

La globalité de la naissance

Variabilités du rythme cardiaque fœtal et communication maternelle

Marie-Hélène DE VALORS,
Sage-femme, sophrologue médical,
Formatrice créatrice de la Préparation Globale Hérault
(34) Frontignan-Plage - site: nposf.org

“
Si petit qu’il soit, un enfant, à qui sa mère et/ou son père parlent des raisons qu’ils connaissent ou qu’ils supposent de sa souffrance, est capable d’en surmonter l’épreuve en gardant confiance en lui et en ses parents.”

Françoise DOLTO ^[1]

“
Après toutes les expériences que nous avons pu mener sur la sensorialité fœtale et à travers cette dernière expérimentation, dont nous allons parler, pour moi le fœtus est devenu un vrai bébé.”

Marie-Claire BUSNEL ^[2]

Une sage-femme à la recherche de la science : historique

Ces phrases de Françoise DOLTO et Marie-Claire BUSNEL ont été référentes pour moi toutes ces dernières années. Dans mon exercice clinique il y a presque 20 ans, je constatais l’agitation inhabituelle de certains fœtus lorsque leur mère, au cours d’une psychothérapie brève, menée parallèlement à la Préparation, évoquait un événement douloureux provoquant chez elle une grande émotion. Si une phrase calme, explicative et empathique était alors donnée et dirigée vers le ou les fœtus en question, ceux-ci se calmaient aussitôt.

Plus tard, en 1992, lors de la catastrophe de VAISON-LA-ROMAINE, un groupe de 8 mères ayant perdu leur propre mère dans des conditions terribles, avait été constitué. Elles étaient toutes entre 32 et 34 S.A. Pour l’accompagnement double qu’il avait fallu alors faire : travail du deuil de leur mère et préparation à la naissance des bébés, j’avais pu observer la réaction de ces derniers, lorsqu’elles s’adressaient à eux et exprimaient leur chagrin, puis dans un deuxième temps, en essayant d’apprivoiser la joie de devenir mère. Le groupe était important car il y avait un vécu en commun, et un soutien réciproque. Mais ce sont les réactions et la participation des bébés fœtus qui ont été très précieuses et je dirais “porteuses” pour les mères. Pendant les deux mois qu’a duré le travail de préparation, quand la mère s’autorisait une émotion de chagrin, elle en informait le bébé qui alors était calme. Et si elle ne le faisait pas, aussi étonnant que cela puisse sembler, le bébé exprimait alors une réelle agitation...

Enfin, après avoir pendant des années appris lors de l’accouchement à guider autant la mère que l’enfant (bien sûr si cela était nécessaire), j’ai observé la participation active de ces derniers. Quand je les guidais, ils suivaient mes indications. Avec ces deux phrases référentes, j’avais deux réponses : la ▶

Interview

Marie-Claire BUSNEL

Chercheur, éthologiste, spécialiste de l’audition fœtale, INRA et Université Paris V, Paris

connaissance d'une pionnière du psychisme infantin, et celle d'une scientifique ayant consacré sa carrière d'ethnologue au départ, à l'étude expérimentale de la sensorialité fœtale du bébé humain.

Dans mon observation empirique, j'avais également constaté en salle, que lorsque la mère en travail entraînait en relaxation pour communiquer avec son bébé et dilater son col (technique classique de la PG), si le monitoring était branché, le R.C.F s'alignait immédiatement sur une fréquence de 5 Bpm. En sachant que le bébé allait la maintenir tout le temps de la relaxation, je débranchais la sonde pour ne pas enregistrer un rythme qui, en obstétrique, pour les observateurs non avertis aurait pu sembler suspect, ou tout au moins inquiétant.

Quelque temps auparavant, dans mon ignorance de l'époque, n'avais-je pas moi-même "stimulé" des bébés pendant que leur mère se relaxait? Toujours rigoureuse après avoir débranché, je profitais d'un changement de position de la future mère, pour réenregistrer un bébé "réveillé" avec un R.C.F réactif!

Je dois beaucoup au père de l'haptonomie, qui par deux fois m'a refusé l'accès à cette discipline: j'étais sophrologue et je travaillais en psychanalyse! Il m'a ainsi permis de me rapprocher des scientifiques et d'avoir des réponses circonstanciées à mon questionnement: « *Comme c'est étrange, les bébés semblent comprendre et me suivent, lorsqu'au cours de la naissance, je leur suggère de tourner la tête ou de la fléchir, ou encore pendant la fin de grossesse "de s'engager" (échographiquement) dans le bassin pour éviter un "scan" ou une échographie supplémentaire...*

« *Après, tu pourras remonter, lorsque celui qui suit ta grossesse aura vu que tu peux t'engager* », leur disais-je avec empathie.

