fœtale et néonatale dans ces recommandations. Nous constatons alors une vision tout à fait disparate entre l'éducation prénatale française et l'éducation fœtale des sociétés asiatiques.

Pour la majorité des femmes et des couples français, ces informations ont été accueillies avec un grand intérêt, peut-être répondent-elles à un manque implicite dans la construction de leur parentalité. D'ailleurs, nous pouvons nous interroger sur le but recherché par l'élaboration d'un tel documentaire « Le monde selon bébé ». S'agit-il seulement de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur les facultés sensorielles fœtales et néonatales ? In fine, les auteurs ne recherchent-ils pas à informer le grand public ?

2.2 Un besoin d'être acteur

Dans cette étude, le besoin des parents à être acteur pendant la grossesse et des attitudes qu'elle a induit, a été initié par l'acquisition de ces nouvelles connaissances. Celles-ci sont non médicales et ont été potentialisées par l'utilisation de techniques éducatives. En conséquence, nous avons constaté une réelle appropriation de la sensorialité fœtale et néonatale de la part des parents.

Dans les recommandations pour la pratique professionnelle de la PNP, la HAS rappelle l'approche éducative proposée qui « ne se réduit pas à une transmission passive d'informations ». (58) Elle fait référence aux principes de la Charte d'Ottawa et à la notion d'Empowerment. Celui-ci évoque « *un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement sociale et politique* ». (3,56) Derrière ces mots, c'est bien d'autonomie et d'autodétermination dont il s'agit mais également de la participation active. Les femmes et les couples ont été encouragés dans cette étude, à prendre une place dans la construction et dans l'appropriation des savoirs et des compétences qui leur sont nécessaires pour investir leur nouveau rôle. Les informations sur la sensorialité ont généré une véritable prise de conscience sur leurs « possibles », notamment d'être déjà dans une réalité de parent. Cette maîtrise a été visible pendant la grossesse par l'augmentation en fréquence des échanges associés à un changement de comportement, une préparation sensorielle à la naissance.

De plus, la HAS souligne que la PNP « est un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de prise de décision et d'action pour agir et améliorer sa santé, en l'occurrence ici réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parent. » Le but de la démarche éducative auprès des femmes est « de les rétablir comme sujets de droit ». (3) La charte de la personne hospitalisée et la loi HPST confirme également cette orientation. (59,60)

En informant les parents sur la sensorialité fœtale et néonatale, nous avons inscrit notre démarche dans une éducation pour la santé. A travers les capacités sensorielles de leur tout-petit, les parents prennent conscience de leurs ressources et de leurs compétences.

2.3 Sentiments de compétences parentales

Le centre de jeunesse de Montréal définit les compétences ou les habiletés parentales comme « *la somme des attitudes et des conduites favorables au développement de l'enfant.* » (61) Lors des séances, leurs habiletés sensorielles spontanées ont été valorisées. Les femmes, les couples ont pu prendre conscience de leur savoir-faire naturel.

Après les séances, les parents ont davantage interagi avec leur enfant en s'appropriant à leur manière la sensorialité.

Dans une étude anglaise de 1997, les parents affirmaient que les séances de PNP étaient insuffisantes pour les aider à acquérir des compétences pratiques et des attitudes pour prendre soin de leur enfant durant la première semaine de vie. (62) Les parents énonçaient leur souhait de pouvoir discuter de leur relation conjugale et des changements après la naissance de leur enfant. Ces résultats sont similaires dans une étude menée en Australie en 2001 qui avait pour objectif de rechercher un lien entre le contenu et l'organisation de l'éducation prénatale dans le développement des connaissances, des habiletés et dans la confiance en soi nécessaire pour agir et susciter une motivation. Il a été mis en évidence que les femmes sont globalement bien préparées au déroulement du travail et de l'accouchement. Cependant, il apparaît chez les femmes primipares un manque de préparation aux soins et à l'attention à porter à l'enfant durant sa première année de vie ainsi qu'aux changements liés à son arrivée dans la famille. (63)

L'éducation prénatale en France a pour objectif de développer les habiletés et la confiance en soi, estimées comme essentielle dans l'accès à la parentalité.

De plus, le fait d'avoir mené ces séances en groupes pour 11 de ces femmes a renforcé leur réseau social et d'entraide. Cette dernière est possible grâce au retour d'expérience des autres femmes enceintes qui représente une méthode de gestion de connaissances comprenant un cycle de trois étapes :

- La génération d'expérience (collecter, formaliser) ;
- La mise à disposition (mémoriser, restituer) ;
- La valorisation.

En plus de leurs expériences personnelles qui valorisent les parents en devenir, nous constatons que le groupe engendre des conséquences similaires. Les expériences des membres du groupe potentialisent l'expérience d'un parent. Le groupe a aussi pour effet une meilleure projection des femmes et notamment les femmes primipares qui notent être rassurées, apaisées.

3 Le rôle des sens

3.1 Les canaux de communication spontanés

3.1.1 Une « force de vie interne » tactile pendant la grossesse

Il n'est pas rare de voir une femme enceinte caresser son ventre ou bien simplement y poser les mains. Le conjoint investit également le toucher, peut-être pour palier à l'absence de ses sensations directes. Ainsi, les deux parents entrent en contact de cette façon, aussi naturelle et spontanée soit-elle, avec leur bébé in utéro. Avant les séances de sensibilisation aux capacités sensorielles fœtales et néonatales, les parents se sont largement appropriés ce sens.

Pourtant, la société occidentale judéo-chrétienne accorde peu de place au toucher, le jugeant comme tabou, frein idéologique ou religieux. D'ailleurs, Philippe Labro l'illustre en affirmant « *Les Occidentaux, lorsqu'ils parlent de leurs corps, disent souvent : le corps que l'on a. Les Orientaux, lorsqu'ils parlent de leur corps, disent, le corps que l'on est.* » (64) La grossesse semble être un moment privilégié dans les échanges tactiles. Il s'agit du premier sens qu'utilisent les parents pour entrer en contact avec leur enfant. Il convient aux professionnels intervenant en périnatalité d'encourager ce canal de communication en expliquant les perceptions fœtales.

Les représentations du toucher paraissent particulièrement intéressantes dans le cadre de cette étude. Le toucher est associé à l'un des organes les plus importants du corps humain : la peau. A la différence des autres sens, le toucher nécessite des « récepteurs immédiats » que sont la peau, les muqueuses et les muscles. Il permet non seulement de percevoir le chaud, le froid, la douleur mais aussi d'être en contact avec le réel. Le toucher se distingue alors des autres sens par sa relation directe à la réalité. Pendant la grossesse, la réalité réside dans la présence de ce petit être qui se développe à l'intérieur de l'utérus de la femme. En touchant le ventre, les conjoints entrent avant tout en communication avec la réalité.

Edward T. Hall rajoute « *De tous nos sens, le toucher est le plus personnel.* » (65) Les sensations tactiles sont souvent intimes, particulièrement pour la femme enceinte qui

les vit en elle. Le toucher a des répercussions très profondes sur le corps, sur la santé et le bien-être. La sensorialité tactile aide la femme dans sa nidification psychique.

Lorsque les conjoints racontent leur manière d'agir avec leur enfant in utéro, il est intéressant de constater que ces échanges se font dans la sphère intime du couple. Dans ce cadre, Hall décrit la distance intime (moins de 45 cm) comme la distance du réconfort, de la lutte ou de la relation sexuelle. (65) A cette distance, les partenaires parlent moins fort avec une vision brouillée ou déformée du visage de l'autre en même temps qu'une forte perception de l'autre corps. Cette description est complètement transposable à l'état de grossesse et aux échanges triangulaires qu'elle induit.

Pour conclure, le toucher appréhende la réalité, la profondeur des corps et la proximité. Autant de qualités auxquelles les parents s'adaptent dès le début de la grossesse de façon spontanée et qui sont encouragées lors des séances d'informations aux capacités sensorielles fœtales. Les parents assurent déjà à leur enfant à naître leur présence auprès de lui. Ces nouvelles connaissances permettent de tisser de forts liens d'attachement avec leur enfant in utéro.

3.1.2 La voix, toute une histoire...

Pour les parents il ne s'agit plus de prononcer des mots mais de véritablement parler à son enfant. Les pères se sont particulièrement investis avec leur voix. Plusieurs affirment que des histoires familiales, du quotidien sont désormais racontées à l'issue des séances. Les parents utilisent le mot « cohérent » pour qualifier leurs paroles envers leur enfant. Dès lors que la communication devient « cohérente » pouvons-nous prétendre que les parents reconnaissent leur enfant comme une personne ? Tout comme le toucher, il est question de la présence réelle de leur enfant. Par ailleurs, nous pouvons faire le lien avec les histoires qui seront lues le soir à l'enfant. Ce moment est vécu comme un moment de réunion, d'échange et d'intimité entre les parents et l'enfant. Ce « rituel » est très rassurant et sécurisant pour l'enfant. Ses parents lui montrent alors leur entière disponibilité. Celle-ci est retrouvée après les séances.

De surcroît, l'histoire du soir permet de prendre en compte les émotions de l'enfant. Elle met des mots sur les peurs, les angoisses, les frustrations de l'enfant liées à sa

maturation psychique. Finalement, cette maturation est aussi visible lors de la grossesse chez l'homme et la femme. Raconter des histoires peut être la solution aux émotions rencontrées lors de cette période.

L'illustration concrète, à l'aide d'un extrait vidéo, de mères s'adressant à leur enfant in utero semble avoir été un outil de réponse à un besoin implicite de certaines femmes de l'étude. Le fait de s'adresser à son enfant a été utilisé lorsque l'environnement familial et/ ou amical ne semblait pas satisfaisant ou bien lorsqu'une peur plus intense de l'accouchement submergée ces parturientes en fin de grossesse.

La communication implique un émetteur et un récepteur, relié par un canal qui fournit le support aux signaux qui véhiculent le message. Si Noémie n'a pas éprouvé de difficulté pour s'adresser à son enfant, pour Stéphanie le fait de ne pas voir physiquement le sien a été problématique. En effet, des paroles sont prononcées sans qu'il y ait un récepteur visible. Ici, la question des représentations maternelles se pose. Même si le deuxième trimestre est riche en représentations, les femmes ont toutes utilisé cet outil au troisième trimestre de grossesse. Dans ce travail de recherche, l'étude montre, à la différence de Bibring, un réel « retournement vers soi » au dernier trimestre gestationnel.

Lors de cet extrait vidéo, le professionnel de santé explique que tout ce qui est important pour la mère et l'est aussi pour le fœtus qui perçoit les émotions maternelles. Il ajoute que les émotions font parties de la vie, l'enfant ressentira ces émotions tout au long de sa vie et devra apprendre à les gérer. Cette perception ferait donc partie de la normalité. Il est intéressant de remarquer qu'aucune femme de l'étude n'a éprouvé de sentiment de culpabilité face cette perception de leurs émotions contrairement à ce que l'on aurait pu envisager.

