



Article paru dans la revue  
l'Observatoire, n°116,  
Devenir parent. Quand tout n'est  
pas rose, 2023.

[www.revueobservatoire.be](http://www.revueobservatoire.be)

# Les liens parents-enfant

## Stress prénatal, prévention et résilience

Pierre ROUSSEAU

Gynécologue-obstétricien,  
Président de l'ASBL Echoline

[pierre.rousseau@umons.ac.be](mailto:pierre.rousseau@umons.ac.be)

Willy LAHAYE

Professeur à la Faculté de  
Psychologie et des Sciences de  
l'Éducation

Université de Mons

[willy.lahaye@umons.ac.be](mailto:willy.lahaye@umons.ac.be)

Devenir parent demande d'établir les liens affectifs indispensables au développement de l'enfant. La question de la formation de ces liens n'est cependant pas abordée dans les programmes de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). L'objectif de cet article est de tenter de répondre à cette lacune à partir des données de la littérature et de l'analyse de vidéos de naissances. Les premiers auteurs qui ont étudié cette question sont le pédopsychiatre anglais John Bowlby et les néonatalogues américains Marshal Klaus et John Kennell. Ils nous apprennent que l'utilisation du mot lien au singulier n'est pas correcte. En effet, le lien qui unit l'enfant au parent n'est pas

LES LIENS AFFECTIFS PARENTS-ENFANT SE FORMENT PAR DES INTERACTIONS BIOLOGIQUES, SENSORIELLES, ÉMOTIONNELLES ET COMPORTEMENTALES DÈS LA GROSSESSE. LE STRESS PRÉNATAL MATERNEL PEUT AVOIR DES EFFETS DÉLÉTÈRES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DE L'ENFANT, NOTAMMENT EN ALTÉRANT LA COHÉRENCE DES INTERACTIONS AVEC LA MÈRE. LA SOCIÉTÉ DEVRAIT EN ORGANISER LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE PENDANT LA GROSSESSE. LES FUTURS PARENTS DEVRAIENT ÊTRE INFORMÉS DES CAPACITÉS DE RÉSILIENCE DE L'ENFANT PENDANT LES PREMIERS MOIS DE VIE.

Mots-clés : lien parents-enfant, stress prénatal, prévention, résilience

le même ni n'a la même fonction que celui qui unit le parent à l'enfant. Nous verrons ensuite que ces liens se préparent bien avant la naissance et que leur formation est soumise à bien des aléas.

Bowlby était bien informé des troubles du développement des enfants séparés de leur mère pendant la petite enfance. Insatisfait des interprétations des psychanalystes pour comprendre la nature de ces liens, il s'est inspiré des travaux des éthologues, notamment ceux de Konrad Lorenz, Prix Nobel de Médecine en 1973. Il a proposé que le lien de l'enfant à la mère, l'*attachement*, s'établit par des interactions entre les comportements innés du jeune enfant et les réponses de la mère<sup>1</sup>. En fonction de l'adéquation des réponses de la mère à ses signaux, l'enfant pourra développer plusieurs modes d'attachement qui sont relativement stables au cours de la vie : sécuritaire, insécuritaire ou désorganisé. Ce dernier mode résulte de l'absence de réponse adéquate

aux besoins du jeune enfant par la mère. Il est associé à des risques de consommation de drogues, de violence, de délinquance et de troubles psychiatriques.

Au début des années 1970, Marshal Klaus et John Kennell étaient interpellés par la réhospitalisation pour maltraitance, commise par leur mère, d'enfants qu'ils avaient soignés dans des unités de néonatalogie d'où les mères étaient exclues. Pour expliquer ces cas de maltraitance, ils ont émis l'hypothèse de l'existence d'un lien de la mère à l'enfant, le *bonding*, qui est déclenché à la naissance par la perception du visage du bébé par la mère et qui s'estompe quand elle est séparée<sup>2</sup> de son bébé.

### Les prémices de l'établissement des liens

#### Chez les parents

Dès qu'elle se sait enceinte, ce qui n'est pas le cas dans certains dénis de grossesse, la femme s'installe

1. Par « mère », Bowlby entend la mère biologique, mais aussi le père ou toute autre personne qui donne des soins à l'enfant. BOWLBY J., « The nature of the child's tie to his mother », *Int J Psychoanal*, 39(5), 1958, pp. 350-373.