La répétition de ces réponses est devenue tellement habituelle que les mères s'en sont "emparées", on peut dire cela... et pendant les seize années de mon exercice clinique, je peux dire, Oui, d'une façon tout à fait empirique, j'ai observé les applications pratiques de ces étonnantes compétences fœtales, qui aidaient d'ailleurs la mère dans sa propre construction intérieure en renforçant sa confiance en elle-même, ainsi que les bases de sa future fonction maternelle (soins et présence psychique à l'enfant). C'est dans ces années-là que le concept de double naissance m'est apparu, naissance de l'enfant c'est un fait, mais aussi naissance d'une mère à elle-même au cours de plusieurs mois d'élaboration psychique. S'est imposée alors, l'hypothèse d'une grossesse psychique accompagnant la grossesse physique, et même pouvant conditionner la physiologie de celle-ci.

Cette simple dernière phrase m'a demandé quatre années d'observation clinique, nuit et jour, sur le terrain, c'est-à-dire en salle et en préparation.^[3]

Ainsi, ce fameux jour d'octobre 1997 à Avignon

(Congrès de la l'ARIP)^[4] lorsque Marie-Claire BUSNEL étala devant moi les premiers monitorings de son expérience:

« *Voyons comment le bébé réagit, s'il sait que sa mère lui parle à lui... ce qui est différent de reconnaître la voix de sa mère parmi d'autres voix de femmes et qui a déjà été démontré* »... Ce jour-là, M^{me} BUSNEL eut devant elle, une auditrice extrêmement attentive. Enfin, scientifiquement allait pouvoir être démontré ce qui pour l'observateur empirique que j'étais, constituait la réalité au quotidien. Je suggérai: « *Peut-être faudrait-il que les mères pensent ou communiquent avec leur bébé avec émotion, car il y a la pensée intellectuelle et "la pensée émotionnelle"!* »

« *On verra bien!* » me dit M^{me} BUSNEL, « *on ne peut rien affirmer, seule l'expérimentation en grand nombre compte!* »

Mais de mon côté, avec ce début d'expérience scientifique que je m'empressai de communiquer à mes collègues, j'allais pouvoir expérimenter en salle, sur des femmes non préparées et stressées, commencer à "récupérer" des rythmes pathologiques en suggérant aux parturientes de parler à leur bébé tout en leur faisant mettre des mots sur leurs propres peurs.

Voir le rythme se régulariser, permettait d'apaiser les peurs, et de donner un "sens" aux contractions:

Oui, effectivement, je peux accompagner mon bébé, l'aider, nous sommes donc deux, ce que je vis prend sens. Car, comme dit le D^r CANON-YANNOTI^[5]: « *Ce qui est subi par manque de sens crée une rétention énergétique douloureuse au niveau du psychisme et c'est cela qui majore la douleur des contractions* ».

Mes collègues étaient enthousiastes, devant certains résultats, car vers 1997-1998, la pathologie commençait à apparaître dans la maternité où nous étions. Sous l'effet conjugué de l'incitation à la péridurale, du regroupement des maternités, de la lourdeur des protocoles... et de la peur des futures mères! Les sages-femmes étaient beaucoup moins présentes car surchargées, et l'outil transmis par M^{me} BUSNEL était infiniment précieux pour elles, et surtout concret!

Beaucoup plus tard, en 2002, en tant que formatrice, pendant que Marie-Claire BUSNEL continuait sa longue et difficile expérimentation, des sages-femmes ont appliqué en niveau III cette fois, cette nouvelle connaissance de l'influence de la pensée maternelle sur le rythme cardiaque du bébé fœtus et ont ainsi transformé de futures césariennes pour troubles du rythme, en accouchement par voie basse. Bien sûr, il fallait que les troubles permettent l'expectative.

Depuis quelques mois, dans tous les groupes en formation que je peux rencontrer, je constate un intérêt croissant pour cette expérience et les applications pratiques qu'en font les sages-femmes. En suivi

de grossesse pathologique, les MAP notamment, la future mère peut voir son bébé changer son rythme quand elle lui parle ou communique par la pensée (elle prend alors confiance en elle), peut “oser” lui demander de “remonter” (et libérer ainsi le segment inférieur et le col trop ou trop tôt sollicité). C’est une façon de se “réapproprier” sa grossesse, de transformer la pathologie en eutocie... et les résultats sont très souvent spectaculaires.