Nous constatons que chacune des femmes s'est approprié la manière de parler à son enfant. Pour faire face à des problématiques personnelles, à des situations stressantes, les femmes ont mis en place une stratégie afin de les résoudre. Cette stratégie est celle du *Coping*. Pour les femmes, il s'agit d'entrer dans un processus dynamique où elles ne vont plus subir mais plutôt s'adapter, s'ajuster ou entrer en confrontation avec leur situation. Le *Coping* est un facteur stabilisateur permettant à la femme enceinte de maintenir une adaptation psychosociale lors de périodes difficiles, de stress. Le *Coping* permet, soit de modifier le problème en le résolvant ou en le mettant de côté, soit de se modifier soi-même en régulant ses affects. (66)

Ces résultats nous amènent à considérer cet extrait vidéo comme une stratégie de coping pour les femmes enceintes. Toujours dans cette démarche d'éducation à la santé, ces informations permettent de renforcer leur capacité à faire face aux situations stressantes ou difficiles. En diminuant le stress ou les inquiétudes ressentis par ces femmes et ces hommes, nous pouvons nous interroger sur une éventuelle sécrétion d'ocytocine qui pourrait être favorisée par une telle stratégie. Ainsi, nous pouvons penser que cette stratégie aide à l'établissement de l'attachement entre les parents et leur enfant.

Les études sur la *stratégie de coping* déployées par les parents ont principalement été menées lors de la période d'adaptation majeure : la naissance. Aucune étude n'est retrouvée sur les stratégies mises en place par la femme enceinte ou le couple lors de la grossesse.

De plus, nous pourrions nous imaginer qu'une telle stratégie puisse être potentialisée par le sentiment de compétence. Cependant, aucune étude n'a mis en évidence un tel lien.

3.2 Préparation à la naissance

3.2.1 La pratique du « peau à peau » (PAP)

En sensibilisant les parents à la sensorialité fœtale et néonatale, ils comprennent tout l'enjeu de la pratique du contact en peau à peau. D'ailleurs les parents interrogés souhaitaient sa mise en place. Le jour de la naissance, les mères expriment leur totale satisfaction.

Selon Dageville, il décrit dans une étude la physiologie de l'attachement mère-enfant et les conséquences éventuelles d'une perturbation de ce processus. Pour lui, le PAP est essentiel dans l'établissement de l'attachement. En cas de séparation de ces deux partenaires à la naissance, les conséquences ont lieu sur le long terme, avec une perturbation du comportement à l'âge adulte portant sur les conduites d'apprentissage et de socialisation ainsi que sur la réponse au stress. Il rajoute que « *les avancées dans le domaine de l'épigénétique semblent indiquer que cette expérience de séparation précoce*

peut inscrire une trace au cœur du soma du petit mammifère sous la forme d'une altération de l'expression du génome. » (67)

Des études réalisées par Moore et al. montrent que la pratique précoce du contact en peau à peau favorise des comportements d'affection, de relation et d'attachement de la mère. (18) Pignoll et al, en étudiant le comportement des nouveau-nés à la naissance, identifient « une *séquence innée et identique à tous immédiatement après la naissance. Le comportement maternel est toujours le même si le déroulement n'est pas perturbé.* » Ils mettent en évidence un comportement plus maternant de la part des mères ayant réalisé le PAP et les accompagnent également plus facilement vers leurs premières tétées. (68)

L'augmentation progressive de l'ocytocine observée par l'arrivée des premières contractions utérines donnant lieu à la naissance et la période du post-partum immédiat, joue un rôle fondamental dans l'établissement du lien mère-enfant. La sécrétion d'ocytocine est notamment engendrée lors du peau à peau. Matthiesen et al. mettent en lumière qu'un nouveau-né placé en peau à peau sur le ventre de sa mère va exercer avec ses mains des mouvements comme des « massages ». Ces mouvements sont corrélés à l'acmé de la sécrétion d'ocytocine dans le sang maternel. (69) Ainsi, la sécrétion hormonale d'ocytocine s'associe à de nombreux mécanismes physiologiques et comportementaux qui favorisent l'attachement à la naissance. On sait par ailleurs, qu'il existe une période dite sensible pour l'attachement dans la première heure qui suit la naissance. (70)

Bystrova et al. étudient en 2009 les effets de la pratique du peau à peau sur le long terme. Elle met en évidence que ce contact influence de façon positive la sensibilité de la mère à son nourrisson, la capacité d'autorégulation de l'enfant ainsi que des comportements de réciprocité et de mutualité au sein de la dyade mère-enfant jusqu'à un an après la naissance. L'auteur insiste particulièrement sur l'importance de la période du post-partum immédiat comme étant un moment permettant d'induire des effets positifs à plus long terme. (71)

Dans son mémoire de sage-femme, L.Davrieux étudie la pratique et la connaissance du peau à peau en salle de naissance aux côtés des professionnels. Parmi ceux interrogés, 88% ont connaissance que le PAP favorise l'attachement mère-enfant et 82% savent que cette pratique permet une meilleure autorégulation thermique du nouveau-né. La majorité des professionnels de santé ont connaissance des potentiels risques d'une telle pratique

mais en reconnaissent aussi largement les bienfaits, si bien que les risques ne sont pas un frein à la mise en place de ce contact. (72)

Si cette pratique est connue des professionnels intervenant en périnatalité, aucune étude sur les connaissances à ce sujet des femmes et des couples n'a été retrouvée dans la littérature. Lors des séances d'information, les femmes et les hommes présents ont montré leurs étonnements quant aux explications du peau à peau et des liens avec les capacités sensorielles néonatales. Cet étonnement a été exprimé de vive voix ou de façon non verbale à l'aide de haussements de sourcils et/ou d'onomatopées.

3.2.2 Un nouveau regard sur la vision

A. Nothomb, dans son livre *La métaphysique des tubes* raconte que « *La vie commence là où commence le regard* ». (73)

J-M Delassus affirme dans l'extrait vidéo « Le monde selon bébé » choisi pour illustrer ce premier regard à la naissance « *Si le parent reçoit ce regard alors il peut devenir parent en trente secondes.* » Cette illustration concrète a touché les femmes puisque la majorité a souhaité et attendu ce regard à la naissance. (74)

Les spécialistes parlent de *protoregard*, qui vient du grec *prôtos* signifiant premier. Le tout juste nouveau-né s'arrête un moment de pleurer peu après sa naissance, et lève les yeux avec une intensité indescriptible. Il vient d'une vie antérieure et il s'attend à retrouver une certaine continuité naturelle. Le nouveau-né découvre son nouvel environnement avec le regard, et construit des repères tout en écoutant les voix, et sentant les odeurs qui lui sont familières. Tous ses sens sont en éveil. Ce regard est un appel aux échanges entre les parents et leur enfant.

« *C'était trop magique* » souligne plusieurs mères de l'étude. La résonance émotionnelle des premières minutes de vie apparaît comme profondément humaine. En septembre 2009, lors du 4^{ème} Colloque de la Société d'histoire de la naissance, les différents professionnels présents se sont interrogés sur l'accueil du nouveau-né à sa naissance. P. Rousseau, gynécologue-obstétricien, a apporté un éclairage sur ce premier regard à la naissance en lien avec l'attachement précoce. (75) Dans son étude éthologique, il cherche à comprendre le mécanisme inné et spontané de ce regard. A l'aide d'observations par l'intermédiaire de bandes vidéo, il met en évidence la rapidité à

laquelle ce regard se met en place. En réponse à cet échange, un attachement précoce s'instaure et induit des rituels d'apaisement (paroles douces, étreinte, caresses...) de la part des parents.

Ce regard est un regard « parentalisant » et fondateur. Ce premier regard donne la sensation de la totalité en soi. Celui, celle qui a rencontré ce regard est transformé, sublimé en mère ou en père. Dans cette étude, les femmes expriment le souhait que leur conjoint soit présent pour recevoir ce fameux regard. Implicitement, la femme souhaite que son enfant « parentalise » son père. La femme a, elle aussi, besoin de se voir mère dans le regard de son enfant. Le bébé permet à la femme de devenir mère et de se reconnaître en tant que telle. Le fait que la mère focalise son regard et son visage sur l'enfant aide celui-ci à percevoir les intentions maternelles, ainsi qu'à développer une attention soutenue et à manifester en retour des signaux de plus en plus clairs. (76)

Lorsque les événements de la naissance empêchent le déroulement d'une rencontre physiologique et que la mère n'a pas échangé de regard avec son bébé, celle-ci peut se sentir frustrée et peut culpabiliser. Heureusement, le propre de l'humain est d'avoir une extraordinaire capacité d'adaptation qui peut lui faire rattraper par la suite ce qu'il n'a pas pu voir. Dans cette situation, le soutien de l'équipe soignante est nécessaire pour accompagner cette femme lors des contacts corporels notamment autour de l'allaitement maternel ou artificiel, la pratique du contact en peau à peau, et favoriser alors, l'émanation d'échanges de regards au sein de la dyade mère-enfant. Il en est de même pour le père.

P. Rousseau exprime l'importance de préparer les femmes et les couples à la rencontre avec leur bébé et l'importance de l'accompagnement des professionnels en périnatalité dans le soutien des parents à cette rencontre. (75)

3.3 Création d'un « cordon ombilical sensoriel » pour favoriser l'attachement

Comprendre son enfant à la naissance n'est pas donné à toute femme qui accouche, à tout homme qui devient père. Le fait de devenir mère est le fruit d'un long travail de maturation. Le travail des parturientes ou des jeunes accouchées montre trop

fréquemment combien, nous oublions que le bébé, à la naissance, possède déjà un passé de neuf mois, pendant lequel il a écouté la voix de ses parents, reçu les aliments que sa mère a ingéré et vécu les émotions de sa mère.

Lors des entretiens avec les femmes et les couples, nous avons été interrogés par l'attention que portaient les parents à la sensorialité de leur nouveau-né. Ayant conscience de la mémoire transnatale de leur tout-petit, ils prennent à cœur de restaurer pour lui la symbiose fœtale vécue. Les interactions parents-enfants vont ainsi dans la continuité de la vie intra-utérine. Conscients des possibilités d'interactions et sensibles aux signaux de leur nouveau-né, les parents peuvent élaborer une nouvelle vision de leur enfant et par conséquent nouer des liens d'attachement de meilleure qualité. Les informations données ont globalement permis l'émanation d'un attachement défini comme « secure » par Ainsworth.

En outre, il apparaît que sensibiliser les parents aux comportements et compétences précoces de leur bébé contribue à les émerveiller et à stimuler leur attachement à l'enfant, comme le mentionne Brazelton, mais aussi à favoriser la construction de représentations positives de l'enfant et à nourrir les compétences parentales. (93-94)

A la suite de nombreuses études ayant permis de mettre en lumière les compétences sensorielles et les possibles interactions du nouveau-né, d'autres recherches ont mis en évidence combien l'attachement précoce entre les parents et leur bébé pourrait être favorisé si les parents étaient conscients des capacités interactives de leur nouveau-né. (79-81)

Si les parents souhaitent et réussissent à créer ce lien sensoriel pour les besoins de leur enfant, les professionnels de santé se doivent d'emprunter cette même voie. En prenant en compte les besoins sensoriels du tout-petit, il s'agit aussi de favoriser les liens d'attachement, les interactions au sein de cette nouvelle famille.

Dans cette étude, plusieurs mères emploient l'expression « *elle me l'a pris* » indiquant avec ces mots, le moment où la sage-femme prenait l'enfant pour réaliser les soins. Ces propos nous interpellent. A cet instant, il est intéressant d'envisager comment le principe de bienveillance peut s'appliquer à l'examen du nouveau-né afin qu'il soit le moins perturbant possible autant pour lui que pour ses parents. Notre attention doit favoriser, respecter et soutenir cette première rencontre.