2. KLAUS MH, KENNEL JH., *Parent-infant bonding*. St Louis : Mosby, Second Edition, 1982.

dans une organisation psychique composée de discours intérieurs que Daniel Stern a appelée « constellation maternelle ». Le premier de ces discours de la femme enceinte se tient avec sa propre mère. Ce discours lui rappelle les bons et moins bons souvenirs de son enfance. Les thèmes qui viennent ensuite génèrent une anxiété normale causée par le souci du développement de son enfant, par la recherche d'un réseau de soutien social, par un engagement émotionnel avec son enfant et par la difficulté de concilier son identité de femme avec celle de mère<sup>3</sup>.

À côté de ces transformations psychiques, la femme qui devient mère subit des modifications biologiques. Les interactions avec le fœtus vont modifier le fonctionnement des réseaux de neurones des centres de la récompense et du plaisir. Il en est de même pour le cerveau du père qui se développerait surtout après la naissance, lors des soins donnés à l'enfant. Ces modifications du cerveau préparent les comportements de parentage adéquats en augmentant l'activité de l'ocytocine dont une des fonctions est de synchroniser les interactions parents-enfant<sup>4</sup>.

### Chez le fœtus

Le sens du toucher est fonctionnel dès la fin du premier trimestre de la grossesse. Avec l'aide de l'échographie, des chercheurs ont pu établir qu'en se touchant, le fœtus se construit un schéma corporel et qu'en étant touché par des stimuli venant de l'extérieur comme les caresses parentales, il se ressent comme différent des personnes humaines qui l'entourent. Le nouveau-né possède ainsi dès la naissance une conscience implicite de soi qui lui permet de se situer et d'agir sur son environnement physique et humain<sup>5</sup>.

Lorsqu'il est caressé à travers la paroi abdominale maternelle, le fœtus réagit en allant toucher la paroi utérine et, lorsque la mère perçoit une réponse à ses caresses, elle établit un lien sensoriel avec son bébé. Lorsqu'elle est stressée, la mère ne réagit pas aux mouvements de son bébé et ce lien anténatal ne se forme pas. Par contre, les enfants qui ont été régulièrement caressés par leur mère pendant la grossesse ont de manière très significative à l'âge de trois mois un tempérament plus facile que ceux du groupe contrôle qui n'ont pas été caressés<sup>6</sup>.

Les sens de l'odorat et de l'audition sont fonctionnels dès le sixième mois de la grossesse. Le fœtus perçoit les arômes des aliments de la mère qui sont dans le liquide amniotique, les mémorise et les reconnaît après la naissance. Il en est de même pour la voix de sa mère et de son père, mais après la naissance, il marque une préférence pour celle de sa mère parce que, *in utero*, il la distinguait de la voix de toutes les autres personnes.

### Formation des liens à la naissance

N'ayant pas trouvé dans la littérature des faits qui permettent de comprendre la manière dont les liens parents-enfant se forment, j'ai filmé 31 naissances de nouveau-nés à terme<sup>7</sup>. L'analyse des vidéos par des observateurs indépendants montre que les premiers comportements des nouveau-nés peuvent être classés en deux groupes. Dans le Groupe 1, ils sursautent, crient, tendent les bras, s'agrippent et frappent parfois du poing la poitrine de la mère. Dans le Groupe 2, ils sont d'abord immobiles pendant plusieurs secondes avant d'être actifs comme ceux du Groupe 1. Les com-

portements des nouveau-nés du Groupe 2 comme ceux du Groupe 1 sont des réponses du système peur au stress de la naissance bien connues en anglais par les termes *flight, fight, freeze*. Les comportements actifs sont des réponses normales qui ne laissent pas de trace s'ils ont été apaisés. Par contre, les comportements d'immobilité sont des réponses plus sévères qui peuvent être suivies de troubles du stress post-traumatique<sup>8</sup>.

Le premier comportement des mères est de tendre les mains de part et d'autre de leur bébé dans un geste de protection puis de le placer sur leur poitrine. Quand elles sont assises, les mères prennent leur bébé dans les bras, lui placent la tête dans le creux du cou, lui caressent le dos, lui parlent et hument son odeur avec plaisir. La perception de l'odeur de son bébé par la mère et de celle de l'odeur de sa mère par le bébé permettent leur identification mutuelle, étape nécessaire à l'établissement de liens affectifs<sup>9</sup>.