Et pour l’application en salle, quand la technologie le permet, les sages-femmes continuent à appliquer et au deuxième niveau (de la formation PG), j’entends souvent des récits très enthousiastes. C’est ce qui m’a donné l’idée d’interviewer ce grand chercheur qui, depuis, a communiqué son travail, notamment en juillet 2007 au Congrès International de la « *Round Association for Infant Health* » à Paris.¹⁶¹

Rencontre et interview de Marie-Claire Busnel

Marie-Hélène de Valors (MHDV) : Vous êtes déjà venue nous voir plusieurs fois à Paris dans les formations et les sages-femmes ont été encore plus motivées pour appliquer le fruit de vos recherches qui deviennent maintenant une réalité scientifique. Pouvez-vous expliquer à un plus grand nombre de sages-femmes et lectrices des “Dossiers de l’Obstétrique” cette fois, votre démarche extrêmement longue et rigoureuse, vos motivations et vos résultats ? Pourrions-nous commencer par la motivation et peut-être ensuite la durée de l’expérience ? Car, en fait, cette recherche vous a pris près de 10 ans. Pourquoi cela a-t-il été si difficile ? Comment en êtes-vous arrivée là ?

Marie-Claire Busnel (MCIB) : Je travaillais à l’époque sur les effets du bruit, et j’avais trouvé que c’était extrêmement difficile parce que l’état du récepteur, l’état de l’émetteur, le type de bruit, le milieu ambiant etc., etc., nous font arriver à plus de 10 000 possibilités de variations : avec l’impression qu’il est pratiquement impossible d’obtenir une réponse... ne serait-ce que parce que le bruit que fait votre voisin vous énerve alors que le même bruit fait par vos enfants vous est égal, donc il est question de motivation, de votre état psychologique. Etes-vous fatiguée ? N’êtes-vous pas fatiguée ? Etes-vous malade ? N’êtes-vous pas malade ? Est-ce que vous écoutez la télé ? Est-ce que ça vous empêche de l’écouter ? Puis intervient la durée du son : vous supportez un bruit pendant un petit moment mais pas longtemps, etc. Il y a un tas de variables, et ce que je me suis dit, c’est qu’il faudrait que l’émetteur et le récepteur soient dans des conditions optimales. Quelles pourraient être ces conditions ? **Une période sensible** pendant laquelle on est particulièrement fragile, par exemple la gestation !

Il se trouve que je travaillais à l’époque sur l’animal. Dans mon laboratoire, j’avais une lignée de souris génétiquement sourdes. En faisant des croisements entre des souris sourdes et des non-sourdes, je pouvais avoir des bébés sourds de mères entendant et des bébés entendants de mères sourdes. Si je faisais du bruit pendant la gestation, je pouvais savoir si le souriceau était affecté par le stress maternel ou si c’était le bébé lui-même qui était affecté par le bruit. Alors j’ai trouvé quelque chose de très **intéressant** (et qui n’a pas été repris pour l’instant, autant que je sache), c’est que les bébés souriceaux sourds étaient bien eux-mêmes, affectés par le bruit, alors que la souris, normalement n’a pas d’audition fonctionnelle in utero. Celle-ci ne se développe que 10 jours après la naissance. Donc, le fœtus souris est sourd, or si j’émettais un bruit un peu stressant après la naissance, quand je testais des souris “naïves” qui n’avaient pas encore entendu de bruit, celles-ci réagissaient alors que les autres, non. Il y avait donc eu habitude à ce bruit (qui avait dû passer par d’autres voies que celle de l’audition : la peau ? les vibrations dans le liquide amniotique ? ou autres ?).

« ... on s’est aperçu qu’un bruit fort et soudain provoquait chez 90 % des fœtus en fin de gestation, un mouvement de surprise et des accélérations du rythme cardiaque. »

Du coup j’ai pensé, l’enfant humain qui est sensé lui aussi ne pas entendre, est-ce que le bruit le dérange ? C’est comme cela que j’ai commencé mes recherches sur le fœtus humain.

A ce moment-là, il n’y avait que deux moyens d’observer un fœtus, les variations du rythme cardiaque ou l’observation de ses mouvements à l’échographie. On a fait les deux, et on s’est aperçu qu’un bruit fort et soudain provoquait chez 90 % des fœtus en fin de gestation, un mouvement de surprise et des accélérations du rythme cardiaque. Comme on ne voulait pas faire trop de longues séances d’ultrasons, puisque l’expérience durait déjà depuis plus d’une heure, on a décidé de se servir des variations du rythme cardiaque comme critère de réponse auditive du fœtus. Et on a mesuré le nombre de réponses et l’intensité du signal qui provoquaient ces réponses. Un signal fort provoquait une accélération du rythme cardiaque, un signal faible une décélération. Or, chez le nouveau-né, l’accélération est considérée comme une réaction de surprise et la décélération comme une réaction d’intérêt. On s’est dit alors : il doit en être de même chez le fœtus, (et évidemment, c’est une extension de ce que l’on sait chez le nouveau-né).