Selon la définition du Larousse, la bientraitance est « *l'ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.* » (82) La bientraitance s'inscrit dans une démarche de « prendre soin », ce que les anglais appellent le « *care* » plutôt que dans le « donner du soin ».

Cette notion a l'avantage d'interroger sur les pratiques professionnelles en permettant de définir des modalités d'accueil du nouveau-né de qualité. En décembre 2017, la HAS publie de nouvelles recommandations sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance afin d'améliorer et de garantir la qualité et la sécurité des soins du nouveau-né. (83) Ces conseils s'inscrivent d'abord dans une perspective de prévention et de réduction des morbidités et de la mortalité infantiles et non dans l'accompagnement des relations parents-enfants. Il s'agit alors pour les professionnels en périnatalité d'agir « les mains dans le dos ».

4 Accompagnement de la parentalité

4.1 Utilisation d'un support audio-visuel comme moyen pédagogique

Parmi les techniques éducatives utilisées, l'utilisation d'extraits du documentaire intitulé « Le monde selon bébé » a été apprécié par l'ensemble des femmes et des hommes présents.

Comme vu précédemment, la HAS recommande en vue de l'organisation des séances de PNP l'utilisation de supports pédagogiques dans une logique d'éducation à la santé. Il est mentionné que « *le choix de la technique éducative s'effectue selon la nature des compétences à développer comme par exemple : les connaissances, la résolution de problèmes, la prise de décision s'acquièrent avec l'exposé interactif, l'étude de cas, l'audiovisuel [...] Les attitudes s'acquièrent avec le jeu de rôles, la table ronde, le témoignage documentaire (récits, audiovisuel).* » (3) L'utilisation de cette vidéo apparaît comme particulièrement adaptée aux informations divulguées. Les histoires développées par la vidéo à travers les témoignages sont porteuses de sens, construites sur des situations réelles. Dès lors qu'elles sont perçues comme telles, elles forment un ensemble cohérent,

pouvant répondre à des besoins implicites. Les femmes et les couples entrent plus facilement dans l'apprentissage.

Le support audio-visuel propose d'associer à l'image du son afin de créer un aspect dynamique. La vitesse de succession des images peut avoir un effet sur l'attention car l'œil est attiré par les mouvements. Depuis toujours, l'image est utilisée pour la compréhension. En y associant le son, la vidéo propose un contenu pouvant provoquer une émotion pour agir positivement sur la mémorisation.

De nombreuses études ont validé l'utilisation d'un tel support comme pour l'apprentissage des langues étrangères, mais aucune dans le cadre de l'éducation prénatale. Pour cette recherche, nous avons utilisé une vidéo relatant des facultés sensorielles fœtales et néonatales, d'autres vidéos existent peut être et pourraient être utilisées en PNP afin de développer les compétences parentales.

4.2 La présence des pères

Après le modèle traditionnel du « *père sévère* », Jean Le Camus considère aujourd'hui trois profils de paternité dont le « *père présent* » qui est le modèle le plus favorable de la fonction paternelle. Pour cet auteur, il s'agit du modèle qui prendrait le mieux en compte « les besoins fondamentaux de l'enfant » (84).

On peut s'interroger sur la capacité de décentration des mères, cet « instinct maternel » tant décrit, qui n'est pas génétique, mais probablement sous tendu par neuf mois de grossesse, et la réalité d'un maternage soutenu dans le post partum immédiat. Nous pouvons observer combien les pères investis, peuvent occuper les mêmes espaces, et s'en trouver nourris des mêmes réalités.

Après les séances, pour 8 femmes sur les 9 qui n'étaient pas accompagnées de leur conjoint, les informations ont été partagé avec ceux-ci. Porter à leur connaissance que l'enfant perçoit leur voix car les voix graves traversent très bien la paroi abdominale a permis une modification de leur comportement. Les pères ont multiplié les échanges avec leur bébé in utero. Qui dit échange dit proximité et qui dit proximité dit présence. Nous nous apercevons que ces informations font entrer l'homme plus sereinement dans sa nouvelle fonction de père et dans la formation d'une triade mère-père-fœtus.

Pour l'INPES, favoriser l'engagement du conjoint dans la grossesse est une nécessité. D'une part parce que cet investissement a un retentissement positif sur le bien-être et l'estime de soi du futur père. D'autre part parce que la femme a besoin de son soutien. (85) Selon une étude de l'Infant Health Journal, les pères qui se sont le plus investis à enfant pendant la grossesse montrent un attachement facilité après sa naissance. Les capacités d'attachement, la qualité de la relation conjugale et l'état psychologique sont les principaux déterminants prénataux ayant un retentissement positif sur la famille et sur le couple. (86)

L'INPES met en avant le sentiment d'exclusion vécu par les pères pendant la grossesse. Encourager la présence des pères aux consultations et favoriser leur investissement après la naissance par les soins réalisés à l'enfant ou encore la prise du congé de paternité, est une réelle réponse au soutien de cette parentalité. (85)

Dans cette étude, nous notons qu'en donnant aux parents et notamment aux pères des informations sur la sensorialité fœtale, ils possèdent des outils les rendant actifs et pertinents dans les échanges avec leur enfant, et non plus simples spectateurs de la relation mère /enfant. Les propos recueillis par les pères présents lors des entretiens montrent un investissement positif pendant la grossesse, une satisfaction tant dans les échanges avec l'enfant qu'avec leur compagne ainsi qu'un enrichissement de la période post-natale.

Au cours de ces dernières décennies, certains ont pu bénéficier de deux innovations particulièrement bénéfiques. La première est la possibilité d'entrer en contact alors leur enfant par une communication affective : l'haptonomie. La seconde par l'invitation à une préparation spécifiquement destinée pour les pères et mise en place depuis une vingtaine d'année par Alain Benoit, pédiatre, et Gérard Strouk, gynécologue, afin de répondre à l'évolution de la place des pères dans notre société. Cette préparation prend la forme de groupes de paroles permettant un temps d'échange entre hommes en présence d'un animateur ou d'une sage-femme. Ils ont alors l'occasion d'exprimer leurs interrogations, leurs émotions, leurs inquiétudes et de se préparer, chacun à leur façon, à assumer leurs nouvelles fonctions.

Dans les recommandations de la HAS concernant la PNP, les groupes de pères ne sont pas mentionnés comme faisant partie de la préparation classique des parents en devenir pendant la grossesse. N'ayant pas officiellement leur place dans ce programme, ces groupes ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

Dès le début de grossesse « *Mater semper certa est, pater semper incertus* » est un principe du droit romain. Le père ne peut compter que sur la parole de sa conjointe qui le dit père de l'enfant. Tout le temps de la grossesse, le dit père ne peut entrer en contact avec l'enfant que si la femme enceinte le souhaite et si elle lui en donne son autorisation. Les informations données dans cette étude permettent d'ouvrir le dialogue dans le couple. La femme enceinte reçoit les informations et les partage volontiers à son conjoint afin de l'intégrer dans la dyade mère-enfant. La femme donne la possibilité à son conjoint de percevoir les signaux émis par leur enfant. Pour Benoit, ces signaux permettent de créer le lien parental. (87)

4.3 Place de la sage-femme

Outre sa place d'étaie pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, la sage-femme se révèle être une personne soutenance, en cas de circonstances particulières. Lors des entretiens, les mères évoquant un accouchement difficile, et/ou un évènement délicat pendant leur séjour, exprimaient leur difficulté d'être à l'écoute et disponibles pour leur enfant.

La période du post-partum est marquée par de nombreux phénomènes douloureux notamment périnéales, souvent évoquées par les parturientes. La sensation douloureuse est augmentée avec la sévérité de la lésion, et la littérature fait état d'une répercussion de celle-ci, sur les liens mère-enfant et sa santé mentale. En effet, cette douleur a un impact négatif sur la capacité de la mère à allaiter et à répondre aux besoins immédiats du nouveau-né et contraint parfois les femmes à un alitement. (88) Il est donc primordial que les sages-femmes y soient attentives, et s'essayent à suivre les mesures de préventions établies pour ce type de douleur lors de l'accouchement. En service de suites de couches, une évaluation biquotidienne de la douleur associée à une reconnaissance de ce syndrome douloureux sont encouragées. (105-106)

De surcroît, une étude réalisée auprès de 43 femmes a montré une corrélation significative entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et l'intensité de l'humeur dépressive au troisième jour du post-partum. (91) Cette étude est à mettre en lien avec une autre étude évaluant l'impact du vécu de l'accouchement et du sentiment de contrôle perçu par les mères sur les relations précoces mère-enfant. Celle-ci met en avant que les

femmes ayant un vécu négatif de leur accouchement ont une moins bonne qualité des relations précoces mère-enfant associé à un sentiment de contrôle perçu lors du travail significativement plus faible que les femmes ayant un bon vécu de leur accouchement.

Dans la période du post-partum, la sage-femme doit être totalement disponible pour ces femmes, sachant rassurer, soutenir, accompagner ces couples afin qu'ils puissent l'être à leur tour pour leur enfant. Une prise en charge médicamenteuse antalgique paraît aussi importante qu'un retour sur l'accouchement.

Ce type de difficulté est également évoqué par les trois femmes qui ont bénéficié d'une césarienne. Une séparation avec l'enfant à la naissance est à déplorer pour ces mères. En effet, la prise en charge classique de la césarienne s'accompagne d'une séparation de la mère et son enfant. Plusieurs études ont montré que les femmes qui vivent une séparation mère-enfant dans les premières heures de la naissance, rencontrent plus de difficulté à débiter et poursuivre l'allaitement maternel. La douleur, les gênes associés aux perfusions et à la sonde urinaire à demeure renforcent l'alitement prolongé des mères et les contraignent dans leur disponibilité, leur aisance à accompagner les soins de leur nouveau-né. C'est pourquoi la césarienne est fréquemment vécue comme contrariant leurs premiers pas de mère. Elles ressentent une désappropriation de leur accouchement et des difficultés à investir le quotidien avec leur enfant. Certaines femmes n'ayant pas pu s'accomplir en tant que mère en accouchant physiologiquement, doutent parfois de leur capacité à être mère et à prendre soin de son nouveau-né.

5 Points faibles de l'étude

L'étude devait s'élaborer au sein d'une même structure : une maternité de niveau I en Occitanie. En raison d'un faible recrutement au sein de cette maternité, il a fallu s'adapter et ouvrir le recrutement à la patientèle du cabinet d'une sage-femme libérale. Ces deux structures proposaient des séances de PNP très différentes. Les femmes et les couples participant à cette étude, ont bénéficié d'une intégration, d'une assimilation des informations variant selon le lieu où ils étaient suivis.

Les séances ont été réalisées pour la plupart des femmes, lors du troisième trimestre de grossesse. A cette période, les femmes semblent davantage tournées sur les questions concernant l'accouchement.

Une autre limite de cette étude repose sur l'homogénéité de la population. L'ensemble des couples présentaient une situation socio-économique favorable. Il n'y avait pas de familles monoparentales, ni de couples homosexuels. Les femmes présentent globalement une grossesse physiologique et singleton. Ainsi, la population étudiée n'est pas représentative de la société française.