Après avoir été apaisés, les nouveau-nés ouvrent et ferment plu-

3. STERN D., *La constellation maternelle*, Paris : Calmann-Lévy, 1997, pp. 223-247.

4. FELDMAN R., « The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving », *Horm Behav*, 2016 ; 77 : 3-17.

5. MARX V, NAGY E., « Fetal behavioral responses to the touch of the mother's abdomen: a Frame-by-frame analysis », *Infant Behavior and Development*, 2017 ; 47 : 83-91.

6. WANG ZW., et al., « The Relationship between Gentle Tactile Stimulation on the Fetus and Its Temperament 3 Months after Birth », *Behav Neurol*, 2015 : 371906.

7. ROUSSEAU P, MATTON F, LÉCUYER R, BATISTA I, LAHAYE W., « Étude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance ». *Devenir*, 2019 ; 31 : pp. 5-54.

8. KOZLOWSKA K., et al., « Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management », *Harv Rev Psychiatry*, 2015 ; 23(4) : 263-287.

9. VAGLIO S., « Chemical communication and mother-infant recognition », *Commun Integr Biol*, 2009 ; 2(3) : pp. 279-281.

sieurs fois les yeux en tournant leur visage vers celui de leur mère. C'est un mouvement de recherche par le regard et non une réaction d'éblouissement par la lumière comme on le croit généralement. Lorsque les parents penchent leur visage vers celui de leur bébé, ils peuvent rencontrer son regard lorsque les plans des yeux sont parallèles et s'ils sont émotionnellement disponibles. Les mères interrogées lors de cette étude déclarent tomber amoureuses de leur bébé à cet instant, se sentir devenir maman de leur enfant et investies d'une responsabilité qui ne va plus les quitter. Les pères disent exactement la même chose. L'observation du visage du nouveau-né montre parfois un sourire de plaisir lorsqu'il reste les yeux dans les yeux de sa mère pendant plusieurs secondes.

La rencontre des regards n'a pas toujours lieu lors de la naissance lorsque la mère est agitée, envahie par des réminiscences du passé, ou encore si la naissance est compliquée et que le bébé est transféré dans une unité de soins, mais elle peut se produire quelques semaines plus tard. La position naturelle de l'allaitement au sein, qui peut néanmoins être égalée en adoptant une position similaire pour donner le biberon, favorise cette rencontre parce que dans cette position, les visages de la mère et du bébé se trouvent face à face.

	Nombre de cas
Infertilité de longue durée	1
Grossesse non désirée	5
Saignements pendant la grossesse	3
Peur excessive d'une anomalie de l'enfant	3
Grossesse après fausse-couche ou mort périnatale	7
Grossesse après interruption volontaire	2
Violence familiale	2
Abandon par le père de l'enfant	1
Mort ou maladie grave d'un proche	1
<b>Total pour les 31 cas de l'étude</b>	<b>25</b>

Tableau 1 : Événements rapportés par 16 des 31 (51,6 %) mères de l'étude et considérés comme stress prénatal maternel

En résumé, les premiers gestes des mères sont des interactions avec les gestes de peur du nouveau-né. Ils ont été sélectionnés par l'évolution pour assurer l'apaisement de leur bébé. La réussite de ces interactions est une première étape dans l'établissement de l'*attachement* de l'enfant à sa mère et du *bonding* de la mère à son enfant. Dans une seconde étape, les échanges de regards mettent en activité les centres de l'amour chez les parents, comme le rapportent leurs témoignages, et chez leur enfant, comme le montrent les sourires de plaisir que l'on peut observer sur son visage.