Cela dit, pour le fœtus, on ne peut pas affirmer que ce soit surprise ou intérêt, mais on sait qu'un stimulus fort provoque une accélération et un stimulus de moindre intensité ou déjà familier provoque une décélération, la taille de la réaction est fonction de l'intensité du bruit. Plus on diminue l'intensité, moins il y a d'accélération.

Ensuite, on a démontré qu'il y avait une habitude. En effet, si la première réponse à un son fort était très élevée et accompagnée de mouvements, un deuxième bruit de même intensité, provoquait une réaction moindre, un troisième bruit moindre encore et au quatrième il ne réagissait plus du tout, donc il semblait bien y avoir habitude.

Il y a deux causes possibles à l'habitude: un système nerveux encore immature et donc fatigable, ou alors une mémorisation réelle de ce qui avait déjà été entendu et devenait donc peu intéressant. Comme cela se produisait aussi bien avec des signaux faibles, il nous a semblé que c'était probablement de la mémorisation. Mais avant d'attaquer ce problème, nous avons testé sa finesse de discrimination.

Pour ce faire, nous avons testé s'il discriminait 2 voyelles, 2 syllabes (biba de babi), puis s'il reconnaissait une voix féminine d'une voix masculine, sa langue maternelle par rapport à une autre langue et aussi un morceau de musique par rapport à un autre morceau, dont l'un aurait déjà été entendu... et la réponse a été « oui » pour chacune de ces études!

Or, il ne faut pas oublier que dès qu'on pose une question à un fœtus, c'est 2 ans ou 3 ans de recherches!

MHDV: C'est très intéressant. Je comprends mieux la longueur de l'expérimentation actuelle.

MCLB: Eh oui, ce que je vous ai rapporté en 10 minutes, je l'ai appris en 10 ans!

À peu près à la même époque, le professeur DECASPER^[7] aux Etats-Unis a fait des recherches

sur des nouveau-nés de 2 heures qui n'avaient donc encore pas beaucoup d'expériences auditives. Il s'est aperçu que chaque bébé préférait entendre quelque chose plutôt que rien du tout! Parmi les quelques choses, il préférait entendre les voix, parmi les voix il préférait les voix féminines, parmi les voix féminines, il préférait la voix de sa mère et ce qui est très intéressant, c'est qu'il ne faisait pas de différence entre la voix de sa mère, filtrée comme on pense qu'il l'entend intra-utérin et non filtrée. Donc il ne reconnaissait que la voix de sa mère, qu'il avait entendue avant la naissance, c'était bien la même voix que celle qu'il entendait après la naissance.

MHDV: Ça, c'est une acquisition relativement récente?

MCLB: Non, ça date de 1984.

MHDV: Ça n'enlève rien à la "querelle" des scientifiques qui prétendent que les fœtus entendent les sons aigus et ceux qui prétendent qu'ils entendent les sons graves.

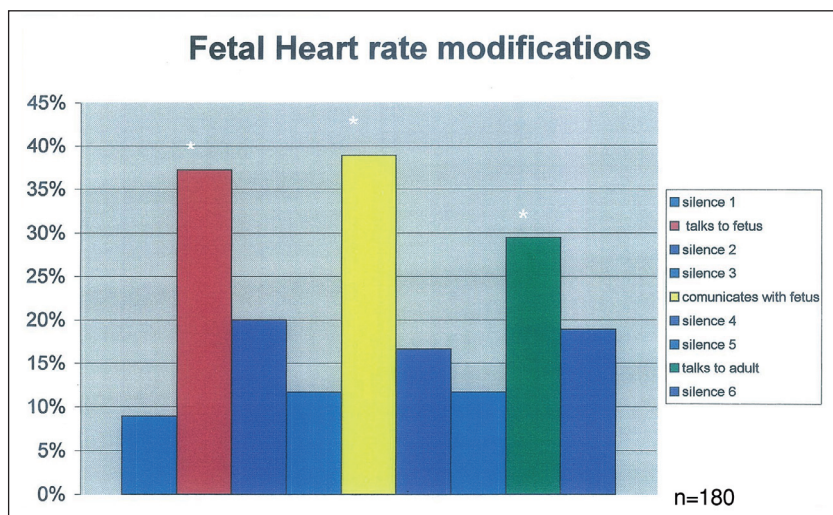
MCLB: Ça, c'est une autre histoire... et d'ailleurs est-ce bien important?