Novice dans la recherche, l'étudiante investigatrice a mené des entretiens grâce à une grille de questions établies au préalable. Cependant, en raison de sa faible expérience dans cet exercice, il est possible de s'interroger sur la richesse des entretiens menés par un investigateur plus expérimenté.

6 Points forts de l'étude

La principale force de cette étude repose sur l'intérêt suscité auprès du public, par le sujet de l'étude. Leurs présences, leurs implications, leurs investissements envers leur enfant et l'étude en disent long sur cet intérêt. Grâce aux séances de sensibilisation, une relation de confiance s'est créée entre les femmes, les hommes présents et l'étudiante investigatrice. Cette confiance s'est manifestée lors des entretiens semi-directifs. A cette occasion, les propos recueillis auprès des douze femmes ont permis de retirer des éléments de réflexion très riches et nuancés.

La présence des conjoints lors de certains entretiens a été bénéfique pour l'étude. Leurs propos ont mis en lumière des notions qui n'auraient pas pu être étudiées sans leur interventions.

Les informations ont été organisées autour d'un support pédagogique qu'est l'audio-visuel. L'utilisation du documentaire « Le monde selon bébé » marque l'originalité de cette étude. Elle a été plébiscitée par les couples.

Malgré une programmation tardive des séances pour la majorité des femmes enceintes, toutes se sont appropriées les informations délivrées. Afin de garantir une homogénéité des informations données, une trame a été réalisée de façon à ce que toutes les femmes et tous les hommes présents lors des séances puissent recevoir les mêmes informations.

7 Projet d'action

7.1 L'importance de sensibiliser les parents à la sensorialité fœtale et néonatale

Pour l'ensemble des femmes et des couples, ces informations relèvent d'une véritable découverte nourrissant une prise de conscience parentale. En donnant des informations non médicales, les parents gagnent en maîtrise. Les participants expriment d'ailleurs leur satisfaction quant à cette acquisition de savoir. Grâce aux informations, il est possible de développer, de renforcer les compétences parentales. Ainsi, hommes et femmes se sentent plus confiants face à leur nouveau rôle et au futur quotidien avec leur enfant. Le dialogue se trouve ouvert au sein du couple.

Les parents montrent globalement, une plus grande disponibilité à l'enfant après les séances. Le père trouve également sa place dans la relation privilégiée mère-enfant de la grossesse. Les parents et l'enfant se retrouvent alors dans un cercle vertueux où chaque échange engendre du positif.

Ainsi, il serait intéressant de diffuser ces informations à un plus large public, ce dès le début de la grossesse. L'utilisation d'affiches, la création d'un site internet ou d'un onglet intégré dans les sites internet des centres hospitaliers pourraient être envisagés. L'intégration de ces informations lors des séances de PNP paraît le plus efficace pour une meilleure transmission de ces informations.

7.2 Mettre à l'honneur la prévention

Au regard des répercussions positives de cette sensibilisation sur la parentalité, les informations sur la sensorialité fœtale et néonatale peuvent apparaître comme un moyen de prévention des troubles de l'attachement. Les professionnels de santé possèdent alors un moyen pour informer les femmes enceintes et les couples de la possibilité des échanges dès la grossesse.

Cette prévention peut s'entreprendre lors des consultations prénatales, par exemple :

- En cas de prise de poids : l'apport d'informations sur la nécessité d'avoir une alimentation saine et équilibrée en lien avec les capacités gustatives fœtales
- En cas de douleur ligamentaire / pesanteur pelvienne : enseigner le modelage utérin en lien avec la sensorialité tactile fœtale
- En cas de stress/ angoisses : l'apport d'information sur les émotions, sur les capacités auditives du fœtus lorsque la mère parle directement à son enfant in utéro
- Lors des séances de PNP et/ou de l'EPP

7.3 Prise de conscience des professionnels de la périnatalité de l'importance de l'accueil du nouveau-né

Depuis les années 50, nous sommes dans une culture de séparation parents-enfant à la naissance même si le nouveau-né ne présente aucune difficulté à une adaptation extra-utérine.

Au regard des données scientifiques sur l'adaptation physiologique du nouveau-né autant physique que psychique et au regard des résultats de notre recherche, il paraît intéressant de favoriser la proximité parents-enfants à la naissance et de différer les soins de routine. Les nouvelles recommandations de la HAS doivent nous interroger sur nos pratiques professionnelles.

Sensibiliser les professionnels de santé intervenant en périnatalité aux capacités sensorielles fœtales et néonatales à l'aide de la vidéo « Le monde selon bébé » pourrait être une solution.

7.4 Réalisation de nouvelles études

Cette recherche a permis de mettre en lumière les répercussions positives de cette sensibilisation sur la parentalité auprès de ces quelques couples. Peu nombreux, il pourrait déjà être intéressant de mener une étude à plus grande échelle afin d'attester de son efficacité.

Les couples participants à cette étude ne présentaient pas de difficultés socio-économiques, parlaient et comprenaient le français. Afin d'éliminer ce biais, il serait judicieux d'étendre cette sensibilisation à une population représentative de la société française. Ces femmes ne présentaient pas non plus de pathologies particulières. Une sensibilisation auprès de femmes présentant des pathologies obstétricales et/ou psychologiques pourrait également être enrichissante.

CONCLUSION

L'éducation prénatale réalisée auprès des femmes et des couples a été une riche expérience, versant parent, comme versant professionnels de santé, au regard du plaisir que nous avons eu de lever un peu de voile sur ce petit être et de l'implication et de l'appropriation de la sensorialité que nous avons pu susciter chez les parents. Les femmes et les couples expriment leur grande satisfaction. Ces nouvelles connaissances répondent à un réel manque d'information à ce sujet. Cette étude met en lumière une compréhension de l'univers fœtal dans lequel les parents se sentent désormais investis et suscite l'expérience de nouveaux échanges avec leur tout-petit. L'investissement de la sensorialité est d'autant plus visible chez les pères, qui trouvent un outil pour entrer dans la dyade mère-enfant dès la grossesse. L'étude inscrit ces informations dans une véritable dynamique de prévention où il est donné la possibilité aux parents d'être dorénavant acteur et non plus un simple spectateur.

Ces informations, potentialisées par les extraits de la vidéo « Le monde selon bébé », permettent de révéler, de sublimer les pères et les mères. Grâce aux moments privilégiés avec leur enfants, les parents se sentent confiants, sereins et assurés dans leur nouvelle responsabilité parentale. Ce sentiment de sérénité est visible dans la gestion des pleurs de leur nouveau-né, une crainte vivement exprimée par les femmes enceintes. Ainsi, les informations sur la sensorialité fœtale et néonatale facilitent, soutiennent, l'accès à la parentalité.

En s'inscrivant dans une politique de prévention, en pré (ou post partum), le professionnel de santé peut être interpellé par un comportement inadapté de la femme et/ ou de son conjoint envers l'enfant à naître.

Accompagner la grossesse, cet éminent chambardement du corps et du psychisme, trait d'union, passerelle entre des histoires singulières et universelles, entre des enfants de parents, et des parents en devenir, semble pouvoir être soutenu en favorisant la découverte de ce petit être en devenir, auréolé de ses « savoirs faire », « capacités à créer du lien entre lui et l'autre, lui et son environnement immédiat ».

Cette observation, ou cet accompagnement à soutenir ces connaissances, pourrait nous permettre de dépister d'éventuels troubles dans l'établissement de ces liens mère-enfant ou parents-enfant dès la grossesse. Le dépistage des vulnérabilités pourrait aboutir à mettre au coeur d'un réseau d'entraide et de soutien, plus aisément, cette nouvelle famille, afin d'entourer et soutenir les potentiels d'attachement de ces nouveaux parents.

A plus long terme, cette étude pourrait servir la prévention des maltraitances, des négligences mais également des troubles de l'apprentissage et de socialisation chez l'enfant et le futur adulte en devenir.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jouret C. Quelle place laisse-t-on dans notre société à « la femme qui donne la vie »? *Educ Patient Enjeu Société*. 2008;26(1):21-6.
2. Coulon N, Dewaele J, Guilloteau D, Mariage D, Demerval R. Le programme « Etre Maman ou Papa pour la première fois » : un exemple de renforcement du soutien social pour promouvoir la santé des parents et de leurs enfants. *Sociol Santé*. 2008;(28):145-57.
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
4. Candilis-Huisman D. Ce que nous apprennent les bébés : rencontre avec T. Berry Brazelton. Paris: Erès; 2011.
5. Benedek T. Parenthood as a developmental phase : a contribution to the libido theory. *J Am Psychoanal Assoc*. juill 1959;7(3):389-417.
6. Solis-Ponton L. En Serge Lebovici, le bébé. *Spirale* [Internet]. 2001 [cité 17 juin 2017];(17):135-41. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/spi.017.0135>
7. Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Paris: Erès; 1999.
8. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : parentalité [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 16 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>
9. Daly M, Comité d'experts sur l'enfance et la famille. La Parentalité Positive dans l'Europe contemporaine. In: Conseil de l'Europe [Internet]. Lisbonne: Conférence des ministres chargés des affaires familiales, XXVIIIème session; 2006 [cité 17 juin 2017]. Disponible sur: https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2009_family_affairs/2006_finaldeklaration_fr.pdf
10. Barraco M, Lamour M. Souffrances autour du berceau : des émotions au soin. Europe: Gaetan Morin; 1998.
11. Poussin G. Psychologie de la fonction parentale. Paris: Dunod; 1995.
12. Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship. *Psychoanal Study Child* [Internet]. 1 janv 1961 [cité 16 avr 2018];16(1):25-44. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/00797308.1961.11823198>
13. Delassus J-M. Le sens de la maternité. Paris: Dunod; 1995.
14. Bydlowski M. Les enfants du désir. Paris: Odile Jacob; 2008.
15. Dolto F. Le cas Dominique. *Gestalt* [Internet]. 23 juill 2013 [cité 16 juin 2017];(43):43-55. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2013-1-page-43.htm>

16. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet Psy* [Internet]. 2001 [cité 16 mai 2017]; sous presse(63):30-3. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/lcp.063.0030>
17. Darchis E. *Clinique familiale de la périnatalité*. Paris: Dunod; 2016.
18. Ruffiot A. Le groupe-famille en analyse. L'appareil psychique familial. In: *La Thérapie Familiale Psychoanalytique*. Paris: Dunod; 1981. p. 1-98.
19. Bergeret J, Houser M. La famille et les aléas de l'Œdipe " Couper-coller " ou " copier-coller " ? *Rev Fr Psychanal* [Internet]. 2002 [cité 16 avr 2018];66(1):71-88. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/rfp.661.0071>
20. Missonnier S. Le premier chapitre de la vie ? nidification foetale et nidation parentale. *Psychiatr Enfant* [Internet]. 2007 [cité 16 avr 2018];50(1):61-80. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/psye.501.0061>
21. Delassus J-M. Le génie fu foetus. In: *Penser la naissance*. Paris: Dunod; 2011. p. 3-182.
22. Lecanuet J-P, Schaal B, Granier-Deferre C. Sensorialité du foetus. *EMC Obstétrique* [Internet]. 1995 [cité 10 mai 2018]; Article 5-002-A-60. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/7840/resultatrecherche/1>
23. Riazuelo H. *35 grandes notions de Périnatalité : Approche clinique et psychopathologique* [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 7 sept 2017]. 270 p
24. Delassus J-M. La nature du bébé. In: *Penser la naissance*. Paris: Dunod; 2011.
25. Durand K, Lécuyer R. Activités perceptives du nourrisson. *EMC Pédopsychiatrie* [Internet]. 18 févr 2011 [cité 11 juin 2017];37-200-D-26:1-8. Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/281381/resultatrecherche/1>
26. Robert-Tissot C, Serpa SR. Interactions du nourrisson avec ses partenaires. *EMC Pédopsychiatrie* [Internet]. 2000 [cité 21 juin 2017]; Article 37-190-B-60:1-8. Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/20738/resultatrecherche/2>
27. Bydlowski S, Graindorge C. Naissance et développement de la vie psychique. *EMC Psychiatr* [Internet]. 12 oct 2007 [cité 21 juin 2017]; Article 37-160-A-10:1-11. Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/66290/resultatrecherche/1>
28. Définition : attachement [Internet]. *Dictionnaire de français Larousse*. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192>
29. Wiart Y. *L'attachement, un instinct oublié*. France: Albin Michel; 2011.
30. Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros JJ. Ocytocine et stress de la mère au cours de la lactation en post-partum. *Ann Endocrinol* [Internet]. 16 févr 2008 [cité 30 janv 2018];67(3):214-23. Disponible sur: <http://dx.doi.org/AE-06-2006-67-3-0003-4266-101019-200603633>

31. Uvnäs-Moberg K, Widström AM, Werner S, Matthiesen AS, Winberg J. Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women. Correlation with milk yield and duration of breast-feeding. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1990;69(4):301-6.
32. Campbell A. Attachment, aggression and affiliation : The role of oxytocin in female social behavior. *Biol Psychol* [Internet]. 1 janv 2008 [cité 30 janv 2018];77(1):1-10. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.09.001>
33. Carter CS. The chemistry of child neglect : do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience? *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 20 déc 2005;102(51):18247-8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0509376102>
34. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir* [Internet]. 1 juin 2007 [cité 23 avr 2017];19(2):151-88. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/dev.072.0151>
35. Miljkovitch R, Pierrehumbert B. Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux* [Internet]. 2005 [cité 16 avr 2018];35(2):115-29. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/ctf.035.0115>
36. Graignic-Philippe R, Tordjman S. Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Arch Pédiatrie* [Internet]. 28 sept 2009 [cité 4 févr 2018];16(10):1355-63. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2009.07.001>
37. Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature. [Internet]. 12 mai 2012 [cité 4 mars 2018];77(2):291-301. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.01.006>
38. Gutteling BM, Weerth C de, Willemsen-Swinkels SHN, Huizink AC, Mulder EJH, Visser GHA, et al. The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1 févr 2005 [cité 4 févr 2018];14(1):41-51. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1007/s00787-005-0435-1>
39. Définitions : inquiétude [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inqui%C3%A9tude/43252>
40. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson; 1999.
41. Goodman SH, Rouse MH, Long Q, Ji S, Brand SR. Deconstructing antenatal depression: What is it that matters for neonatal behavioral functioning? *Infant Ment Health J* [Internet]. mai 2011;32(3):339-61. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20300>
42. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 29 mars 2008 [cité 11 mars 2018];36(6):549-61. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.06.003>
43. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. [Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ](http://www.em-premium.com/article/132979/resultatrecherche/3) [Internet]. 29 mars 2008; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/132979/resultatrecherche/3>

44. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr Scand.* mai 1985;71(5):451-7.
45. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. *Br J Psychiatry* [Internet]. juin 2005;186(6):453-4. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/bipolar-disorder-and-childbirth-the-importance-of-recognising-risk/F2E8A7033D4442530C3C0D8ABB53B603>
46. Stanley C, Murray L, Stein A. The effect of postnatal depression on mother–infant interaction, infant response to the Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. *Dev Psychopathol* [Internet]. mars 2004;16(1):1-18. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1017/S0954579404044384>
47. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Dev.* févr 1983;54(1):185-93.
48. Weinberg MK, Olson KL, Beeghly M, Tronick EZ. Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *J Child Psychol Psychiatry.* juill 2006;47(7):670-83.
49. Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A. Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* oct 2001;42(7):891-9.
50. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. 31 juill 2014 [cité 11 mars 2018];62(5):299-312. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>
51. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 18 juill 2007 [cité 4 avr 2017];3(CD002869). Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
52. Définitions : vulnérable [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657>
53. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. DHOS; 2004.
54. World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic disease. WHO; 1998.
55. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess Winch Engl* [Internet]. 2000;4(25):1-171. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11111103>
56. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Grossesse et accueil de l'enfant : Guide pour le professionnel de santé [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-1.pdf>

57. Cheon-Pavageau E. L'événement personnel, la grossesse et l'éducation prénatale (exemple des parents coréens) [Internet]. Disponible sur: <http://www.barbier-rd.nom.fr/education-in-utero.pdf>
58. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa - Promotion pour la santé. 1986.
59. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
60. Ministère de la Santé et des Solidarité, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée. 2006.
61. Paquette F, Centres Jeunesse de Montréal. À chaque enfant son projet de vie permanent: un programme d'intervention. Montréal: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; 2004.
62. Nolan ML. Antenatal education: failing to educate for parenthood. *Br J Midwifery* [Internet]. 1 janv 1997 [cité 3 févr 2018];5(1):21-6. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.12968/bjom.1997.5.1.21>
63. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int*. déc 2001;16(4):381-8.
64. Labro P. La traversée. Paris: Gallimard; 1996.
65. Hall E. La dimension cachée. Paris: Points; 2014.
66. Razurel C, Desmet H, Sellenet C. Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2011 [cité 5 avr 2018];106(3):47-58. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/rsi.106.0047>
67. Dageville C, Casagrande F, De Smet S, Boutté P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Arch Pédiatrie* [Internet]. 1 sept 2011 [cité 4 avr 2018];18(9):994-1000. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2011.06.007>
68. Pignol J, Lochelongue V, Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale* [Internet]. 18 août 2008 [cité 4 avr 2018];46(2):59-69. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/spi.046.0059>
69. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth Berkeley Calif*. mars 2001;28(1):13-9.
70. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. nov 1998;23(8):819-35.
71. Bystrova Ksenia, Ivanova Valentina, Edhborg Maigun, Matthiesen Ann-Sofi, Ransjö-Arvidson Anna-Berit, Mukhamedrakhimov Rifkat, et al. Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth* [Internet]. 28 mai 2009 [cité

- 4 avr 2018];36(2):97-109. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>
72. Davrieux L. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance [Internet] [Mémoire Diplôme d'Etat Sage-Femme]. [Paris]: Universités ParisDescartes; 2012 [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717359/document>
 73. Nothomb A. Métaphysique des tubes. Paris: LgF; 2002. (Littérature).
 74. George B. Le monde selon bébé. 2005.
 75. Cochereau A. Premiers regards et attachement précoce du nouveau-né. Soins PédiatriePuériculture [Internet]. 4 janv 2011 [cité 4 avr 2018];31(257):8. Disponible sur: <https://masson.fr/article/278507>
 76. Pilliot M. Le regard du naissant. Spirale [Internet]. 1 avr 2006 [cité 4 avr 2018];37(1):79-96. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/spi.037.96>
 77. Wendland J. Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé : Résultats d'une intervention précoce. Psychiatr Enfant [Internet]. 2004 [cité 5 avr 2018];47(1):183-228. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/psy.471.0183>
 78. Brazelton TB. La révolution des touch points. Sous la direction de Michel Dugnat. In: Le monde relationnel du bébé [Internet]. Paris: Erès; 2001 [cité 5 avr 2018]. p. 33-46. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-monde-relationnel-du-bebe--9782865864805-p-33.htm>
 79. Brazelton TB, Nugent JK. Neonatal Behavioral Assessment Scale [Internet]. London: Cambridge University Press; 1995 [cité 29 mars 2018]. 168 p.
 80. Wendland J, Paccinini CA, Millar A. The Role of an Early Intervention on Enhancing the Quality of Mother-Infant Interaction. Wiley Online Libr [Internet]. 1999 [cité 5 mars 2018];70(3):713-21. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00051>
 81. Britt Gena Covell, Myers Barbara J. The effects of Brazelton intervention : A review. Infant Ment Health J [Internet]. 13 févr 2006 [cité 5 avr 2018];15(3):278-92. Disponible sur: [https://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(199423\)15:3<278::AID-IMHJ2280150304>3.0.CO;2-4](https://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(199423)15:3<278::AID-IMHJ2280150304>3.0.CO;2-4)
 82. Larousse. Définition de la bientraitance [Internet]. Encyclopédie Larousse en ligne. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/bientraitance/185829>
 83. Haute Autorité de Santé. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Fiche Mémo. 2017.
 84. Camus JL. Le devenir père. Merveilles et déconvenues. Inf Soc [Internet]. 2006 [cité 31 mars 2018];132(4):26-35. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-26.htm>

85. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Le vécu de la grossesse par les hommes - Fiche action n°20 [Internet]. 2010 [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3t.pdf>
86. Luz R, George A, Vieux R, Spitz E. Antenatal determinants of parental attachment and parenting alliance : how do mothers and fathers differ ? *Infant Ment Health J* [Internet]. 2017;38(2):183-97. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21628>
87. Benoit A. Naître père, quelle émotion ! « Tu seras un homme mon fils ! »... Même si je pleure ? *Spirale* [Internet]. 1 oct 2005 [cité 2 avr 2018];33(1):77-82. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/spi.033.0077>
88. Rajan L. The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery* [Internet]. 1 juin 1994 [cité 29 mars 2018];10(2):87-103. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138\(05\)80250-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138(05)80250-5)
89. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. *EMC Tech Chir Gynécologie* [Internet]. 1 févr 2013 [cité 30 mars 2018];Article 41-897:1-16. Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/734743/resultatrecherche/3>
90. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 10 mars 2008 [cité 30 mars 2018];35(S1):40-51. Disponible sur: <http://dx.doi.org/JGYN-02-2006-35-S1-0368-2315-101019-200509377>
91. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *Rev Médecine Périnatale* [Internet]. 1 déc 2016 [cité 29 mars 2018];8(4):199-206. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1007/s12611-016-0380-x>

ANNEXES

Annexe I : Présentation et première séance d'information (capacités sensorielles fœtales)

Je m'appelle Laëtitia Ladet, je suis étudiante sage-femme à l'école de Clermont-Ferrand. Etant originaire d'un village à côté de Millau, j'ai décidé de réaliser mon étude pour mon mémoire de fin d'étude ici à l'hôpital de Millau. Mon étude consiste à vous informer sur les compétences fœtales et du nouveau-né lors de ces séances de PNP ceci dans le but d'explorer ces répercussions sur le soutien à la parentalité.

Aujourd'hui, j'interviens pour vous donner des informations sur les compétences de votre bébé pendant la grossesse. J'interviendrais lors d'une prochaine séance pour vous parler des compétences du nouveau-né en abordant notamment les pleurs qui peuvent être source d'inquiétude pour vous.