### Le stress prénatal : ses effets sur l'enfant et la mère

Dans notre recherche, les facteurs significativement associés aux comportements d'immobilité du nouveau-né étaient les événements pénibles vécus par les mères pendant la grossesse (Tableau 1) ( $p = 0.015$ )<sup>10</sup>. Ces événements sont des générateurs de stress prénatal maternel (SPM) de même que les catastrophes naturelles, les attentats, les guerres vécus par la mère pendant la grossesse<sup>11</sup>. Le SPM est significativement associé à des risques de maladies physiques, obésité, diabète, maladies cardio-

vasculaires<sup>12</sup> et à des troubles du développement émotionnel, comportemental et affectif de l'enfant : moindre volume du cerveau, tempérament difficile, troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), troubles du spectre de l'autisme, affaiblissement des capacités cognitives et intellectuelles, difficultés dans la gestion du stress, violence, délinquance, consommation d'alcool et de drogues, suicide surtout chez les adolescentes, troubles psychiatriques<sup>13</sup>. Les effets du SPM se transmettent en deux étapes à la descendance, pendant la grossesse et après la naissance.

Pendant la grossesse, la cause principale de la transmission du SPM à l'enfant est une élévation du taux de l'hormone du stress, le cortisol, au-delà des normes physiologiques nécessaires à la maturation pulmonaire du fœtus. Le cortisol traverse alors la barrière placentaire et peut induire dans le cerveau du fœtus des altérations épigénétiques qui consistent en l'addition de petites molécules chimiques à certains gènes. Ces petites molécules ne modifient pas la nature des gènes, elles en augmentent ou en réduisent le fonctionnement. Les systèmes les plus altérés sont l'axe

10. Op. cit., Rousseau., et al.

11. VAN DEN BERGH BRH., et al., « Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy », *Neurosci Biobehav Rev.*, 17, 2020, pp. 26-64..

12. BARKER DJ., « The origins of the developmental origins theory », *J Intern Med*, 261(5), 2007, pp. 412-417.

13. Ibid. VAN DEN BERGH BRH., et al., 2020.

hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS) qui régit les réponses de l'enfant au stress et le système de l'ocytocine qui gère la qualité des interactions entre la mère et son enfant<sup>14</sup>. La pauvreté est en elle-même génératrice de SPM et d'altérations épigénétiques qui peuvent être transmises de génération en génération<sup>15</sup>.

Le SPM peut aussi altérer le développement du cerveau maternel pendant la grossesse en induisant des altérations épigénétiques qui vont dérégler l'axe HHS et le système de l'ocytocine de la mère. Les facteurs de risque les plus significativement associés au SPM de la mère sont la maltraitance et les abus sexuels vécus pendant l'enfance et, pendant la grossesse, la pauvreté, la précarité, les conflits familiaux, la violence au sein du couple, la maladie grave ou la mort d'un proche, les catastrophes naturelles, la guerre, les attentats, l'usage de substances psychoactives. Ces vécus peuvent être accompagnés de troubles émotionnels divers, dépression, troubles anxieux, états de stress post-traumatique (ESPT). C'est pourquoi la tendance actuelle est de grouper les variétés de ces troubles sous le vocable commun de détresse dont il est possible d'évaluer l'intensité avec l'Échelle de dépression post-natale d'Édimbourg (EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale)<sup>16</sup>. Cet outil développé pour la détection de la dépression du post-partum a été validé en français<sup>17</sup> et pour un usage en anténatal<sup>18</sup>. Il est largement utilisé dans les pays anglophones, mais son utilisation est difficile avec les personnes qui sont illettrées ou qui parlent une langue étrangère.

Après la naissance, les incohérences des interactions mère-

enfant constituent le mécanisme principal de transmission du SPM à l'enfant. Les réponses inadéquates de la mère aux signaux de son enfant peuvent être causées par le mode d'attachement qu'elle a développé pendant la petite enfance ainsi que par les altérations épigénétiques de l'axe HHS et du système de l'ocytocine qui se sont produites pendant la grossesse. Ces réponses de la mère peuvent être exagérées, incohérentes dans l'ESPT ou réduites par la dépression avec des conséquences sur le développement de l'enfant.

### Le stress des pères

Les pères peuvent aussi être impliqués dans la genèse d'effets délétères d'un stress prénatal sur le développement de leur enfant, mais ce domaine commence seulement à être étudié. Lors de la fécondation, les spermatozoïdes pourraient être porteurs d'altérations épigénétiques induites par la maltraitance et les abus vécus depuis la petite enfance.