De notre côté nous avons essayé de voir s'il y avait vraiment mémorisation, en demandant aux mamans de lire à leur fœtus en fin de gestation, une comptine à haute voix, une fois par jour pendant 6 semaines, et la semaine d'après, on testait le fœtus avec la comptine déjà entendue ou une autre inconnue: 50 % des femmes lisaient la comptine A et 50 % la comptine B, et tous les bébés étaient testés avec A et B, l'une était connue et l'autre pas. Pour la comptine qu'ils avaient déjà entendue, la plupart des sujets avaient des décélération cardiaques, alors que la comptine inconnue, pas d'effets ou créait une accélération. Donc là, on s'est dit il y a vraiment mémorisation: non seulement il l'entend, mais son audition est relativement fine et discriminante et il a une réaction spécifique. La période fœtale est donc une période pendant laquelle le fœtus apprend les composantes de ce qui va être son milieu extérieur.

Et puis là-dessus, je me suis dit: « *Ce qu'il entend le mieux, c'est la voix de sa mère. Est-ce que c'est simplement une reconnaissance de cette voix, ou est-ce qu'il reconnaît quand on s'adresse à lui par rapport à quand les adultes se parlent entre eux?* »

Puis, j'ai commencé à travailler sur les prématurés parce que je me suis dit que, quand la mère s'adresse à son bébé, il y a probablement une transformation émotionnelle chez elle et que c'est ce que le fœtus ressent. Sa respiration change parce qu'elle parle différemment quand elle s'adresse à lui, parce qu'il y a quand même une émotion qui passe quand on s'adresse à son bébé. Et il y a aussi peut-être des changements hormonaux!

MHDV: Et pourquoi les prématurés? Parce qu'ils ne sont



plus in utero et que les transformations physiologiques de la mère n'interviennent pas ?

MCIB : Oui, parce qu'ils sont à un stade de développement similaire à celui des fœtus in utero.

Je me suis aperçue que, quand ils étaient calmes et que leur mère s'adressait à quelqu'un d'autre, ça les endormait. Mais quand elle s'adressait à eux, ça les stimulait : ils devenaient plus alertes. Par contre, quand ils pleuraient, qu'elle s'adresse à eux ou pas, ils s'arrêtaient de pleurer, calmés par la voix de leur mère. C'est très difficile de travailler sur les prématurés.

MHDV : Parce qu'il n'y a pas de continuité dans l'observation ?

MCIB : Oui c'est cela, j'ai donc décidé de retravailler sur le fœtus, mais aussi sur le nouveau-né de 2 jours en prenant plusieurs conditions expérimentales, la mère étant sous monitoring.

Il faut noter que quand je travaillais sur les prématurés, dans mon questionnaire, je demandais aux mères : « Est-ce que vous parliez à votre bébé avant la naissance ? »

Pour avoir une idée, j'ai fait deux groupes : celles qui parlaient avant et celles qui ne parlaient pas. Deux femmes m'ont répondu : « Oui, on parlait, mais enfin on n'a pas tellement besoin de parler à son bébé pour se comprendre ».

Je me suis dit : « Evidemment, ces femmes ont raison, on ne parle pas toujours à haute voix, on parle aussi par voix intérieure. J'ai inclus dans l'expérience : elle s'adresse à lui par voix intérieure ».

MHDV : Pourriez-vous nous énumérer les séquences de l'observation ?

MCIB :

1. Le bruit cardiaque du monitoring, c'était la base pour tout le monde.
2. Ensuite la mère lisait un texte.
3. Elle s'adressait à un adulte.
4. Elle parlait à son bébé.
5. Ensuite elle communiquait par voix intérieure.

MHDV : Que faisait-elle entre chaque séquence ?

MCIB : Elle lisait pour couper la communication. On a fait la même chose pour le nouveau-né à 2 jours, ce qui permettait d'avoir le même bébé, mais il n'était plus dans le ventre de sa mère.

Elle lisait car on s'était dit, qu'elle aurait du mal à sortir de l'état dans lequel elle était, si elle se disait simplement, bon, maintenant on ne va penser à rien. On lui donnait quelque chose à faire pour qu'elle coupe la relation avec le bébé.

MHDV : Chaque protocole durait 2 mn ou 5 mn ? Parce qu'à l'époque j'ai participé de mon côté, à l'expérimentation avec certaines sages-femmes.

MCIB : 2 mn à l'époque, c'était trop court pour faire une bonne analyse à l'ordinateur, on a donc porté à 5 mn, mais comme on ne pouvait garder les femmes 2 heures, on a réduit les critères en enlevant le rythme cardiaque et la mère qui lisait un texte. On n'a retenu que les trois autres critères :

1. La mère qui parle à un adulte donc c'est sa voix qui est émise.
2. La mère qui parle à son bébé : elle s'adresse à lui quand elle est seule : c'est la voix "adressée".
3. Elle communique par voix intérieure en s'adressant à lui. J'appelle voix "adressée", le ton de voix qu'on prend quand on s'adresse à un bébé. D'ailleurs le nouveau-né préfère de beaucoup la voix "adressée", il la préfère à la voix normale. Quand on parle à un bébé, on a une voix plus aiguë, plus modulée. Les bébés préfèrent tout simplement la voix "adressée", d'où l'intérêt de la voix intérieure qui n'a plus toutes ces composantes acoustiques et à laquelle les fœtus réagissent quand même.