Il s'agit essentiellement d'un échange entre nous afin de discuter de vos expériences tout en vous donnant des informations. Nous sommes soumises au secret médical donc rien ne sera divulgué en dehors de ce groupe. N'hésitez pas à poser des questions car il n'y a pas de questions bêtes et nous essaieront d'y répondre au mieux.

Ensuite si vous le voulez bien, je viendrais échanger avec vous au 3^{ème} jour après votre accouchement pour discuter de votre vécu après ces interventions sur la grossesse, la naissance et les premiers jours avec votre bébé. Cet entretien durera environ 20- 30 min et sera enregistré, l'anonymat sera bien entendu préservé.

Selon vous, de quoi est capable votre bébé dans votre ventre, tout au long de la grossesse ? De quelle(s) façon(s) interagissez-vous avec votre bébé ? avez-vous déjà eu des expériences ?

Réponses des participants

Des recherches sur la grossesse ont permis de considérer votre bébé comme un être en devenir capable de réagir aux sollicitations de ses proches bien avant de naître. Les 5 sens à savoir l'ouïe, l'audition, la vision, le goût et le toucher se mettent en place progressivement tout au long de la grossesse grâce à son développement neurologique. Votre bébé est donc en train de se préparer à naître et de faire connaissance avec vous, ses parents, vous qui êtes et seraient les piliers de sa sécurité affective.

La période prénatale a longtemps été largement ignorée, sous-estimée alors qu'elle constitue la période la plus importante dans le développement humain. Nous ne prenons pas en compte notre développement prénatal puisque nous considérons que nous avons un an d'âge à partir de la naissance. Nous ne tenons pas compte de ces 9 mois qui sont au final les plus importants de notre vie. Votre bébé va ainsi naître avec un bagage sensoriel, il ne naît/n'est pas neutre à sa naissance.

En plus des 5 sens, la mémoire et l'apprentissage fonctionnent.

Que se passe-t-il si vous essayez de communiquer avec lui en posant vos mains sur le ventre ? en faisant intervenir le toucher

Réponses des femmes et des hommes/ leurs expériences

Tout d'abord, le tact/ le toucher est le 1^{er} mode de communication, le 1^{er} langage. C'est aussi le 1^{er} sens qui commence à se développer dès la 7^{ème} semaine de grossesse. Cette sensibilité augmente avec l'âge de grossesse. Votre bébé affine petit à petit ses perceptions tactiles grâce au liquide amniotique et ressent les vibrations comme un poisson dans l'eau dans sa mer intérieure. Il est bercé par vos mouvements tout au long de la journée. Il vit en apesanteur dans le liquide amniotique qui permet le développement de son système articulaire et musculaire. Vous pouvez peut-être remarquer qu'il se manifeste davantage le soir lorsque vous êtes au repos.

Petit explorateur, votre bébé découvre son corps et le vôtre ! Il découvre également son environnement où il peut se blottir, frotter son nez contre la paroi de l'utérus, un peu comme font les enfants avec leurs doudous.

Il sent aussi les contractions utérines et les pressions exercées sur votre ventre. Au fur et à mesure de la grossesse, vous sentirez votre bébé répondre à vos appels de caresses, vos gratouillis, si ce n'est déjà peut-être fait, en donnant des petits coups ou un effleurement là où vous l'aurez touché.

Extrait vidéo « Le monde selon bébé » : 19'20 à 20'55

Concernant l'audition, de quoi est capable votre bébé ? Est-ce qu'il vous arrive d'écouter régulièrement une musique ? Réagit-il à certaines voix ?

Réponses des femmes et des hommes sur leurs connaissances et leurs expériences

Avant la formation du système auditif, il perçoit les vibrations des sons grâce au liquide amniotique et aux os. Cette sensibilité peut être comparable à la nôtre quand nous nous mettons en apnée dans l'eau. Ces vibrations apparaissent dès la 7^{ème} semaine de grossesse et donnent à votre bébé ses premières vraies sensations, source de véritables émotions. Elles ressemblent à des vagues qui viennent caresser ses lèvres et ses mains (1^{er} récepteurs tactiles). Son petit cerveau n'est pas encore assez mature pour comprendre ce qu'il ressent alors il continue de grandir, de se développer. Aux 6^{ème} mois de grossesse, ses tympanes sont formés. Il en profite alors pour entendre et même écouter. Il est alors confronté à de nouvelles sensations : aux vibrations qu'il connaît déjà s'ajoutent des sons. Son petit corps réagit alors de manière vive : les battements de son cœur s'accélèrent, il bouge, se tourne, ... Il perçoit principalement tous les bruits qui proviennent de vous et qui ne sont absolument pas atténués : votre voix est transmise par la colonne vertébrale donc les os et les tissus. Il entend très bien vos gargouillis, les bruits du placenta, vos battements cardiaques. Les sons extérieurs sont par contre étouffés, atténués. L'état émotionnel et affectif de votre bébé se développe en écoutant votre voix. Votre voix est le son qu'il perçoit le mieux. Votre bébé préfère votre voix à celle de toute autre femme, il reconnaît la mélodie de votre voix. La voix de son papa (ou une autre personne proche) lui apporte un confort et un sentiment de sécurité. Les sons graves passent d'ailleurs mieux la paroi abdominale.

Les sons et la musique prennent alors une signification différente pour lui, surtout si la musique vous procure du bien-être. La musique stimule sa curiosité et développe un effet de relaxation et d'harmonie qui l'apaise, même après la naissance.

Le principal lien qui relie votre bébé au monde extérieur est l'audition. Déjà dans votre ventre, il apprend à comprendre le monde extérieur et ce qu'il entend va influencer ses sentiments. Il ressent également quand vous vous adressez directement à lui.

Extrait de la vidéo « Le monde selon bébé » 32 minutes à 37minutes 28 - suivi d'une discussion avec les femmes enceintes

De par les hormones, il est capable de percevoir vos émotions qui influent aussi sur ses sentiments. Durant ces 9 mois de gestation, votre bébé grandit et se développe et il en est de même pour vous. Avant d'être mère/père, vous avez été vous-même un bébé, un enfant et le modèle de votre propre mère, de vos propres parents compte dans votre manière d'agir. Vous allez chercher à être aussi compétente que votre mère, votre père ou alors plus compétente s'il vous semble qu'elle ne l'a pas été. Vous pouvez aussi réfléchir aux qualités et aux défauts de vos parents pour vous construire en tant que parent.

Imaginez un randonneur parcourant des chemins méconnus avec dans son sac à dos quelques éléments, donnés par ses parents, nécessaires l'aidant à avancer. La grossesse est un voyage vers vos origines qui peut engendrer des bouleversements familiaux, des doutes, des angoisses quant à votre devenir de parents. Douter de ses propres capacités, ne pas savoir quel chemin emprunté est normal, mais vous allez apprendre à vous faire confiance et à faire confiance à votre bébé. Ainsi vous pouvez trouver les ressources nécessaires auprès de vos parents mais aussi auprès de votre bébé !

Le toucher et l'ouïe peuvent vous permettre de communiquer avec votre bébé (puisque'il ressent vos émotions, vous pouvez les lui expliquer), de l'inclure dans ce voyage, dans cette randonnée en lui faisant part de vos doutes, de vos angoisses, de vos questions.

Devenir parent prend du temps, vous le devenez au fil de la grossesse, de la naissance et chaque jour davantage. Quelle que soit votre appréhension, faites confiance à votre bébé, c'est lui qui vous fera naître en tant que parents.

Que pensez-vous de l'odorat et du goût ?

Réponses des patientes sur leurs connaissances et leurs expériences

Les bébés marseillais apprécient déjà la saveur de l'ail et de l'huile d'olive. Les bébés indiens préfèrent les saveurs épicées. Ainsi, votre bébé vous ressemble déjà, il a intégré vos goûts alimentaires.

Votre bébé baigne dans le liquide amniotique qui se trouve être une véritable « soupe aromatique ». Il a développé très tôt des récepteurs du goût et de l'odorat qui lui ont permis d'assimiler les sensations gustatives. Quand vous passiez la 1^{ère} échographie, il était en train d'apprendre à expérimenter les goûts. Vers le 6^{ème} mois de grossesse, il avale et inhale de plus en plus de liquide amniotique. Il peut reconnaître le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Il préfère largement le sucré et n'aime pas trop l'amertume. Ses préférences se manifestent par des changements de succion (+++ en cas de goût sucré), de salivation et d'expression faciale. Il déguste alors le liquide amniotique lors de ses essais respiratoires et ses apprentissages de la déglutition. C'est ce qui lui donne d'ailleurs souvent le hoquet en fin de grossesse. Lorsque

voire bébé naître, il aura déjà ses préférences et une expérience gustative. Les molécules odorantes sont aussi influencées par l'alimentation. Il goûte et sent ce que vous mangez.

Qu'en est-il de la vision ?

Ce sens est plus complexe car à première vue, il n'y a rien à voir. Le développement visuel est pourtant très précoce et déjà opérationnel avant la naissance. Il est question de la « vision intérieure ». La vision sera abordée lors de la prochaine séance lorsqu'on parlera de la naissance et des premiers jours de vie.

Avez-vous des questions ?

Annexe II : Deuxième séance d'informations (capacités sensorielles néonatales)

Retour sur la première séance d'informations, réponses à d'éventuelles questions en faisant « tour de table » sur les questions, doutes, angoisses par rapport aux nouveau-nés

Le nouveau-né vient d'un autre monde. Il vient d'un milieu aquatique, constant, homogène, extraordinairement protégé. En effet, votre corps, la paroi utérine, le liquide amniotique avec les membranes protègent votre bébé qui nage dans ce liquide sans cesse renouvelé, toujours chaud, à la température de son corps. Ainsi il vit dans un état de totalité, de plénitude où tous les besoins sont constamment assurés.

La naissance devient donc une rupture, tous les sens sont chamboulés : le son arrive directement au niveau du tympan, le contact directement sur la peau, il vit son poids, il n'est plus en apesanteur dans le liquide et la motricité qu'il possédait dans le liquide amniotique est désormais différente puisque ses muscles ne sont pas assez forts pour lui assurer sa motricité fœtale. Il va devoir s'acclimater à ce nouveau monde. La sensorialité va être une véritable aide à votre bébé pour cette nouvelle adaptation. Contre vous, en peau à peau, votre bébé va retrouver le toucher, les enveloppes, les odeurs, les goûts (puisque le colostrum a les mêmes qualités gustatives et odorantes que le liquide amniotique), la mélodie de votre voix, les bruits respiratoires, le rythme du cœur etc...

Ainsi, vous allez instaurer cette continuité entre ces deux mondes. Vous allez lui montrer le chemin, vous qui avez porté son univers.

Son état d'esprit à la naissance : le nouveau-né change donc d'univers, s'adapte et va pouvoir créer des liens avec vous, ses parents, personnes qu'il a pressenti pendant sa vie fœtale par les voix, le toucher et les odeurs. Pour ce faire, il existe une période d'éveil calme et d'alerte pendant une à deux heures après l'accouchement. Ce moment est propice aux échanges, aux apprentissages et à leur mémorisation. En effet, après une naissance normale, le taux d'adrénaline dans le sang du nouveau-né est 20 fois plus élevé que celui d'un adulte au repos. Cette immense décharge joue un rôle d'adaptation : elle permet le déclenchement de la respiration normale, protège le cœur et le cerveau, mobilise les réserves énergétiques. Elle favorise également l'attachement : votre bébé est en éveil calme, les pupilles dilatées avec une activité motrice contenue et une énergie canalisée pour vous écouter, vous regarder et vous sentir. Cette période est malgré tout plutôt courte.