### Prévalence du SPM

La prévalence du SPM serait de 15,6 % dans les pays à revenu faible et moyen selon une très large étude publiée en 2012 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>19</sup>. Beaucoup d'auteurs estiment cependant que ce chiffre est une sous-évaluation. Une revue plus récente de la littérature constate qu'à l'échelle mondiale, 30 à 50 % des mères d'une population saine sont dans un état de SPM faible à modéré<sup>20</sup>. La prévalence du SPM dans les familles pauvres devrait être beaucoup plus élevée et être proche des 100 % étant donné le stress causé à la femme enceinte par la précarité associée à la faiblesse des liens sociaux et à l'absence de facteurs de sécurité comme l'emploi<sup>21</sup>.

## Prévention

### Prévention primaire

La prévention primaire devrait commencer par l'éducation aux relations affectives, à la sexualité et à la contraception. Elle devrait surtout amener la prise de conscience qu'une relation hétérosexuelle peut être un acte fécondant et qu'elle peut émaner d'un désir inconscient de grossesse, chez les jeunes filles notamment.

La consultation préconceptionnelle ne devrait pas se limiter à la prévention des risques de complications médicales de la grossesse. Elle devrait faire prendre conscience aux couples, surtout à la femme et donc possible future mère, des risques d'entreprendre une grossesse dans un environnement social susceptible d'engen-

14. FELDMAN R., et al., « Oxytocin Pathway Genes: Evolutionary Ancient System Impacting on Human Affiliation, Sociality, and Psychopathology », *Biol Psychiatry*, 79, 2016, pp.174-184.

15. SCORZA P., et al., « Research Review: Intergenerational transmission of disadvantage: epigenetics and parents' childhoods as the first exposure », *J Child Psychol Psychiatry*, 60(2), 2019, pp.119-132.

16. Op. cit. GLOVER, 2019.

17. ADOUARD F., et al., « Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France », *Arch Womens Ment Health*, 8(2), 2005, pp. 89-95.

18. GIBSON J. et al., « A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Scale in ante partum and post-partum women », *Acta Psychiatr Scand.*, 119(5), 2009, pp. 350-364.

19. FISHER J., et al., « Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review », *Bull World Health Organ*, 90(2), 2012, pp.139G-149G.

20. BLEKER LS, DE ROOIJ SR, ROSEBOOM TJ., « Prenatal Psychological Stress Exposure and Neurodevelopment and Health of Children », *Int J Environ Res Public Health*, 16(19), 2019, 3657.

21. Concernant la définition de la précarité et sa différence avec la pauvreté, voir: GLINEUR C, LAHAYE W, CARON T, SERAN L., « Pauvreté, précarité, vulnérabilité : les nouveaux enjeux de l'exclusion sociale », *L'Observatoire*, n°114, 2023, pp. 5-11.

drer du stress, comme la violence familiale, la maladie grave ou le décès d'un proche ou des réactions hostiles de la famille à l'annonce de la grossesse<sup>22</sup>.

Quant aux préparations à la naissance et à la parentalité (PNP), elles ne devraient pas se limiter à l'accouchement. Elles devraient apprendre aux mères que les premiers gestes de leur bébé sont une cascade de réponses du *système peur* au stress de la naissance et que leurs comportements spontanés sont des réponses destinées à l'apaiser. La satisfaction ressentie par la mère lorsqu'elle réussit à calmer son bébé est une étape dans la formation du *bonding*. Une autre étape, l'échange des regards entre le nouveau-né, la mère et le père, déclenche la formation de liens amoureux à condition que les parents soient émotionnellement

disponibles<sup>23</sup>. Les futures mères devraient savoir que la réussite de la formation de ces liens à la naissance est facilitée par les interactions sensorielles avec leur bébé pendant la grossesse.

Les PNP devraient aussi mettre en garde les 90 % de femmes enceintes qui utilisent Internet contre la mésinformation et les jugements sur leurs comportements<sup>24</sup>.

### Prévention secondaire

Le soutien social est sans doute la meilleure forme de prévention secondaire. Il agit en augmentant l'action de l'ocytocine qui diminue la réponse du cortisol et les réactions subjectives au stress psychosocial<sup>25</sup>. Pendant la grossesse, il augmente la synthèse d'une enzyme qui inactive le cortisol lors de son passage à travers le placenta et protège ainsi le cerveau du fœtus des altérations épigénétiques produites par le SPM<sup>26</sup>.