« ... le bébé reconnaît bien que sa mère lui parle à lui, que ce soit par voix "adressée" ou par voix intérieure. »

MHDV : Le bébé reconnaît bien que sa mère lui parle à lui, que ce soit par voix "adressée" ou par voix intérieure.

MCIB : L'expérience c'est justement cela. Il n'y a pas encore de publication car il y a des problèmes statistiques que je n'ai pas encore pu résoudre. C'est très long à analyser : chaque seconde de rythme cardiaque doit être analysée une à une. C'est un travail monstrueux et, pour l'instant, je n'ai pas trouvé de statisticien pour m'aider. Quand je regarde un tracé, je considère qu'il y a eu un effet, s'il y a un changement de la variabilité pendant la stimulation et que les rythmes avant la stimulation et après sont semblables. C'est uniquement cela que je considère. Je ne prends pas en compte les réponses qui ont lieu parfois après la stimulation, dans les 5 mn qui suivent, encore que je crois qu'elles sont très intéressantes. Dans une première analyse je veux être très rigoureuse : avant et après sont pareils, pendant est différent... Dans ce cas-là, on trouve en regardant le tracé, car il n'y a pas d'ordinateur pour l'instant, que 38 % des fœtus réagissent quand leur mère communique par voix intérieure, 37 % quand elle communique avec lui par voix adressée, 27 % quand elle parle simplement à haute voix. La voix de la mère en tant que telle a un effet qui est moindre de 10 % quand elle ne s'adresse pas à son bébé.

MHDV : Ce ne sont pas des femmes spécialement entraînées, ni en haptonomie, ni en sophrologie ?

MCLB : Absolument pas ! Ce sont des femmes que je ne connais pas.

MHDV : C'est très intéressant. Une des conclusions de l'expérience est que le bébé réagit 10 % de plus si sa mère s'adresse à lui par voix "adressée" ou par voix intérieure.

MCLB : Oui, c'est cela quand il y a une prise de contact avec le bébé.

MHDV : Vous avez eu combien d'expérimentations pendant ces 10 années qui m'ont paru dans mon impatience extrêmement longue ?

MCLB : Dans une première expérience qui a duré 3 ans, j'ai eu 180 fœtus et 140 bébés. Dans une seconde qui a duré aussi 3 ans, j'en ai eu 100 et là, je suis en train d'essayer sur des jumeaux : c'est beaucoup plus difficile...

MHDV : Ce que j'ai oublié de vous faire préciser (je connais tellement la vidéo de votre expérimentation)^[8], c'est qu'après avoir enregistré le fœtus, vous renouvelez l'expérience 2 jours très précisément après leur naissance, en présence de leur mère bien sûr : voilà pourquoi vous parlez des bébés !

MCLB : L'ensemble des résultats 2 jours après leur naissance est tout à fait similaire à celui des fœtus. L'ensemble de la variabilité est plus faible, mais la similitude entre la voix silencieuse et la voix "adressée" demeure.

MHDV : Ce qui prouve bien que ce ne sont pas les effets physiologiques de l'émotion maternelle ressentie par le fœtus qui sont agissants...

MCLB : L'observation le montre, en tout cas !

MHDV : Pendant ce temps-là, j'expérimentais et j'utilisais tout ce que vous m'apportiez. J'en ai d'ailleurs parlé en début d'article. Je voudrais savoir si d'autres ont eu l'idée d'expérimenter vos découvertes, je pense notamment aux scientifiques ou aux membres de la "cause des bébés".^[9]

MCLB : Je ne peux pas dire si on utilise les résultats de mes recherches. Par contre cela a fait évoluer la pensée que l'on avait sur le fœtus. D'ailleurs il y a d'autres personnes qui, par des voies totalement différentes, comme l'haptonomie, la psychanalyse, en sont venues à dire exactement la même chose ! Vous la citez : Françoise DOLTO l'a dit longtemps avant moi... finalement, personnellement, j'ai l'impression d'avoir apporté des bases scientifiques que j'espère apporter chiffrées sous peu, à des idées qui étaient déjà dans ce qu'exprimait Françoise DOLTO. D'autres encore ont continué dans cette voie : Myriam SEZJER^[10] qui parle aux nouveau-nés, qui leur raconte toute leur vie quand la relation ne semble pas bien établie, ou Jean-Marie DELASSUS^[11].