Concernant les sens :

Commençons par la vision → *extrait vidéo « Le monde selon bébé » : 40 minute à 42 minutes 03 (notion du protoregard)*. L'humain est le seul mammifère capable de faire le lien entre ce qu'il a perçu à l'intérieur et ce qu'il voit à l'extérieur.

Il va tourner le regard vers la voix qui lui est familière, en l'occurrence sa mère. Votre bébé peut distinguer les traits d'un visage situé à 30cm, voit les zones de fort contraste mais présente peu ou pas d'accommodations c'est-à-dire qu'il a une vision floue à toutes les distances. Son accommodation sera parfaite à l'âge de 3 mois. Par contre, dès le plus jeune âge, votre bébé est capable de reconnaître les visages et l'utilité d'un objet (exemple de la brosse à cheveux dans la vidéo), ainsi un enfant qui est témoin de maltraitance peut considérer cet acte comme normal. L'âge des 3 mois constitue un réel cap puisque qu'en plus de l'accommodation, il pourra percevoir les reliefs et préférera les formes complexes. De tout âge son regard sera

plus attiré par la nouveauté que par le connu. Pourquoi ? parce que qu'il s'oriente toujours dans l'apprentissage ! la curiosité est nécessaire pour l'apprentissage. La vision des couleurs, équivalente à l'adulte, est atteinte vers 3-4 mois également.

L'audition : à la naissance, les stimulations sonores arrivent directement à son tympan, ce qui change complètement sa perception des sons. Il a préférentiellement entendu, perçu la voix de sa mère c'est pourquoi il réagit davantage à votre voix. Il reconnaît aussi la voix de son père, voix qu'il/ elle a perçu pendant la grossesse, voix qui lui a apporté confort et sécurité. L'audition et la vision sont généralement liées : la tête et les yeux tournent vers une stimulation sonore. Un test auditif pour le dépistage de la surdité sera d'ailleurs effectué lors du séjour à la maternité.

Concernant l'odorat et le goût : il y a aussi à la naissance une dissociation nez/bouche. L'apprentissage des odeurs dans l'air est acquis dès la 6^{ème} heure de vie. Vos seins ont les mêmes qualités olfactives et gustatives que le liquide amniotique ainsi que le colostrum. Il/ Elle s'y dirige plus facilement à la naissance puisque ce sont des stimulations connues. L'odorat a des rôles très riches dans l'attachement (sécurité affective), dans le contrôle émotionnel et peu à peu dans la construction de son propre schéma corporel c'est-à-dire d'apprendre à se construire en tant qu'individu singulier. Pour un bébé naît à terme, il est capable de manifester des sensations de plaisir ou de rejet (visible lors de la prise de vitamine D ou vitamine K).

Concernant le toucher : Comme il a été dit à la dernière séance, le toucher est le 1^{er} mode de communication. Il s'agit du 1^{er} sens dont vous allez vous servir pour faire connaissance avec votre bébé. La rencontre va se faire par le toucher (portage, caresses, baisers) lorsque vous le prendrez dans les bras. Ce toucher permet des instants de partage, d'appropriation. Petit à petit, ce sens autorise votre bébé à se différencier de vous, de « prendre » corps, prendre conscience qu'il « est » un corps.

En conclusion sur les compétences sensorielles de votre bébé à la naissance et les premiers jours : les compétences sont bien effectives mais immatures, limitées. Il gardera tout de même en mémoire ses propres expériences. Il est compétent à la naissance mais se fatiguera vite face à ses nombreuses stimulations qui arrivent de manière différente à lui. Certaines périodes sont plus sensibles et sont le signe d'une hyperstimulation notamment le soir. Idée de proximité pour satisfaire la sécurité affective.

Rythme veille/sommeil :

Le sommeil de votre bébé est autant important que l'alimentation, il favorise le développement du cerveau en traitant et en mémorisant toutes les informations recueillies durant les phases d'éveil. Un cycle se décompose en 4 stades : le sommeil agité, l'éveil agité, le sommeil calme et l'éveil calme. Les cycles de sommeil varient entre 2 et 4h. Votre bébé n'aura pas de jour ni de nuit, il poursuit son rythme biologique anténatal du sommeil sur 24 heures, ce qui expliquera l'absence de régularité d'un jour à l'autre.

Vers 1 mois :

Apparition périodicité jour/nuit

Allongement des périodes nocturnes (jusqu'à 6h)

Apparition de plus longues phases d'éveil quotidienne

Les enfants acquièrent à leur rythme

Les pleurs :

Le pleur est le seul moyen pour votre bébé de se faire entendre et de communiquer avec vous. N'étant plus relié à sa mère par le cordon ombilical, ni en permanence au contact de sa peau, l'unique moyen d'attirer son attention est de pleurer.

A la naissance, il y a une séparation physique, un manque d'autonomie du fait de son immaturité. Le bébé a besoin d'être alimenté, de se sentir au chaud et en sécurité, il faut également lui procurer tous les soins nécessaires à une bonne hygiène (toilettes, changes..) et surtout un petit nid douillet qu'il ne quittera que pour vos bras, avant d'être suffisamment autonome plus tard pour s'asseoir, jouer, etc. Tout cela montre que les cris ou les pleurs servent à manifester non seulement ses besoins mais sa totale dépendance à une aide extérieure.

Qu'il s'agisse d'un simple inconfort ou d'une véritable douleur, le nouveau-né ne peut s'exprimer que par les pleurs. La plupart du temps, les pleurs sont heureusement en relation avec un inconfort, un dysfonctionnement passager plutôt qu'à une réelle cause médicale. La majorité des pleurs de votre bébé sera attribuée à la faim mais il faut savoir que la succion du bébé est un réflexe et qu'il boit même quand il n'a pas faim. Le pleur provoque donc une réponse rapide de votre part qui permet l'instauration d'une relation riche sur le plan sensoriel : plaisir oral et relationnel. De nombreuses informations arrivent à votre bébé lorsqu'il y a beaucoup de visites par exemple, il se met alors au repos (dort ++ lors des visites, bébé sage lors des visites) mais décharge quand il n'y a plus personne. Des pleurs sont également possibles avant l'émission d'un rot, de selles ou si présence de colique (intestin immature).

Le temps de la maternité est aussi important pour se familiariser aux pleurs avec le soutien des sages-femmes et des auxiliaires de puériculture qui peuvent vous rassurer. En effet, les pleurs de votre bébé peuvent être déstabilisants pour de jeunes parents qui voudraient faire au mieux pour que le bébé ne pleure jamais. Le pleur est non seulement pénible à supporter puisqu'il s'agit de son enfant mais il met en question les compétences alors qu'en fait il ne s'agit tout au plus d'un langage qui vous touche au plus profond de vous.

Pour que votre bébé s'adapte à sa nouvelle vie et à ses contraintes, il sera nécessaire de tenir compte de ses attentes sensorielles afin d'assurer un lien avec ses perceptions anténatales. A la maternité, ce lien est aussi assuré par le fait que maman et bébé sont ensemble dans la chambre : bébé en a besoin pour se sentir en sécurité et maman peut ressentir une sensation de vide après l'accouchement qui ne peut finalement se combler qu'en ayant son bébé dans ses bras ou en vue. Il est évident que si vous êtes fatiguée après un accouchement, il vaut mieux que vous puissiez vous reposer et papa prendra le relai pour les soins et biberons si vous n'allaites pas.

Les soins à savoir le bain, les changes, l'allaitement vous seront expliqués pendant le séjour à la maternité. D'ailleurs certains parents sont inquiets face à la dextérité des professionnels de santé envers leur bébé et votre maladresse des premiers jours peut inquiéter mais vous connaissez déjà votre bébé depuis des mois. Ce qui compte, c'est la relation, la technique s'apprend très rapidement.

Pas de caprice mais bien qu'il soit totalement dépendant d'une aide extérieure et que quelque chose le pousse à pleurer. Il a été démontré que plus on laisse un bébé pleurer seul plus il va se fermer à de nouvelles acquisitions et moins il aura confiance en lui. Il s'agit donc de répondre tout simplement à ses pleurs pour lui permettre de construire petit à petit sa confiance en lui de

par sa sécurité affective. Ce sentiment de sécurité va lui permettre d'accéder à la nouveauté, de s'adapter à toutes les inconnues de son nouvel environnement.

CONCLUSION : Au moindre pleurs vous êtes prêtes à réagir, vous pouvez les ressentir comme s'ils venaient du plus profond de vous. Quel que soit le type de pleurs, vous avez l'impression que votre bébé souffre et vous pouvez ressentir cette douleur comme si c'était la vôtre. En tant qu'adulte les pleurs sont rattachés à la tristesse, la douleur notamment. En tant que mère, vous avez la certitude de ressentir ce qu'éprouve votre bébé, vous vous sentez indissociée de lui et vous allez interpréter sa demande en fonction de votre vécu. Peu importe ce que vous pensez, l'important c'est que vous allez répondre sans compter. Le plus difficile va être d'accepter de répondre aux pleurs sans toujours comprendre la raison.

Annexe III : Grille entretien semi-dirigé

GRILLE ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Validé par directeur et co-directeur de mémoire

Informations patiente :

- Age :
- Catégorie socio-professionnelle :
- Terme d'accouchement :
- Voie d'accouchement :
- Caractéristique de la grossesse :
- Caractéristique de l'accouchement :
- Présence pathologies en suite de couche :

1/ Quelles sont les informations qui vous ont le plus marquées ou que vous avez découvertes pendant la grossesse ?

2/ Quelles informations connaissiez-vous déjà ? par quels moyens ?

3/ Comment s'est déroulée la suite de la grossesse après avoir suivi cette séance de préparation à la naissance et à la parentalité ? Comment ont-été les échanges avec votre bébé après cette séance d'information ?

4/ Vous concernant, aviez-vous des doutes/ angoisses pendant la grossesse ?

5/ Ces informations délivrées ont-elles permis de répondre à ces doutes/ angoisses existants ?

Si oui, lesquels ? si non, pourquoi ?

6/ Comment s'est déroulée la rencontre avec votre enfant sur le plan sensoriel ?

7/ Ces informations ont-elles permis de vous aider au quotidien dans l'accueil de votre enfant ? Si oui/non, sur quels plans ? à quels moments ?

8/ Avec le recul de ces 3 jours passés avec votre bébé, pensez-vous à d'autres informations qui auraient pu vous être utiles / qui vous ont manqué pour vous aider à être plus à l'aise avec votre enfant ?

Annexe IV : Lettre d'information pour les femmes enceintes / les couples

LETTRE D'INFORMATION

INFORMATIONS SUR LES COMPETENCES FOETALES ET NEONATALES DANS LE SOUTIEN A LA PARENTALITE

Investigateurs:

- *Ladet Laëtitia*, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
 - Sous la direction de *Madame Poumeyrol Delphine*, sage-femme enseignante
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail
laetitia.ladet@etu.udamail.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "*Informations sur les compétences fœtales et néonatales dans le soutien à la parentalité*".