Le dépistage systématique du SPM est organisé depuis 2019 en Australie à l'aide de l'EPDS lors de l'inscription en consultation prénatale. La passation de l'EPDS peut être présentée par les travailleurs sociaux, demande peu de temps et est bien acceptée par les femmes enceintes. Une cote inférieure à 13 points sur un total de 30 permet à beaucoup de prendre conscience de leur état de stress et de rechercher l'aide de leur entourage ou des professionnels de la périnatalité. Une cote égale ou supérieure à 13 est un signe de troubles psychiques plus profonds qui nécessitent le transfert à des professionnels de la santé mentale<sup>27</sup>. Plus près de nous, le projet *Born in Belgium* est une plateforme en ligne centralisée qui a pour but de dépister les vulnérabilités psychosociales pendant la gros-

sesse et de mettre ces données à la disposition des prestataires de soins du secteur (para)médical et social<sup>28</sup>. Ce projet commence à être utilisé en Flandre. Les résultats ne sont pas encore connus.

### Résilience

Les PNP devraient informer honnêtement les futurs parents des effets néfastes du SPM sur le développement de leur enfant, ainsi que des possibilités de résilience qui sont de leur ressort. Les caresses de la mère peuvent effacer des altérations épigénétiques induites par le SPM et remodeler le cerveau du bébé pendant les premiers mois de la vie<sup>29</sup>. Les contacts œil à œil et les jeux en position de face à face doivent être encouragés car ils développent l'empathie chez l'enfant et la synchronie des interactions qui sont nécessaires au développement de sa vie sociale. Il convient toutefois de faire attention aux différences culturelles qui existent, par exemple entre les mères d'origine européenne qui ont plus de contact œil à œil que les mères d'origine arabo-musulmane qui ont plus de contacts cutanés<sup>30</sup>.

L'allaitement au sein, s'il peut être mis en place dans de bonnes conditions pour l'enfant et la maman, devrait être conseillé, tout en respectant la décision de la mère. Dans les familles pauvres, il est une économie, peut diminuer les maladies de la petite enfance et surtout, augmenter l'intelligence de l'enfant<sup>31</sup>.

De nombreux allaitements sont malencontreusement interrompus par des engorgements mammaires qui résultent d'une méconnaissance de la physiologie de l'allaitement. L'examen de vidéos de mise au sein montre que le nouveau-né

22. ROUSSEAU P., « Orages familiaux et drames de la naissance », In: Ben Soussan P. (Ed.), *Grossesse et naissance: le passage*, Ed. Erès: Coll. Mille et un bébés, 1997, pp. 83-93.

23. Op. cit., ROUSSEAU et al., 2019.

24. MASELLA, MA, GODARD, B., « Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse », *Santé Publique*, 32, 2020, pp.171-182.

25. HEINRICH S., et al., « Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress », *Biol Psychiatry*, 54(12), 2003, pp.1389-3898.

26. VUPPALADHADIAM L., et al., « Human Placenta Buffers the Fetus from Adverse Effects of Perceived Maternal Stress », *Cells*, 10(2), 2021, p. 379.

27. KHANLARI S., et al., « Re-examination of perinatal mental health policy frameworks for women signalling distress on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) completed during their antenatal booking-in consultation: a call for population health intervention », *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 2019, p. 221.

28. <https://borninbelgiumpro.be/fr/>

29. MURGATROYD C., et al., « Effects of prenatal and postnatal depression, and maternal stroking, at the glucocorticoid receptor gene », *Transl Psychiatry*, 2015, 5: e560.

30. Op. cit., FELDMAN, 2016.

31. HANSEN K., « Breastfeeding: a smart investment in people and in economies », *Lancet*, 387(10017), 2016, p. 416.

commence par ouvrir les yeux en direction de ceux de sa mère qui répond à son regard par des paroles affectueuses. Il place ensuite le mamelon au milieu de sa bouche, commence à téter, s'arrête et tourne à nouveau les yeux vers ceux de sa mère avant de recommencer à téter. Ces échanges de regards augmentent la sécrétion d'ocytocine et synchronisent les cerveaux de la mère et de son bébé<sup>32</sup>, ce qui régularise l'alternance entre les éjections du lait de la mère et les tétées de l'enfant. Il importe donc de conseiller aux mères de parler avec leur bébé et d'entrer en contact œil à œil avec lui au moment de le mettre au sein pour aider à ce que l'engorgement se résorbe et que l'allaitement reprenne normalement.