En fait, chacun est arrivé à cela par des voies différentes. C'est ça qui est intéressant. Toute l'expérience

des praticiens qui veulent bien se pencher sur le fœtus et le nouveau-né avec une certaine empathie et un certain désir de comprendre, va dans le même sens. On peut aussi parler de BRAZELTON^[12] ainsi que de toute l'équipe de Marie FABRE-GRENET^[13] à Marseille. Il y a énormément d'endroits en France où toute cette connaissance est utilisée mais ce n'est pas généralisé.

MHDV : On peut le dire. Il faut penser à la complexité du travail et là, je parle d'obstétrique, dans les grandes structures !

MCLB : Nous sommes très en retard par rapport à tous les pays nordiques. En 1970, il y a 37 ans, DE CHATEAU^[14] a montré que si on laissait le bébé avec sa mère tout de suite après la naissance pendant une heure, l'attachement se faisait plus facilement. Il y avait plus de sourires, d'échanges, plus de toucher, aussi bien de la part du bébé qui avait des mouvements, des regards vers sa mère, que du côté de la mère : celle-ci le caressait davantage, surtout sur l'ensemble du corps, et ensuite le prenait, lui parlait, l'allaitait plus longtemps, etc.

Toutes les relations se sont améliorées par le fait que la mère reste une heure avec son bébé, mais ce n'est toujours pas fait partout. Par contre, certaines équipes accordent une grande attention à ces moments-là... au premier regard ! Car il n'y a pas seulement l'audition au moment de la naissance, il y a le regard que le bébé porte sur le monde. Il y aurait intérêt à ce qu'il rencontre le regard d'un autre être humain et de préférence celui de sa mère plutôt que le scialytique.

MHDV : J'ai eu l'occasion de le faire pendant plus d'un an, en utilisant le protocole de laisser le bébé ramper sur le ventre de sa mère. On sait qu'il attrape son pouce à mi-chemin, pour arriver ensuite à masser le sein et à attraper le mamelon tout seul. J'ai pu observer ce fameux regard qu'il échange avec elle et entendre pendant tout le temps de son "ascension" les étranges et émouvantes onomatopées échangées entre le bébé et sa mère. La suite des événements est impressionnante et va dans le sens de ce que vous décriviez précédemment.

Le problème c'est que ça remet en question la "chaîne" des gestes et retarde toute l'équipe, les puéricultrices en particulier. Dans une petite maternité c'est possible, dans les méga-structures, c'est très difficile. C'est triste à dire mais c'est ainsi : la chaîne est en difficulté !

MCLB : Oui, mais ça me paraît tellement important, qu'on pourrait peut-être faire un protocole même en niveau III ?

MHDV : Il se peut que ce soit les conséquences à long terme de nos pratiques actuelles qui amèneront à cela. C'est d'ailleurs en raison de la violence ponctuelle des gestes sur les mères et les bébés (inconscientes je le sais, mais réelle) dans certains hôpi-

taux, pas dans ceux dont vous parliez, que certaines sages-femmes sont en souffrance actuellement. Mais revenons si vous le voulez bien à votre expérimentation. Une de ces applications pratiques pour nous, sages-femmes, concerne l'obstétrique. Nous avons utilisé vos travaux pour, non seulement aider les mères dans leur relation à leur bébé fœtus, mais aussi pour leur accouchement, en salle pour "rattraper" des rythmes pathologiques et transformer de futures césariennes en accouchements par voie basse. Actuellement, toutes les sages-femmes, qui voient votre cassette de la "cause des bébés"^[8] où vous démontrez vos premiers protocoles, la pratiquent : dans le suivi des grossesses pathologiques, et en salle comme je l'ai déjà dit. Il y a une réelle application de vos travaux et un grand intérêt de mes collègues. C'est pourquoi j'ai souhaité que vous nous parliez en détail de l'expérience.

MCIB : Mais vous y étiez arrivée avant, par votre observation et votre manière de faire, je vous ai confortée en vous montrant que vous aviez tout à fait raison et que ça marche !

MHDV : C'est vrai, mais à l'époque j'étais très isolée, comme se sentent actuellement isolées les sages-femmes qui pressentent tout cela. Elles me le disent : « *Ce que tu nous dis dans ta méthode en fait, on le sentait mais on se sentait marginales et on ne savait pas quoi faire de ce ressenti !* »

Quand vous êtes venue me voir sur mon lieu d'exercice, vous avez consulté mes dossiers, observé mes pratiques et je peux dire que vous m'avez confortée car je n'attendais qu'une chose : que la science vienne m'apporter des réponses. C'est ce qu'attendent aussi certaines sages-femmes confrontées à la technologie. En voyant vos travaux elles disent : « *il nous semblait bien que cela voulait dire quelque chose, ces accélérations et ces décélérations...* »

MCIB : Donc, vous l'avez utilisé en salle, ainsi que vos collègues ?

MHDV : C'est très facile à faire quand on y croit et qu'on est empathique ! Il me semble qu'indépendamment du sens de votre recherche, vous nous offrez là, un large champ d'application dans nos pratiques, un changement radical d'ailleurs : le mobile "fœtal" de nos études devient un être humain sensible, discriminant, percevant... Même si tous les courants que vous décrivez vont dans ce sens. Pour nous, en obstétrique, nous avons maintenant deux êtres humains à part entière et c'est scientifiquement démontré, même si on le savait. C'est pourquoi je vous suis extrêmement reconnaissante de nous avoir prouvé, dans ces temps où la technologie devient si lourde, que le petit d'homme ressent, mémorise, même avant sa naissance. En tant qu'expérimentatrice empirique, je suis très heureuse de savoir

que ce que d'autres et moi avions pressenti, s'est avéré réalité.

MCIB : Alors nous pouvons dire : quand l'application et la recherche se rencontrent, c'est là que c'est intéressant, chacun seul de son côté est incomplet...

MHDV : Ça, c'est du Marie-Claire BUSNEL.

MCIB : Oui, en effet.

MHDV : Grand merci pour ce gigantesque et merveilleux travail et du temps que vous nous avez consacré. ●

Bibliographie

- [1] DOLTO F. "Lorsque l'enfant paraît" Tome II, Ed. Seuil, 1978
- [2] a) BUSNEL M-C., GRANIER-DEFERRE C., *Aspect de l'audition fœtale*. Progrès en Néonatalogie. Karger, Bâle (Suisse) 1983, pp. 154-162
b) BUSNEL M-C., GRANIER-DEFERRE C., LECANUET J-P., *Fetal Audition. Develop. Psychobiol.* In : Ann. N.Y. Acad. Sci., G. Turkewitz (Ed.), 1992
c) BUSNEL M-C., co-éditeur de "L'aube des sens", Ed. Stock (1981), 1991 d) Editeur du "Langage des bébés": J. Grancher, 1993, Paris
e) "Fœtus et nouveaux nés: réaction à la voix maternelle" dans "Le bébé dans tous ses états", R. FRYDMAN ET M. SZEJER (Ed.) O. Jacob. Paris, 1997, pp.137 à 152
f) BUSNEL M-C., *L'Audition fœtale, un nouveau savoir ? Qu'en faire ?* synapse, 1996, 3 pages
- [3] MH DE VALORS : articles parus dans les "Dossiers de l'Obstétrique", Ed. Elpea :
a) *Le versant psychique de la grossesse*, n° 287, 2000
b) *Le versant psychique de l'accouchement*, n° 289, déc. 2000
c) *La préparation globale*, n° 291 Fév. 2001
d) *La fonction maternelle en péril*, n° 310, nov. 2002
e) *Du baby blues aux névroses et T.S.P.T. post accouchement*, n° 322, déc. 2003
f) *Grossesse psychique et hypermédicalisation*, n° 342, oct 2005
g) *Sophropédagogie obstétricale la préparation globale*, n° 355, déc. 2006
- [4] A.R.I.P. : "Actes du congrès 2007 devenir père, devenir mère" (Association pour la Recherche et l'Information de la Périnatalité) BP36 - 84442 Montfavet cedex
- [5] D^r CANON-YANNOTI, psychanalyste : *Que signifie la douleur de l'accouchement*, Actes du congrès "Sages-femmes international", 1994
- [6] Congrès international de la "World Association for Infant Mental health", Paris, 2007
- [7] DE CASPER A.J and Sifer W.P *Of human bonding Newborns prefer their mother's voices science* 1980, 208, 1174-1176
DE CASPER A., LECANUET J.P., MAUGAIS R., GRANIER-DEFERRE C ET BUSNEL M.C., *Fetal reactions to recurrent maternal speech*. Infant behavioral and development 17, 159-164, 1994
- [8] BUSNEL M-C., *Expérimentation de la variabilité du rythme cardiaque fœtal*, "La cause des bébés", vidéo Arte 1999
- [9] "La cause des bébés" Association, Présidente : Myriam SZEJER
- [10] SZEJER M. "Des mots pour naître", Ed. Gallimard, 1997
- [11] DELASSUS J.M., "Le sens de la maternité", Ed. Dunod, 2007
- [12] FABRE-GRENET Marie "Le fœtus exposé", Ed. Eres, 1998
- [13] DE CHATEAU P., "Relation mère-nourrisson après le post-partum immédiat contacté" - "Child abuse and neglect", volume 3, numéro 1 Ed. Elsevier 1979, pages 279-283.