Une étude sur *Les informations sur les compétences fœtales et néonatales dans le soutien à la parentalité* est engagée au sein du service de maternité du centre hospitalier de Millau. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Poumeyrol Delphine, sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude

Il s'agit d'explorer les répercussions sur les connaissances des compétences fœtales et néonatales sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et dans les 3 premiers jours après la naissance de l'enfant.

2. L'étude en pratique

Les informations sur les compétences fœtales et néonatales sont données lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Au troisième jour après l'accouchement, un entretien semi-dirigé sera réalisé individuellement auprès des patientes. Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone, durera une vingtaine de minutes. Il sera demandé à la patiente son vécu de la grossesse après avoir reçu ces informations puis son vécu de l'accouchement, et des 3 premiers jours avec son enfant. Le conjoint peut également être présent lors de l'entretien. Ensuite, l'entretien sera retranscrit sur un ordinateur rapidement après l'entretien afin d'assurer la qualité des données. L'anonymat sera respecté. Une fois cette étape achevée, l'entretien sera supprimé du dictaphone.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Conformément aux dispositions de cette dernière, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), numéro : en attente

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à : LADET Laëtitia et Université de Clermont-Auvergne, Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand, 5^{ème} étage R1, 28, place Henry Dunant BP 38, 63 000 Clermont-Ferrand cedex 01

5. Obtention d'informations complémentaires:

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

LADET Laëtitia, étudiante sage-femme : laetitia.ladet@etu.udamail.fr

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
1 Parentalité.....	5
1.1 Histoire du concept.....	5
1.2 Maternalité.....	6
1.3 Paternalité.....	7
1.4 Une préparation longue à la parentalité.....	7
1.4.1 Genèse de la maternité.....	7
1.4.2 Désir d'enfant.....	9
1.5 Le temps de la grossesse.....	10
1.5.1 La transparence psychique.....	10
1.5.2 Naissance du couple parental.....	10
1.5.3 Nidification psychique.....	10
2 Relations parents-enfants.....	11
2.1 Période fœtale.....	11
2.1.1 Capacités sensorielles fœtales.....	11
2.1.2 Des représentations aux interactions fœto-maternelles.....	14
2.1.3 Exemple de l'haptonomie.....	15
2.2 Interactions précoces.....	16
2.2.1 Compétences néonatales.....	16
2.2.2 Différents types d'interactions.....	17
2.2.3 Troubles des interactions précoces.....	19
2.3 L'attachement.....	19
2.3.1 Définition.....	19
2.3.2 Hormones en jeu.....	20
2.3.3 Figure et qualité de l'attachement.....	21
2.4 La parentalité mise à mal.....	22
2.4.1 Pendant la grossesse.....	22
2.4.1.1 Stress.....	22
2.4.1.2 Inquiétudes.....	22
2.4.1.3 Dépression anténatale.....	22
2.4.1.4 Dénier de grossesse.....	23
2.4.2 Troubles du lien parents-enfant.....	24
2.4.2.1 Baby-blues.....	24

2.4.2.2	Psychose puerpérale	24
2.4.2.3	Dépression post-natale	24
2.4.2.4	Maltraitances / Négligence.....	25
3	Outils d'aide à la parentalité.....	26
3.1	Préparation à la Naissance et à la Parentalité	26
3.1.1	Organisation des séances	26
3.1.2	Contenu de l'éducation prénatale	27
3.1.3	Ses effets sur la parentalité	27
3.1.4	Le dépistage des vulnérabilités.....	28
3.2	Les outils de la sage-femme en PNP	28
3.2.1	Communication.....	28
3.2.2	Techniques éducatives	29
3.2.3	Evaluation individuelle et évaluation de la PNP	29
3.2.4	Travail en réseau.....	30
	POPULATION ET METHODE	31
1	Schéma de l'étude.....	32
1.1	Rappel de l'objectif.....	32
1.2	Type d'étude.....	32
1.3	Partenaires de l'étude	32
1.4	Lieu et durée de l'étude.....	32
2	Echantillon.....	33
2.1	Description de l'échantillon	33
2.1.1	Population source	33
2.1.2	Population cible	33
2.2	Description des modalités de recrutement	33
2.2.1	Intervention en anténatal	33
2.2.1.1	Le schéma d'intervention	33
2.2.1.2	Les extraits du documentaire « Le monde selon bébé ».....	34
2.2.2	Critères d'inclusion	36
2.2.3	Critères d'exclusion.....	36
3	Mode de recueil de données	37
3.1	Les variables recueillies	37
3.2	Outil de recueil des données.....	37
3.3	Retranscription des données.....	38
3.3.1	Saisie des données.....	38

3.3.2	Le contrôle qualité	38
4	Mode d'analyse des données	39
4.1	Description et justification du choix du mode d'analyse des données	39
4.2	Aspects éthiques et réglementaires	39
4.2.1	Avis de comités consultatifs	39
4.2.2	Information et consentement	40
4.2.3	Anonymat	40
RESULTATS	41
1.	Population.....	42
2.	Qu'a permis l'appropriation de ces informations ?	43
2.1.	Le contenu	43
2.1.1.	Une découverte	43
2.1.2.	Une remise en question par rapport aux connaissances antérieures	43
2.1.3.	Un besoin d'être acteur.....	44
2.2.	La forme	45
2.2.1.	Extraits de la vidéo « Le monde selon bébé »	45
2.2.2.	Groupe de femme / Expériences	45
3.	Valorisation des échanges / des relations	46
3.1.	Adaptation des parents face à ces informations	46
3.1.1.	Une attention particulière aux réactions de l'enfant.....	46
3.1.2.	Une accentuation des échanges avec l'enfant in utéro	46
3.1.3.	Clivage entre avant et après les informations	47
3.2.	Au sein du couple	47
3.2.1.	Partage des informations / Communication dans le couple	47
3.2.2.	Valorisation mutuelle des conjoints.....	48
3.3.	Relation parents-enfant	48
3.3.1.	Investissement /place du père	48
3.3.2.	Etablissement d'un lien sensoriel entre le pré- et le postnatal / Parents attentifs à la sensorialité.....	49
3.3.3.	Un moment privilégié avec leur enfant.....	50
4.	Soutien	50
4.1.	Sentiment de confiance et de sérénité	50
4.1.1.	Conforter une communication naturelle	50
4.1.2.	L'enfant rassure le parent de par ses réactions sensorielles.....	51
4.1.3.	Une gestion des pleurs.....	52
4.1.4.	Les angoisses ressenties pendant la grossesse.....	53

4.2.	S'adresser directement à son enfant : un outil ?	54
4.3.	Préparation sensorielle à la naissance	55
4.3.1.	Une focalisation sur la sensorialité à la naissance	55
4.3.2.	Le regard à la naissance (= protoregard).....	55
4.3.3.	Le « peau à peau »	56
5.	Organisation des séances.....	57
5.1.	Programmation tardive.....	57
5.2.	Souhait d'une PNP pour les pères	58
5.3.	Les limites des informations évoquées	58
5.3.1.	L'expérience personnelle mise en avant dès la naissance	58
5.3.2.	Une vision « psychologique » de ces informations.....	59
5.4.	Un enseignement nécessaire pour toute femme enceinte.....	59
	DISCUSSION	60
1.	Rappel de l'objectif.....	61
2.	Appropriation des informations.....	61
2.1	Une découverte : le poids des cultures ?	61
2.2	Un besoin d'être acteur	62
2.3	Sentiments de compétences parentales	63
3.	Le rôle des sens.....	65
3.1	Les canaux de communication spontanés	65
3.1.1	Une « force de vie interne » tactile pendant la grossesse	65
3.1.2	La voix, toute une histoire... ..	66
3.2	Préparation à la naissance	68
3.2.1	La pratique du « peau à peau » (PAP).....	68
3.2.2	Un nouveau regard sur la vision	70
3.3	Création d'un « cordon ombilical sensoriel » pour favoriser l'attachement	71
4.	Accompagnement de la parentalité.....	73
4.1	Utilisation d'un support audio-visuel comme moyen pédagogique	73
4.2	La présence des pères.....	74
4.3	Place de la sage-femme	76
5.	Points faibles de l'étude	77
6.	Points forts de l'étude	78
7.	Projet d'action	79
7.1	L'importance de sensibiliser les parents à la sensorialité fœtale et néonatale	79
7.2	Mettre à l'honneur la prévention	80

7.3	Prise de conscience des professionnels de la périnatalité de l'importance de l'accueil du nouveau-né	80
7.4	Réalisation de nouvelles études.....	81
	CONCLUSION	82
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	84
	ANNEXES	92
	TABLE DES MATIERES	103

RESUME

Introduction : Si d'un côté les enfants se préparent à naître grâce à la mise en place de la sensorialité pendant leurs neuf mois de gestation, il faut d'un autre côté que les parents puissent tenir compte de leurs attentes.

Objectif : L'objectif de cette recherche est d'explorer les répercussions des connaissances sur la sensorialité fœtale et néonatale pendant la grossesse, l'accouchement et jusqu'au troisième jour après la naissance comme soutien à la construction de la parentalité.

Population et Méthode : Il s'agit d'une étude multicentrique à visée phénoménologique. Trois groupes de femmes enceintes et d'hommes ont pris connaissance de la sensorialité fœtale et néonatale de façon concomitante à l'éducation prénatale. Un entretien semi-directif individuel ou en couple a eu lieu au troisième jour après l'accouchement.

Résultats : Les extraits du film ont aidé les parents à valoriser la relation avec leur enfant dès la grossesse. La connaissance de l'univers sensoriel a permis de développer un sentiment de confiance et de sérénité notamment face aux pleurs du nouveau-né.

Discussion : Les parents ne sont plus de simples spectateurs lors de la grossesse. Ils se sentent compétents dans leur nouveau rôle de parents et se préparent sereinement à la rencontre avec leur enfant.

Conclusion : En plaçant la sensorialité au cœur de la famille en devenir, l'accès à la parentalité et les interactions ont été facilités. Le documentaire apparaît comme un outil de prévention pour les sages-femmes afin d'accompagner mais aussi de prévenir ou dépister les troubles dans la relation parents-enfant.

Mots-clés : Parentalité, Sensorialité, Interactions, Attachement, Prévention

ABSTRACT

Introduction : While babies are preparing to be born during their nine months of gestation thanks to the sensoriality, parents also have be able to take into account their expectations.

The aim : The aim of such study is to explore the effects of knowledge on fetal and neonatal sensoriality during pregnancy, birth and up to the third postpartum day as support for the construction of parenthood.

Population and Methods : It is a multicenter study in a phenomenological approach. Three groups of pregnant women and men learned on fetal and neonatal sensoriality together with the prenatal education. A semi-structured interview took place on the third day after birth.

Results: Excerpts of the movie helped parents to value the relation with their child from the pregnancy. The knowledge of the sensory universe allowed for the development of a sense of confidence and serenity, especially during cryings of the newborns.

Discussion : Parents are no longer spectators during pregnancy. They feel competent in their new role as parents and prepare serenely for the meeting with their baby.

Conclusion : By placing sensoriality at the heart of the family, the access to parenthood and interactions have been facilitated. The documentary appears as a prevention tool for midwives to assist, prevent or detect disorders in the parent-child relationship.

Key words : Parenthood, Sensoriality, Interactions, Attachment, Prevention