### Prévention tertiaire

L'intervention qui donne actuellement les meilleurs résultats dans les familles précarisées est un programme développé depuis les années 1980 aux États-Unis par un pédiatre américain, David Olds<sup>33</sup>. Il avait établi que les visites à domicile de familles précarisées donnent peu de résultats si elles commencent après la naissance d'un enfant. L'originalité de ce programme est de commencer dès la grossesse des visites au domicile de familles précarisées par des infirmières formées à l'action sociale et de les poursuivre pendant les premières années de vie de l'enfant. Son efficacité a été évaluée par la comparaison entre des groupes expérimentaux et des groupes témoins. Les premiers résultats ne se sont pas fait attendre. Peu de temps après le début du programme, le nombre de cas de maltraitance infantile a diminué de moitié dans un groupe expérimen-

tal par rapport à un groupe témoin<sup>34</sup>. Après la fin du programme, les effets se prolongent par des améliorations significatives de la santé physique et mentale de l'enfant et de la mère avec une économie en soins de santé pour les pouvoirs publics évaluée à 1.000 USD par an et par enfant suivi jusque l'âge de 12 ans<sup>35</sup>.

Ce type d'intervention est appliqué depuis plus de 20 ans par l'ASBL Echoline dans des familles précarisées de la région de Charleroi<sup>36</sup>. Les visites à domicile sont réalisées par des binômes sage-femme-psychologue. Les modes d'action sont le soutien social, l'étayage des compétences et la guidance parentale<sup>37</sup>. Par manque de moyens, les résultats ne peuvent pas être évalués par la comparaison avec un groupe contrôle comme dans les programmes de David Olds aux États-Unis. Néanmoins, le succès d'Echoline auprès des familles est tel que de nombreuses demandes d'aide ne peuvent pas être acceptées. C'est sans doute ce qui a amené l'ONE à subventionner sept autres Services d'Accompagnement Périnatal (SAP) appelés à fonctionner sur le modèle d'Echoline dans plusieurs agglomérations de la FWB.

### Conclusion

Compte tenu du temps de réalisation et des difficultés des interventions à domicile, l'accompagnement d'Echoline se limite à une centaine de familles par an<sup>38</sup>. C'est peu à côté des 800 familles qui devraient pouvoir bénéficier de ce type d'accompagnement dans l'Arrondissement de Charleroi si l'on tient compte de 4.184 naissances en 2021 et du taux de 20.4 % de pauvreté de la Province du Hainaut<sup>39</sup>. C'est peu aussi lorsque l'on prend en considération une préva-

lence moyenne de 15 % du SPM dans la population, de la gravité de ses effets délétères sur le développement de l'enfant. Le SPM constitue un réel problème non seulement de santé publique mais aussi de sécurité publique à cause des risques de violence et de délinquance liés à la consommation de drogues par la descendance. En conséquence, les subventions allouées aux SAPs devraient être revues à la hausse et une recherche devrait être réalisée pour étudier la faisabilité d'un dépistage systématique du SPM dans la FWB, par exemple sur le modèle de ce qui se pratique en Australie, tout en adaptant l'EPDS aux familles qui parlent des langues étrangères.

32. Op. cit., FELDMAN, 2016.

33. GLOVER V., « Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done », *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 2014, pp. 25-35.

34. OLDS DL., et al., « Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation », *Pediatrics*, 78(1), 1986, pp. 65-78.

35. OLDS DL, KITZMAN HJ, et al., « Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years », *Pediatrics*, 164, 2010, pp. 419-424.

36. Pour en savoir plus sur Echoline, voir QUERTON E, SOREL P., « Echoline, un service d'accompagnement périnatal » dans ce numéro.

37. LAHAYE ET AL., ONE, Fondation Roi Baudouin, CAP48. *Evaluation de l'impact des projets liés à la lutte contre la pauvreté infantile*, 2020

38. Ibid., QUERTON E, SOREL P.

39. Statbel., Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en Belgique. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale>